



HAL
open science

Femmes éloignées du système de santé et dépistage du cancer du sein

Clémence Bayard

► **To cite this version:**

Clémence Bayard. Femmes éloignées du système de santé et dépistage du cancer du sein. Santé publique et épidémiologie. 2022. hal-04479959

HAL Id: hal-04479959

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04479959v1>

Submitted on 27 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
FRANCHE-COMTÉ



Master 2

« Santé publique et environnement »

Parcours :

« Intervention en Promotion de la Santé »

Mémoire

2021-2022

Femmes éloignées du système de santé
et
Dépistage du cancer du sein

Soutenu en Juin 2022

Madame Clémence BAYARD

Maître de stage :
Madame Nathalie SIMONIN

Guidant universitaire :
Monsieur Maurice TANGUY

Remerciements

A l'occasion de ce travail de fin d'études qui clôt deux années de formation, je tenais à remercier :

L'**équipe pédagogique** de l'école de santé publique de Nancy, pour l'apport de savoirs, connaissances et ouvertures tout au long de ces deux années,

Madame CAYRE Directrice Générale ainsi que **Docteur BRUNNER** Directrice du service Promotion de la Santé, Prévention, Santé Environnementale pour m'avoir accueillie au sein du département Promotion de la Santé à l'ARS Grand Est,

Madame SIMONIN, responsable du département Promotion de la Santé, Prévention, Vulnérabilités et **Docteur GUYOT** son adjointe pour leur accueil, leur encadrement et les échanges que nous avons eus, qui m'ont permis notamment de mieux cerner le rôle de l'ARS en région et son importance dans le domaine de la santé publique,

Docteur PIVOT, conseiller médical maladies chroniques ainsi que **Madame RUAU** référente maladies chroniques pour leur présence et leur bienveillance, ainsi que toutes les personnes de l'équipe PSPV pour leur gentillesse et les discussions qui m'ont été enrichissantes,

Docteur TANGUY, guidant universitaire, pour son accompagnement méthodologique,

Les personnes qui ont pris de leur temps pour répondre à mes sollicitations dans le cadre de ce travail, **dans le Grand Est** ou à l'autre bout de la **France** ; leurs apports ont permis d'élargir ma vision du sujet, en plus d'enrichir le contenu de ce mémoire,

Mes proches, qui ont su infailliblement écouter mes joies et mes doutes durant cette entreprise, comme dans les précédentes,

Benjamin, Alix, pour leur soutien si bienveillant, leurs conseils, leurs relectures, ainsi que **Marie** pour les nombreux partages et éclairages sur la discipline.

Enfin, je souhaiterais exprimer ma reconnaissance envers les **patients** et **soignants** qu'il m'a été donné la chance de connaître durant les cinq dernières années. Chacune de ces rencontres a été un apprentissage dans les domaines de la Vie et de la Santé, indéniablement liés, et m'ont permis ce chemin vers mon questionnement sur la manière d'exercer la discipline sanitaire.

Table des matières

LEXIQUE	1
I. INTRODUCTION	2
II. CONTEXTE	3
1. PRESENTATION GENERALE.....	3
1.1 Territoire du Grand Est.....	3
1.2 L'Agence Régionale de Santé.....	3
1.3 Département Promotion de la Santé, Prévention, Vulnérabilités.....	3
2. LE CANCER DU SEIN : UNE MALADIE D'AMPLEUR IMPORTANTE.....	4
2.1 Epidémiologie.....	4
2.2 Une problématique intégrée aux politiques publiques.....	4
2.3 Focus sur le Grand Est.....	5
3. LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN COMME ALLEGORIE DE LA PREVENTION SECONDAIRE.....	5
3.1 Préambule : santé, promotion, prévention.....	5
3.2 Le dépistage du cancer du sein.....	6
3.3 Déterminants de recours.....	7
3.4 Déterminants de non ou moindre recours.....	7
4. DISPOSER D'UN ACCES A LA SANTE.....	8
4.1 Un droit.....	8
4.2 Facteurs d'éloignement du système de santé.....	8
4.3 Notion de vulnérabilité.....	9
5. QUESTIONNEMENTS INHERENTS AU TRAVAIL.....	9
III. OBJECTIFS	10
IV. METHODES	11
1. TERRITOIRES ET POPULATION CIBLES.....	11
1.1.Territoires d'intérêt.....	11
1.2 Population cible.....	11
2. DONNEES CHIFFREES DE PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN GRAND EST.....	12
2.1 Données de participation au DCS par EPCI en Grand Est.....	12
2.2 Dépistage du cancer du sein et recours aux soins.....	12
2.3 Analyse de la participation au dépistage du cancer du sein.....	13
3. ENQUETE DE TERRAIN.....	15
3.1 Echantillon.....	15
3.2 Méthodologie employée.....	15
3.3 Analyse.....	16
4. INTERVENTIONS PROMETTEUSES.....	16
4.1 En Grand Est.....	16
4.2 En France.....	17
5. PLACE DE LA LITTERATURE.....	17

V. RESULTATS	18
1. TAUX DE PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN SELON LES EPCI DU GRAND EST	18
1.1 Typologies d'EPCI et participation au DCS dans la Marne et la Moselle	19
1.2 Part des femmes bénéficiaires de la C2S parmi les non-dépistées.....	19
1.3 Part de femmes éloignées du système de santé parmi les non-dépistées.....	20
1.4 Influence de l'offre de soins dans les territoires sur la participation au dépistage.....	21
1.5 Indicateurs ORS défavorables dans les EPCI les moins participatifs	22
2. FREINS POUVANT EXPLIQUER UNE MOINDRE PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN : RESULTATS D'ENQUETE	23
2.1 Dans la Marne	23
2.2 Dans la Moselle	25
2.3 Les femmes immigrées non ou peu francophones	26
3. LEVIERS POUVANT PERMETTRE DE RAPPROCHER LES FEMMES ELOIGNEES DU SYSTEME DE SANTE DU DISPOSITIF DE DOCS.....	27
3.1 Prioriser les territoires d'intervention	27
3.2 Solliciter des partenariats en prenant appui sur ce(ux) qui existe(nt).....	28
3.3 Rendre plus identifiable le CRCDC	29
3.4 Travailler sur les représentations	30
3.5 Majorer la littératie en santé et l'auto-efficacité du public grâce à une posture participative	30
3.6 Comprendre et se faire comprendre	31
3.7 Miser sur les médecins traitants et les professionnels de santé.....	31
3.8 Intégrer la promotion du dépistage à une démarche santé	32
3.9 Déployer la prévention dans les territoires reculés	32
3.10 Recourir à la médiation en santé.....	33
VI. DISCUSSION.....	34
1. DISCUSSION AUTOUR DU PROJET MENE	34
1.1 De la pertinence de la mission	34
1.2 De la méthodologie employée.....	34
1.3 Des résultats obtenus.....	38
1.4 Proposition de préconisations	40
2. PRISE DE REcul	41
2.1 Sur le déroulé du stage	41
2.2 Sur la place du stage au sein de la formation en santé publique	41
2.3 Sur le positionnement inhérent au sujet travaillé	42
BIBLIOGRAPHIE.....	43
ANNEXES.....	45
RESUME.....	59

Lexique

ACR : American College of Radiology	FIR : Fonds d'Intervention Régional
ALD : Affection Longue Durée	HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
AME : Aide Médicale d'Etat	HAS : Haute Autorité de Santé
ARS : Agence Régionale de Santé	HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux	INCA : Institut National du Cancer
CMPS : Centre Marnais de Promotion de la Santé	IREPS : Institut Régional d'Education et de Promotion à la Santé
CMU-C : Couverture Maladie Universelle – Complémentaire	IRIS : Institut de Regroupement pour l'Information Statistique
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie	MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
COMEDE : Comité pour la Santé des exilés	MSA : Mutualité Sociale Agricole
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	NOTRe : Nouvelle Organisation Territoriale de la République
CPOM : Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens	ODENORE : Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services
CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
CSP : Code de la Santé Publique	ORS : Observatoire de la Santé
CSS (ou C2S) : Complémentaire Santé Solidaire	OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
DCS : Dépistage du Cancer du Sein	PNMS : Programme National de Médiation Sanitaire
DI : Dépistage Individuel	PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
DO : Dépistage Organisé	PRS : Programme Régional de Santé
DOCS : Dépistage Organisé du Cancer du Sein	QPV : Quartier Politique de la Ville
DPSPV : Département Promotion de la Santé, Prévention, Vulnérabilités	ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
DQPI : Direction de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation	RSI : Revenu Social des Indépendants
DT : Délégation Territoriale	SNDS : Système National des Données de Santé
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale	SNS : Stratégie Nationale de Santé
FADO Sein : Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer du sein	
FALC : FAcile à Lire et à Comprendre	

I. Introduction

« Le second axe de notre stratégie est de temps, quant à lui, plus court : c'est le développement du dépistage qui doit être à la fois accessible à tous et le plus précoce possible ».

Ces quelques mots qui ont pour vocation d'introduire ce travail, sont tirés du discours qu'a prononcé le Président de la République Emmanuel Macron le 4 février 2021, lors de la présentation de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, à l'occasion de la huitième édition des Rencontres de l'Institut National du Cancer (INCa) (1).

Cette stratégie coordonnée par l'INCa et pilotée par les Ministères des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation s'inscrit dans la loi n°2019-180 du 8 mars 2019. Elle mobilise de nombreux ministères et organismes sur le territoire et fait suite aux trois plans cancer dont le premier a été institué en 2003 pour une durée de quatre ans (2). C'est en partie l'évaluation du dernier de ces plans qui a permis l'élaboration de cette nouvelle approche ambitieuse et novatrice de la lutte contre le cancer en France, entre autres de par sa durée d'une décennie et les fonds conséquents qui lui sont alloués.

Une première feuille de route nationale sur la période 2021-2025 permet la mise en place de cette stratégie décennale d'un point de vue opérationnel.

Dans ce contexte et afin de répondre aux spécificités, problématiques et besoins de chaque territoire, le Ministère des Solidarités et de la Santé demande à chaque Agence Régionale de Santé (ARS) de rédiger sa propre feuille de route régionale afin de répondre au mieux aux priorités territoriales dans le cadre de la lutte contre le cancer. Cette première feuille de route régionale couvre la période 2022-2025 et elle s'inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS) (3).

L'instruction ministérielle relative à la rédaction de la feuille de route régionale met l'accent sur le fait que les ARS doivent veiller à faire de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans le domaine de la lutte contre le cancer, une priorité. Cela est valable à chaque étape de la lutte, dont la prévention, qui a vocation à être « améliorée ».

C'est dans ce contexte que l'INCa a mis à disposition des données régionales en septembre 2021, rendant compte globalement de la portée des différents cancers en région, des facteurs de risques qui y sont associés ainsi que la place occupée par la prévention (4). Ce diagnostic a permis aux ARS d'orienter quelque peu leurs objectifs de la feuille de route régionale.

C'est dans ce document propre au Grand Est qu'apparaissent certaines spécificités : il est notamment mis en avant une disparité de participation au dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) selon les départements.

Dans le cadre de notre deuxième année de Master Santé Publique « Intervention en Promotion de la Santé », l'ARS nous confie une mission de stage visant à approfondir ces constats relatifs à la participation au DOCS en Grand Est.

Afin de prendre en compte les directives ministérielles de réduction des inégalités, il nous est demandé de nous intéresser particulièrement à l'accès au dépistage du cancer du sein des femmes en situation d'éloignement du système de santé.

II. Contexte

1. Présentation générale

1.1 Territoire du Grand Est

Le Grand Est est une région à caractère rural de 51 441 km² peuplée par 5 559 051 habitants, soit 8,4% de la population française. Elle se compose de 10 départements à dynamique majoritairement rurale. L'industrie et l'agriculture sont des secteurs d'activité prégnants dans cette région qui partage ses frontières avec 4 pays : la Belgique, l'Allemagne, le Luxembourg et la Suisse (5).

Dans un souci de cohérence concernant la suite de ce travail, nous présentons ici deux des dix départements du Grand Est.

La Marne, qui est un département à prévalence rurale peuplé de 561 972 habitants en 2021, représente 10,2% de la population du Grand Est. Le taux de chômage s'y élève à 7,5%.

La Moselle, qui compte quant à elle 1 038 901 habitants soit 18,8% de la population régionale. Ce département frontalier de l'Allemagne et du Luxembourg voit 76 380 personnes parmi sa population active travailler dans ces pays limitrophes. Le taux de chômage s'élève à 7,7% dans ce territoire.

1.2 L'Agence Régionale de Santé

Les Agences Régionales de Santé sont apparues sur le territoire français suite à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 1^{er} avril 2010. Elles sont chargées de piloter le système de santé français à un échelon régional. Elles définissent et font appliquer des politiques de santé en région, selon les spécificités et priorités rencontrées sur les territoires (6).

Auparavant présente sur trois sites différents pour animer la politique régionale de santé dans chacune des régions de Lorraine, Champagne Ardenne et Alsace, l'ARS Grand Est a vu le jour en 2015, suite à la réforme des territoires et la promulgation des lois portant sur la délimitation des régions, ainsi que la nouvelle organisation territoriale de la république (NOTRe) les 16 janvier et 7 août 2015 (7).

L'ARS Grand Est, dont le siège est situé à Nancy, a, comme toutes les agences de France, plusieurs champs d'intervention, dont la prévention des risques et la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaires, l'organisation de l'offre de santé, l'amélioration de la qualité et de la performance du système de santé, et d'autres encore (6). L'ARS est représentée dans chacun des départements du Grand Est, sous le nom de « délégation territoriale » (DT).

1.3 Département Promotion de la Santé, Prévention, Vulnérabilités

Le département Promotion de la Santé, Prévention, Vulnérabilités (DPSPV) de l'ARS Grand Est qui nous accueille se situe sur le site de Nancy. Au deuxième étage de la tour, les bureaux sont partagés avec le département Santé Environnementale. Ces deux départements relèvent de la Direction de la Promotion de la Santé, de la Prévention et de la Santé Environnementale (DPSPSE).

Le service PSPV a notamment pour mission de faire appliquer les politiques publiques de santé nationales à un échelon territorial, via la définition et la mise en application de programmes régionaux. Il met en œuvre également des projets en lien avec des besoins locaux.

Pour mener à bien ce projet, le département PSPV travaille avec d'autres instances présentes en région telles que Santé Publique France ou l'Assurance Maladie. Ces organismes veillent à un état de santé optimal des populations et promeuvent la santé en région, en lien avec les directives de leur cellule nationale.

Le service PSPV s'assure également de l'efficacité de certaines instances associatives que l'ARS (co)finance, notamment via le Fonds d'Intervention Régional (FIR) qui alloue les financements selon les besoins territoriaux. Ces structures sont par exemple l'Institut Régional d'Éducation et de Promotion à la Santé (IREPS) ou le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) qui coordonne depuis 2019 la mise en application des programmes de dépistages organisés des cancers dans les 10 départements du Grand Est.

Un des principaux objectifs communs aux travaux menés en collaboration est de promouvoir les comportements favorables à la santé et prévenir l'apparition des maladies et leurs rechutes, notamment en ce qui concerne les cancers, dont le cancer du sein qui intéresse ce travail.

2. Le cancer du sein : une maladie d'ampleur importante

2.1 Épidémiologie

Le cancer du sein est une problématique de santé publique dans le fait qu'il représente le cancer le plus fréquent chez la femme en France avec 58 500 nouveaux cas en 2018. Entre 2010 et 2018, l'incidence a augmenté en moyenne de 0,6% par an. L'âge médian au moment du diagnostic est de 63 ans (8).

Plusieurs études ont permis de mettre en évidence que les principaux facteurs de risque de ce cancer sont : l'âge (80% des cancers du sein se déclarent après 50 ans), les antécédents médicaux personnels et familiaux, la consommation d'alcool et de tabac, le surpoids et le manque d'activité physique, le fait de bénéficier de certains traitements hormonaux de la ménopause, les prédispositions génétiques et le fait de ne pas avoir allaité (8).

L'INCa estime que près de 20 000 cas de cancers du sein pourraient être évités chaque année, notamment en agissant sur les facteurs de risque précédemment cités.

Cela pourrait, en finalité, avoir un impact sur la mortalité liée à ce cancer, qui s'élève à 12 100 décès en 2018, le plaçant en première position des causes de décès par cancer chez la femme (14% en 2018) (8).

En outre, un diagnostic précoce permet une meilleure réponse aux traitements, occasionnant une survie optimisée : la survie à 5 ans post diagnostic est estimée à 87% (9).

Les différentes instances s'attachent donc à travailler à ce constat, afin de limiter la survenue et les complications liées à un diagnostic de cancer du sein.

2.2 Une problématique intégrée aux politiques publiques

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 intègre dans ses axes d'intervention la lutte contre la plupart des facteurs de risques principaux du cancer du sein, communs à d'autres cancers ainsi que beaucoup de maladies chroniques. Elle promeut ainsi les comportements favorables à la santé, comme l'activité physique régulière, l'adoption d'une alimentation saine ou la diminution de l'usage du tabac et la consommation d'alcool (10), qui sont des problématiques particulièrement observées dans le Grand Est selon le diagnostic de l'INCa (4).

Le Plan National de Santé Publique- Priorité Prévention paru en mars 2018 a pour vocation de compléter la SNS en insistant sur son premier axe qui est de promouvoir la santé (11).

Plus spécifiquement, le programme national que représente la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 est élaboré pour répondre aux problématiques de santé publique précédemment citées, en lien avec la SNS et le PNSP.

2.3 Focus sur le Grand Est

La région comptabilise en moyenne 8,4% des nouveaux cas de cancer annuels en France. 44% des patients atteints sont des femmes pour lesquelles l'incidence est supérieure à la moyenne française de 1 point. Le cancer est responsable de 28% des décès dans la région, dont 42% sont des femmes avec une moyenne supérieure de 5 points par rapport à celle de la France (4).

Concernant le cancer du sein, son incidence en Grand Est est comparable à celle du pays. Le nombre moyen de nouveaux cas annuel durant la période 2007-2016 est estimé à 4 573. A l'échelle départementale, la situation est homogène et proche de la moyenne nationale (12).

La mortalité est également similaire à celle retrouvée à un niveau national avec une moyenne de décès annuels par cancer du sein estimée à 1 011 (12).

Le Projet Régional de Santé 2018-2028 prend en compte ces éléments notamment dans son premier axe stratégique « Orienter résolument et prioritairement la politique de santé vers la prévention dans une démarche de promotion de la santé » qui aborde en premier lieu la prévention des conduites addictives et des cancers.

La feuille de route régionale de lutte contre le cancer 2022-2025 permet de corréliser les objectifs nationaux déterminés dans le cadre de la stratégie décennale avec les priorités régionales. Elle aborde la prévention dans son premier axe, notamment l'accès au dépistage (3).

3. Le dépistage du cancer du sein comme allégorie de la prévention secondaire

3.1 Préambule : santé, promotion, prévention

La définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est complétée par la Première conférence internationale pour la promotion de la santé qui s'est tenue à Ottawa en 1986. La Charte rédigée lors de cette conférence stipule que l'individu doit « pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter » (13). La santé est alors perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie.

C'est afin d'aider les populations à se rapprocher de cette définition, que la promotion de la santé intervient, ayant pour but de donner aux individus d'avantage de maîtrise de leur propre santé et d'avantage de moyens de l'améliorer (13).

De surcroît, l'OMS définit en 1948 la prévention comme étant « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (14). Cette notion ne s'oppose pas à celle de la promotion de la santé, leur but commun étant que les populations tendent vers le « bien-être ».

La prévention se décline selon trois niveaux :

- la prévention primaire, qui vise à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population et à limiter les risques d'apparition. Elle prend en compte les comportements individuels à risque comme les risques sociétaux et environnementaux (14)

- la prévention secondaire, qui tend à diminuer la prévalence d'une maladie en population en la détectant le plus rapidement possible, dans laquelle s'inscrit le dépistage, objet de notre intérêt
- la prévention tertiaire, qui s'attache à réduire la prévalence des incapacités chroniques, récidives ou complications suite à l'apparition d'une maladie et à limiter son impact sur la qualité de vie des populations

3.2 Le dépistage du cancer du sein

Le dépistage (de tous cancers) vise à poser le diagnostic de cancer (du sein ici) de manière la plus précoce possible afin d'augmenter les chances de guérison et de survie, en permettant entre autres une meilleure réponse aux traitements et une limitation des complications (15).

Le dépistage du cancer du sein consiste en la réalisation d'une mammographie puis d'un examen clinique des seins par un radiologue.

A échelle individuelle, le dépistage régulier par mammographie permettrait de réduire la mortalité liée à ce cancer de l'ordre de 15 à 20% (16).

Il existe, en France, deux façons de réaliser cet examen.

3.2.1 Le dépistage individuel (DI)

C'est la manière dont a commencé le dépistage du cancer du sein en France, au début des années 1980 (17).

Selon l'INCa, ce mode de dépistage du cancer du sein serait choisi par 10 à 15% des femmes (8).

Cet examen nécessite une consultation préalable chez le médecin traitant ou le gynécologue car une prescription est nécessaire pour le réaliser.

Ce mode de dépistage souvent précoce et annuel, peut être utilisé d'une part dans le cadre d'un suivi lorsqu'il y a des facteurs de risque : « antécédents personnels et/ou familiaux de cancers du sein et/ou de l'ovaire et/ou de carcinome lobulaire in situ, de mutation sur les gènes BRCA 1 ou BRCA 2 ou de lésions bénignes proliférantes ainsi que des antécédents d'irradiation thoracique médicales à haute dose » (15).

Le radiologue et le médecin prescripteur se communiquent entre eux les résultats en lien avec la patiente, ce qui peut favoriser un recours à ce type de dépistage par certaines femmes qui, d'autre part n'ont pas forcément de facteurs de risque de cancer du sein.

L'étude FADO sein menée en 2007 par Santé Publique France démontre que les femmes qui ont recours au DI sont de niveau socio-démographique plus élevé, ont un meilleur suivi médical, notamment gynécologique plus fréquent. Le fait d'être en couple et sous traitement hormonal de substitution (THS) seraient également liés au fait de réaliser plutôt un DI que participer au dépistage organisé, mais cela semble moins marqué (18).

3.2.2 Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)

Les premières expériences de dépistage organisé ont commencé en 1987 dans les départements du Bas-Rhin et du Rhône. Elles ont été étendues à différents départements de plus en plus nombreux jusqu'à aboutir en 2003 à la décision d'une extension à l'ensemble du territoire national (17).

Ce programme national de dépistage organisé consiste en l'envoi d'une invitation à réaliser une mammographie de dépistage aux femmes asymptomatiques ayant entre 50 et 74 ans, et ce, tous les deux ans (15). Depuis 2019, la coordination de ce programme en région, ainsi que ceux

concernant le dépistage du cancer colorectal et plus récemment le dépistage du cancer du col de l'utérus, est assurée par les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC). Chaque département possède une antenne de cet organisme, le Grand-Est en compte donc dix. Chaque structure gère le déploiement de ce(s) programme(s) à l'échelle départementale.

Le protocole de DOCS associe un examen clinique des seins à un bilan mammographique, parfois complété par des incidences supplémentaires afin d'écartier tout faux positif (15) (notamment grâce à l'échographie).

Les clichés radiologiques sont catégorisés selon leur degré de suspicion grâce à la classification de l'American College of Radiology (ACR) dont découle la conduite à tenir. Une seconde lecture centralisée est également organisée par la structure de gestion (CRCDC) afin que les clichés négatifs soient vus une deuxième fois par un radiologue formé. « Cette seconde lecture permet d'augmenter le nombre de cancers détectés » (15).

Cependant, pour que le dépistage ait un impact sur la mortalité due au cancer du sein en la réduisant, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'OMS fixent un objectif de 70% de participation à ce dépistage, sans quoi il ne serait pas efficient (16).

Dans le Grand Est, la participation pour la période 2018-2019 était de 52,3% (4).

Cela ne correspond pas encore au taux minimal attendu. De plus, ce taux de participation est en diminution depuis 2015 (19).

Nous nous demandons alors quels sont les facteurs qui contribuent ou non à une participation efficiente au DOCS en France, voire à la mammographie de dépistage de manière générale.

3.3 Déterminants de recours

Les études menées démontrent que le recours au dépistage du cancer du sein est conditionné et/ou amélioré par plusieurs facteurs (15), (20) :

- Le **revenu** : les femmes qui appartiennent au plus haut quintile de la distribution de revenus sont susceptibles de se faire dépister plus régulièrement
- Le **territoire habité** : vivre en milieu urbain et périurbain aisés ou habiter dans un Ilôt de Regroupement pour l'Information Statistique (IRIS) moins défavorisé que d'autres
- L'**âge** : le fait d'appartenir à la classe d'âge intermédiaire (55-60 ans)
- Le **suivi médical** : le fait de consulter un médecin régulièrement
- Le **régime de sécurité** sociale : être affiliée au régime général.

De plus, une étude parue en 2016 suggère que réaliser le dépistage du cancer du sein par le biais du dépistage organisé augmente de 9,9% le recours régulier au dépistage du cancer du sein (20).

3.4 Déterminants de non ou moindre recours

Les femmes ne présentant pas les facteurs précédemment cités sont moins susceptibles de participer au dépistage du cancer du sein.

D'autres éléments sont mentionnés concernant le manque de recours au dépistage :

- L'**âge** : le fait d'appartenir à la tranche d'âge la plus faible de la population cible (51-55ans) (15) ou la plus élevée (70-74 ans) : les femmes de plus de 70 ans auraient des connaissances insuffisantes concernant le cancer du sein et présenteraient une confusion quant à leur admissibilité aux programmes de dépistages (15),(20), la ménopause qui éloigne les femmes d'une prise en charge gynécologique qui les inciterait à participer (20)
- La **distance** du cabinet de radiologie le plus proche : les femmes les plus éloignées participeraient le moins (21)

- Le **territoire** de résidence : le fait d'habiter en milieu rural serait associé à une moindre participation (15)
- La **complémentaire santé** : le fait de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle- Complémentaire (désormais remplacée par la Complémentaire Santé Solidaire CSS depuis le 1^{er} novembre 2019 (22)), ou ne bénéficier d'aucune complémentaire privée (17), (20)
- Le **régime de sécurité sociale** : le fait d'être affiliée au Régime Social des Indépendants (RSI) (15)
- Les **antécédents** de vie : le fait d'avoir vécu des épisodes de précarité impacte fortement et négativement le recours régulier au dépistage (20)
- Le **stress et l'anxiété** : provoqués par le dépistage et ses résultats (20) qui peuvent aboutir à une prise en charge qui pourrait rompre dans certains cas un équilibre déjà précaire (emploi...)
- **L'état de santé** : le fait d'être en mauvaise santé (20), être en Affection Longue Durée (ALD) (20)
- Certaines **catégories d'emploi** : être employée du commerce ou ouvrière non qualifiée (17)
- Le **niveau d'éducation** : faible niveau d'éducation (20), avoir un niveau inférieur au baccalauréat (17), un niveau inférieur au CEP (17)
- Un faible niveau de **littératie en santé** : définie par Sorensen comme étant « la connaissance, les compétences la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie » (23), (24).

Le fait de « vouloir » réaliser un dépistage du cancer du sein n'est donc pas la condition sine qua non pour « pouvoir » le faire.

Tout cela questionne la notion d'accès, qui s'applique au domaine de la santé en général et donc au système qui lui est voué.

4. Disposer d'un accès à la santé

4.1 Un droit

La Constitution de l'OMS adoptée en 1946 stipule que « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » (25)

Nonobstant, la Charte d'Ottawa définit des préalables indispensables à toute amélioration de la santé : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable (13).

Lorsque ces préalables ne sont pas remplis, le droit à la santé revêt une dimension différente et interroge la notion d'égalité.

Nous nous intéressons alors à cette question de manque d'accès, aux raisons qui tiennent certains d'entre nous à distance du système de soins et de prévention, et donc in fine d'un état de santé optimal.

4.2 Facteurs d'éloignement du système de santé

Dans son référentiel de compétences concernant la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins publié en 2017 (26), la HAS détermine les principaux obstacles à l'accès à la santé des populations en situation de vulnérabilité.

Ces obstacles sont observés par le Programme National de Médiation Sanitaire (PNMS), Médecins du Monde, le Comité pour la santé des Exilés (COMEDE) et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE). Ils seraient de deux ordres (26) :

- « Liés au système : difficultés d'accès à la domiciliation et à la couverture maladie [...], difficultés d'accès à l'offre de soins [...], difficultés d'accès liées à la barrière numérique [...], manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes, manque de recours à l'interprétariat professionnel, difficultés à prendre en charge les personnes en situation de précarité, discrimination rencontrée à l'encontre du public-cible [...]
- Liés au public-cible : manque d'information ou méconnaissance des dispositifs de droit commun, des offres de soins et de prévention présentes sur le territoire mais aussi des ressources disponibles pour les aider à y accéder, difficultés de communication [...], méfiance dans les rapports avec les professionnels de santé et de système de soins, manque de priorisation de la part du public-cible en défaveur de leur santé. »

Une étude menée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en 2017 à propos du renoncement aux soins, rapporte que ces situations concernent majoritairement des femmes (58,6%), des personnes vivant seules (36,6%), ou les familles monoparentales (17,7%) (27).

Beaucoup de personnes assurées qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins connaissent ou ont connu « une instabilité par rapport à l'emploi, des ruptures parfois successives dans leur parcours de vie, des expériences administratives vécues comme compliquées... » (27).

La CNAM stipule également que ce « phénomène concerne aussi des personnes bien insérées socialement aux revenus modestes, pour qui toute dépense imprévue causée par exemple par des soins onéreux ou successifs est difficile à financer ». On note également une difficulté de la part de ces personnes à exprimer leurs problématiques si on ne les y invite pas, soit par honte, soit parce que le renoncement aux soins est intégré à leur mode de vie, ou encore parce qu'elles ne prennent pas en compte le fait que des solutions puissent exister (27).

4.3 Notion de vulnérabilité

Cette difficulté d'accès aux soins peut être la cause ou l'effet d'une certaine vulnérabilité chez les personnes concernées, notamment en les exposant de manière plus formelle aux différentes pathologies, par manque de connaissances, manque de prévention, manque de soins.

La vulnérabilité prend son sens du latin *vulnus*, *vulneris* (la blessure) et *vulnerare* (blesser). Selon le dictionnaire Larousse, une personne vulnérable est celle qui « peut être blessée, frappée » « qui peut être facilement atteinte, qui se défend mal ». Ses synonymes sont les termes « fragile » et « sensible » (28). Cette notion peut concerner certaines populations qui présenteraient plus de « faiblesses » que d'autres, sur différents plans : la sphère familiale, le niveau d'éducation, le revenu socio-économique, la langue parlée, la localisation géographique, l'isolement... comme par exemple les personnes âgées, les personnes migrantes, les usagers de drogue... (28).

5. Questionnements inhérents au travail

Nous pouvons alors nous questionner sur la(es) façon(s) de rapprocher les femmes qui se trouvent éloignées du système de santé donc potentiellement en situation de vulnérabilité, du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein, afin de limiter les inégalités sociales et territoriales d'accès à ce dépistage.

Ceci est un des axes de travail mis en avant par le Ministère des solidarités et de la santé dans le cadre de la feuille de route régionale des cancers, qui consiste en un premier versant d'une certaine dichotomie dans les objectifs auxquels l'ARS doit répondre.

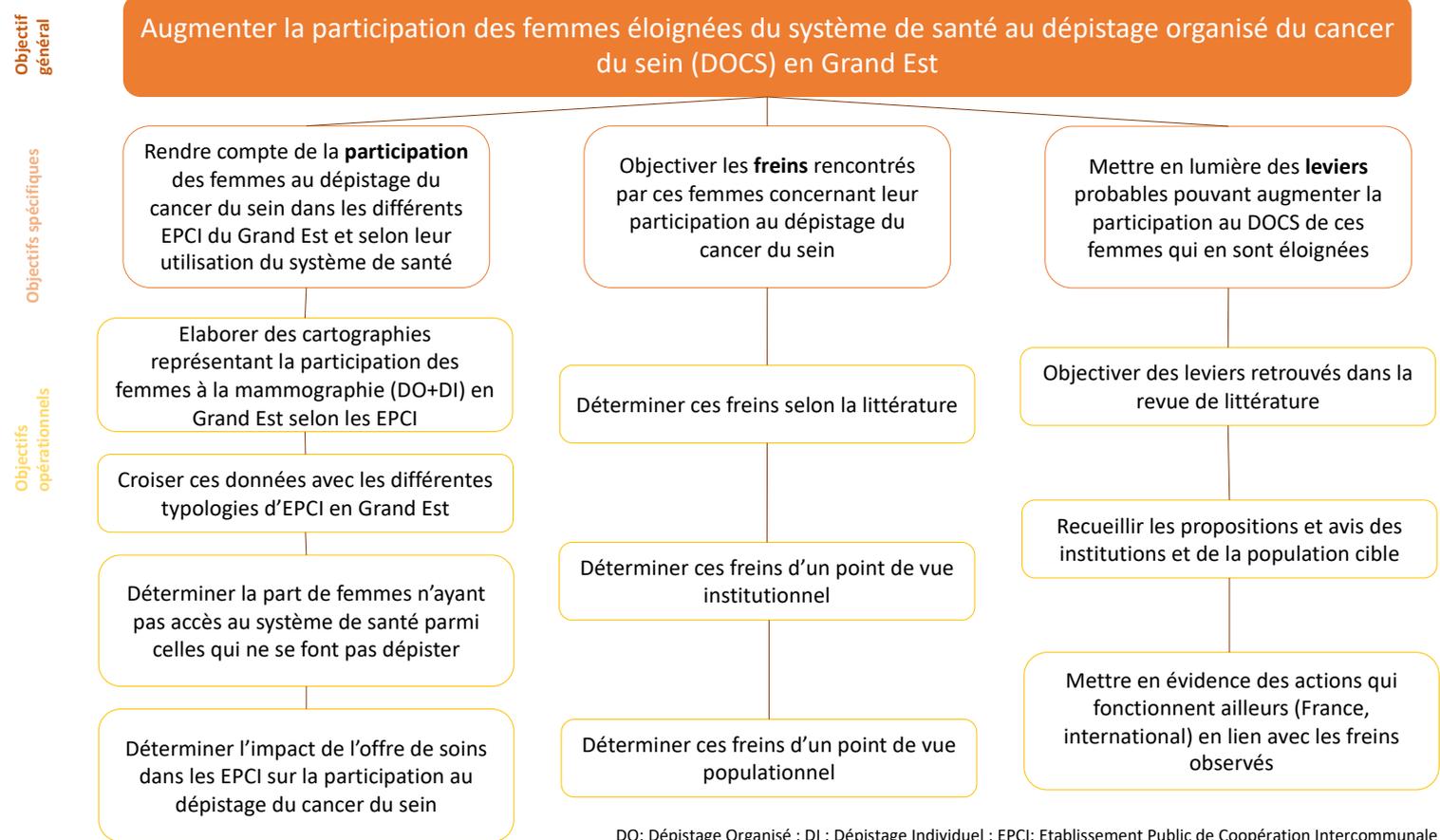
L'autre versant réside dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui sont fixés entre l'ARS et ce même Ministère, concernant les priorités nationales qui sont déclinées en objectifs et « indicateurs » communs à toutes les ARS, parmi lesquels figure le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein.

Or, ces deux versants ont des objectifs et surtout une population cible à priori différente : d'un côté il faut rendre « qualitatif » le programme de DOCS en le rendant accessible à toutes, de l'autre il faut tendre vers une participation la plus « quantitative » possible des femmes en Grand Est, le but étant que les chiffres régionaux flirtent avec les objectifs numériques fixés aux niveaux étatique et européen.

Notre mission de stage s'attache donc à travailler sur cette dualité à laquelle est confrontée l'ARS. Nous nous demandons **comment favoriser la participation au DOCS des femmes de 50 à 74 ans éloignées du système de santé en Grand Est**, puis **quel impact cela pourrait-il avoir concernant le taux de participation régional au DOCS**.

III. Objectifs

Afin de mener à bien ce travail, nous avons déterminé ses objectifs général, spécifiques et opérationnels, desquels ont découlé les actions que nous avons mises en place pour les atteindre.



Il est à noter que ce travail se déroulant sur 5 mois ne nous permet pas de modifier les taux de participation régionaux au DOCS. Il est une étape préalable à la mise en place concrète d'interventions pouvant avoir une influence sur la participation des femmes éloignées du système de santé.

IV. Méthodes

1. Territoires et population ciblés

1.1 Territoires d'intérêt

La lecture du portrait de territoires édité par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) en 2019 nous a éclairé sur le fait que le territoire du Grand Est est très varié (29) (cette diversité de territoires est représentée en **annexe 1** sous forme de cartographie).

Cette cartographie classe les 149 Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) du Grand Est selon 10 catégories (nous utiliserons également le terme de « typologies » de manière indifférente).

La région Grand Est comptant 10 départements, il a semblé judicieux d'en choisir quelques-uns d'entre eux afin de les analyser plus finement, notamment concernant les données quantitatives que nous aborderons ultérieurement. Un échange avec l'Assurance Maladie et Santé Publique France débouchant sur ce conseil de la part d'un épidémiologiste a permis d'asseoir la méthode envisagée.

Pour ce faire, nous avons d'une part identifié les départements qui possèdent un grand nombre de typologies d'EPCI différentes.

Nous avons d'autre part observé les taux de participation au DOCS selon les départements du Grand Est sur les dernières années.

Dans l'idée d'obtenir des résultats significatifs, nous avons décidé de nous intéresser aux deux départements situés aux extrêmes de cette participation à savoir la Marne et la Moselle. Ces territoires sont ceux qui possèdent la plus grande diversité d'EPCI, soit respectivement 7 et 9 typologies dont un certain nombre en commun. Nous avons voulu définir si un consensus existe entre ces deux départements, notamment en termes de freins et de leviers quant à la participation au dépistage du cancer du sein.

1.2 Population cible

La population qui nous intéresse ici est celle qui est éligible au dépistage organisé du cancer du sein.

Pour répondre à la demande, nous prenons en compte le critère d'éloignement du système de santé, qu'il soit d'origine géographique, financière, culturelle, sociale ou plus encore, notre intérêt se portant sur le fait qu'il conduise à une sous-utilisation du système de soins et un manque de recours aux services de prévention.

De manière concrète, ce travail vise les femmes vivant en milieu rural et présentant une mobilité limitée, les femmes ne parlant pas le français, les femmes bénéficiant des minimas sociaux (RSA), les femmes en situation de handicap, les femmes n'ayant pas de droits ouverts, les femmes sans domicile fixe, les femmes en situation de mono-parentalité et aux ressources limitées (financières, sociales...), ainsi que toutes les femmes qui pourraient présenter, à un ou différents moments, une ou plusieurs vulnérabilités en regard de la santé, en lien avec des difficultés d'accès.

2. Données chiffrées de participation au dépistage du cancer du sein en Grand Est

2.1 Données de participation au DCS par EPCI en Grand Est

Une fois l'échelle de l'EPCI déterminée, nous avons fait en sorte d'obtenir les données concernant la participation au dépistage du cancer du sein à ce niveau et par départements.

Nous avons sollicité la Direction de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation (DQPI) au sein de l'ARS afin d'extraire les données que nous souhaitons connaître.

Plusieurs échanges par mail et téléphone, dont une réunion entre les deux services concernés (DQPI et DPSPV) ont débouché sur une définition précise de la demande, en fonction de ce qu'il était possible de faire.

La période qui nous intéressait était celle de 2018-2019, afin de se baser sur des données relativement récentes et représentatives, la pandémie ayant entravé le recours aux différents dépistages, et les données très actualisées n'étant pas encore disponibles. Les données ont pris en compte les mammographies remboursées jusque 6 mois après la fin de 2019, pour prendre en compte les femmes qui se feraient dépister tous les 2 ans et quelques mois.

Les données ont été extraites du Système National des Données de Santé (SNDS). Le champ concerne les femmes de 50 à 74 ans, de tous régimes, résidant dans la région Grand Est et ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins de ville sur la période observée.

Les patientes dépistées ont été identifiées grâce aux codes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) QEQK001 (mammographie bilatérale), QEQK005 (mammographie unilatérale) et QEQK004 (mammographie de dépistage) pour des mammographies réalisées en ville, en soins externes ou au cours d'un séjour de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

Ces codes CCAM (30) sont utilisés pour les femmes qui réalisent des mammographies de dépistage aussi bien que de contrôle, les données extraites prennent donc en compte ces deux types de recours car nous avons choisi de ne pas exclure les patientes suivies pour un cancer du sein actif ou surveillé.

Notre but était de distinguer la part de femmes qui n'a pas accès au système de santé donc à la mammographie dans les EPCI.

Nous avons demandé à connaître la représentation des femmes bénéficiant de la C2S parmi celles qui ne se font pas dépister.

Nous avons trouvé judicieux que ces données soient livrées également sous forme de cartographie, afin d'avoir un visuel de la participation au dépistage du cancer du sein par EPCI en Grand Est.

Il a été mentionné que nous nous intéressions particulièrement aux départements 51 et 57 mais, afin de servir les travaux du département PSPV au-delà de cette mission, il a été convenu que les données seraient extraites pour l'ensemble des EPCI du Grand Est.

2.2 Dépistage du cancer du sein et recours aux soins

Notre population cible étant les femmes éloignées du système de santé, nous avons demandé à ce que les données de participation (ou non-participation) au dépistage du cancer du sein soient analysées en regard de la consommation de soins de ces femmes, afin de déterminer la part d'entre elles ayant un moindre recours aux soins selon les EPCI.

Il nous a alors fallu déterminer les indicateurs de recours aux soins à ajouter à cette extraction de données.

Nous nous sommes donc concertés avec la DQPI afin de définir des indicateurs qui pourraient expliquer un moindre recours au DCS et plus largement définir un éloignement des soins, en lien avec la littérature.

Sur la période observée de deux ans, **notre définition d'une utilisation minimale du système de santé** était la suivante :

- avoir déclaré un **médecin traitant**
- avoir consulté **au moins une fois** un **médecin généraliste**
- avoir consulté **au moins une fois** un **gynécologue**
- avoir consulté **au moins une fois** un **chirurgien-dentiste**

Les données de participation au DCS ont été analysées (lors de l'extraction de données) selon cette définition. Les 4 critères réunis nous permettaient d'avoir une idée de la part de femmes qui n'a pas accès au système de santé parmi celles qui ne se font pas dépister.

Par ailleurs, nous avons demandé à la DQPI des données relatives à l'offre de soins dans la Marne et la Moselle. Nous avons défini, avec une personne de cette direction, l'accès aux professionnels qu'il nous serait utile de connaître dans le cadre de la participation au dépistage du cancer du sein. Notre choix s'est arrêté sur l'effectif des médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, radiologues exerçant dans chaque EPCI des départements 51 et 57. Les effectifs ont été extraits pour les années 2016, 2017, 2018, 2019, mais nous nous sommes focalisés sur l'année 2018 (effectifs en décembre), dans une problématique de praticité et de cohérence car ces derniers étaient représentatifs de l'offre disponible à mi-chemin entre le début et la fin de la période d'observation.

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) a également été demandée concernant ces professions en Grand Est et par département. Cela permettait d'avoir une idée plus précise de l'offre disponible dans les territoires en matière de santé, par rapport à la demande exprimée par la population.

2.3 Analyse de la participation au dépistage du cancer du sein

2.3.1 Catégories d'EPCI et participation au dépistage du cancer du sein

Nous avons cherché à mettre en évidence un éventuel consensus entre la Marne et la Moselle concernant la typologie des EPCI et leur taux de participation au DCS (DO+ DI), afin de connaître notamment les typologies d'EPCI dans lesquelles il conviendrait d'intervenir en priorité.

Pour ce faire, nous avons mis en lumière les EPCI qui participaient le plus à la mammographie, ainsi que ceux qui y participaient le moins. Nous nous sommes référés à la cartographie de participation éditée, qui classe les EPCI selon ce que nous appellerons ici des « strates » en fonction de leur taux de participation. Ces strates sont présentes au nombre de 4. La première strate appelée S1 regroupe le 1/6^{ème} des EPCI les plus participatifs en Grand Est. S2 et S3 regroupent chacune 1/3 des EPCI, et S4 regroupe le 1/6^{ème} des EPCI les moins participatifs. Nous nous sommes intéressés à la première et la dernière strate de cette participation lorsque cela était possible, puis aux 2^{ème} et 3^{ème} lorsqu'aucun EPCI n'entraît dans la première ni la dernière selon les départements.

Ainsi, parmi les 15 EPCI de la Marne, nous nous sommes intéressés aux 5 plus participatifs (figurant dans S1) et aux 2 EPCI les moins participatifs au DCS (situés dans S3).

Parmi les 23 EPCI de la Moselle, ce sont les 6 plus participatifs (figurant en S2), ainsi que les 6 moins participatifs (figurant en S4) qui ont retenu notre attention pour ce travail.

2.3.2 Lien entre participation territoriale et taux de bénéficiaires de la C2S parmi les femmes non dépistées

Chacun des EPCI présentant une participation optimale ou à l'inverse minimale a été analysé selon le taux de femmes bénéficiant de la C2S parmi celles qui n'ont pas été dépistées.

Nous avons défini le seuil à partir duquel un EPCI était considéré comme « présentant beaucoup de bénéficiaires de la C2S parmi les non dépistées ». Nous avons pour ce faire calculé la moyenne des taux de C2S chez les femmes non dépistées en prenant en compte tous les EPCI de la Marne et la Moselle. Nous avons choisi d'inclure les EPCI situés sur deux départements et n'appartenant de ce fait pas uniquement aux départements observés, pour une raison de cohérence car nous les avons observés précédemment. Il s'agit des EPCI « CA de Saint Dizier Der et Blaise » dont une petite partie est située dans la Marne et l'autre en Haute-Marne, et « CC Mad et Moselle » situé à cheval sur la Meuse et la Meurthe-et-Moselle.

Le calcul de la moyenne de ces taux a débouché sur un seuil de taux de bénéficiaires de la C2S à 5,7%. Nous avons ensuite observé quels EPCI situés dans les strates extrêmes présentaient un taux de bénéficiaires de la C2S chez les femmes non dépistées strictement supérieur à ce dernier, afin de corréliser ce taux à une éventuelle moindre participation au DCS dans l'EPCI étudié.

2.3.3 Lien entre participation territoriale et taux de femmes éloignées du système de santé parmi les femmes non dépistées

Nous avons calculé la moyenne de la même manière que pour la partie précédente. Cette dernière s'élevait à 1,1% par excès. Nous avons cependant préféré choisir un seuil à 1,0%, ce taux étant énoncé dans les données obtenues, concernant chacun des départements de la Marne et la Moselle.

Nous avons procédé de la même façon et observé les EPCI situés dans les strates extrêmes dans les deux départements selon ce seuil. Nous avons cherché à mettre en évidence un lien entre un taux d'éloignement du système de santé parmi les femmes non dépistées $\geq 1,0\%$ et une moindre participation au dépistage dans l'EPCI concerné.

2.3.4 Lien entre participation territoriale et offre de soins

Nous avons dans un premier temps standardisé les effectifs chiffrés selon les EPCI pour 100 000 habitants car les données qui nous ont été remises étaient brutes. Nous avons ensuite observé le nombre de médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues et radiologues dans les EPCI « extrêmes » quant à leur participation au dépistage du cancer du sein. Nous avons choisi de regrouper d'un côté ces professionnels pouvant promouvoir et influencer la participation des femmes au dépistage et d'un autre les radiologues. Nous avons calculé la moyenne de ces deux effectifs par strate, afin de mettre en évidence un éventuel lien entre effectifs de professionnels et participation au DCS.

2.3.5 Sous-participation et indicateurs ORS

Nous nous sommes ensuite intéressés spécifiquement aux EPCI les moins participatifs à la mammographie dans chaque département, et avons cherché à mettre en évidence les indicateurs pour lesquels ces EPCI étaient inférieurs à la moyenne régionale, d'après la carte des territoires de l'ORS. Nous avons supposé que ces indicateurs pouvaient avoir une influence sur la moindre participation au DCS.

3. Enquête de terrain

3.1 Echantillon

Afin de connaître le point de vue de personnes et professionnels du terrain, nous avons souhaité interroger plusieurs instances présentes dans les territoires observés, ainsi que des femmes de la population cible.

Nous avons donc dans un premier temps ciblé deux types d'instances à interroger dans les deux départements d'intérêt :

- les instances de promotion du dépistage du cancer du sein en département : CRCDC, CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), MSA (Mutualité Sociale Agricole), et quelques associations œuvrant pour la lutte contre le cancer en département : Ligue contre le Cancer, Dames de cœur (57), Europa Dona.
En tout, ce sont 10 instances qui ont été sollicitées.
- les organismes en lien avec des personnes en situation de vulnérabilité, donc éventuellement éloignées du système de santé : Secours Populaire, Médecins du Monde, ATD Quart Monde, Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), pour un total de 7 organismes ont été contactés.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur la manière dont nous pourrions recueillir le point de vue des femmes de la population cible. Ces femmes rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins et à la prévention, nous avons préféré passer prioritairement par les instances afin d'être mis en lien dans un second temps avec elles, si cela était envisageable, dans un souci éthique.

Nous avons également contacté 3 médecins généralistes exerçant en Moselle afin de mettre en évidence les freins dans ce département qui pourraient expliquer un moindre recours au dépistage organisé du cancer du sein sur ce territoire.

Par la suite, nous avons été amenés à solliciter une association qui œuvre pour une catégorie de femmes de notre population cible, à savoir les populations migrantes : Migration Santé Alsace. Nous avons bien conscience que cet organisme n'était pas implanté dans l'un des territoires d'intérêt, mais nous avons jugé intéressant le fait d'échanger avec une instance en lien avec les populations migrantes, afin d'apporter quelques éclairages à notre travail.

3.2 Méthodologie employée

Une demande d'entretien a été envoyée à chaque instance citée, par mail avec une définition du contexte dans lequel elle s'inscrit, dans la Marne et la Moselle.

Nous souhaitions interroger les mêmes établissements sur chacun des départements afin de pouvoir comparer les données et mettre en lumière d'éventuelles similarités ou disparités.

Le recueil de données a été réalisé via des entretiens semi-dirigés, prévus pour être réalisés de manière individuelle, par téléphone ou visioconférence.

Trois guides d'entretien ont été rédigés afin d'adapter les questions à la personne interrogée et le domaine dans lequel elle intervient.

- Une grille pour les personnes travaillant au sein d'instances œuvrant pour la promotion du DCS (**annexe 2**)
- Une grille pour les associations en lien avec les femmes en situation de vulnérabilité (**annexe 3**)
- Une grille pour les femmes issues de la population cible

Tous ces guides d'entretien ont été testés et élaborés afin que l'entretien puisse s'adapter aux disponibilités des personnes investiguées : de 30 minutes à une heure.

3.3 Analyse

Les entretiens ont tous été retranscrits dans leur intégralité. Les données ont été anonymisées en vue de respecter leur protection.

Nous avons procédé à une première lecture (31) puis une seconde qui nous a permis d'identifier les thèmes principalement abordés, en vue de la construction de la grille d'analyse.

Le verbatim a été lu une troisième fois afin d'être « codé » (31) : chaque donnée intéressante était placée dans le ou les thèmes principaux de la grille d'analyse, desquels ont découlé des sous-thèmes permettant un classement optimal des différentes informations recueillies. Cette façon de faire peut être assimilée à une méthode déductive, car la majorité des réponses exprimées faisait sens sans avoir besoin d'une interprétation développée.

Cette grille d'analyse s'est voulue commune aux différentes personnes interrogées, aussi elle contenait une pluralité de thèmes et sous thèmes afin de correspondre à ce que chacune pouvait dire, en fonction de son domaine d'intervention.

Les informations contenues dans chacun des thèmes ont ensuite été analysées afin de dissocier les éléments retrouvés dans la Marne et dans la Moselle et de définir si un consensus était retrouvé entre les deux départements.

4. Interventions prometteuses

Le gouvernement Canadien définit la pratique prometteuse comme étant « une intervention, un programme, un service, une stratégie ou une politique qui a le potentiel (ou « promet ») de devenir une pratique exemplaire. » (32)

Nous avons donc cherché à mettre ce type d'actions en évidence, concernant la promotion du dépistage du cancer du sein auprès de populations éloignées du système de santé.

Nous avons déterminé deux critères permettant d'identifier une action comme intéressante dans le cadre de ce travail : le fait qu'elle s'adresse aux populations cibles de notre travail et qu'elle permette de faciliter le rapprochement de ce public du dispositif de dépistage du cancer du sein, que ce soit par exemple par la mobilité ou l'éducation.

Nous avons donc défini plusieurs échelles au sein desquelles nous souhaitons observer ce qui est mis en place.

4.1 En Grand Est

Afin d'avoir une idée des actions menées concernant la promotion du dépistage du cancer du sein chez les femmes éloignées du système de santé en Grand Est, nous avons pris connaissance du rapport d'activité du CRCDC pour l'année 2021, paru début 2022.

Nous avons interrogé également la base de données OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) (33) afin de faire un tour d'horizon des actions menées en Grand Est.

Nous avons de surcroît consulté la plate-forme « Ma Démarche Santé » qui répertorie les actions financées par le département PSPV dans le cadre du FIR. Nous avons voulu mettre en évidence les actions menées en Grand Est concernant la thématique étudiée.

4.2 En France

Nous avons réalisé un benchmark afin de mettre en avant des leviers qui fonctionneraient dans d'autres régions de France concernant la thématique d'intérêt. « Le benchmark est, dans un contexte marketing, une démarche d'observation et d'analyse des pratiques marketing utilisées et des performances atteintes par d'autres entreprises (34).

Les régions sollicitées l'ont été pour des raisons de similarités avec le Grand Est, en termes par exemple de pluralité de territoires ou de problématiques rencontrées.

Cette partie du travail s'est déroulée en 3 temps :

Temps 1 : Nous avons sollicité les 12 départements de la région Nouvelle Aquitaine via les délégations territoriales de l'ARS, par mail, détaillant notre demande et le contexte dans lequel elle s'inscrivait. Les réponses obtenues nous renvoyaient majoritairement vers les sites du CRCDC.

Temps 2 : Forts de cette observation, nous avons choisi de contacter les 12 départements de la région Auvergne Rhône Alpes (AuRA), via les sites territoriaux de l'ARS, du CRCDC et de la Ligue contre le cancer pour optimiser les réponses. Ce contact s'est fait via un mail commun aux 3 organismes dans chaque département.

Temps 3 : Nous avons ensuite décidé de temporiser au vu des réponses obtenues. Finalement, nous avons sollicité les 5 départements de la région Pays de la Loire via les sites du CRCDC, ainsi que la région Hauts de France via le site régional du CRCDC au vu des éléments de réponses communiqués de façon majoritaire par le siège du CRCDC dans les premières régions contactées.

Nous avons une nouvelle fois consulté OSCARS (33) cette fois-ci à l'échelle nationale et avons également été attentifs aux idées qui auraient pu être recueillies lors de la revue de littérature.

5. Place de la littérature

Les diagnostics et rapports récents ont été consultés dans un premier temps, afin de cerner l'état d'avancée des pratiques concernant le dépistage du cancer du sein. Nous avons consulté les données produites par la HAS, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), l'INCa, Santé Publique France, le Ministère des solidarités et de la santé afin de « baliser le terrain ».

Nous nous sommes ensuite intéressés aux études menées sur le sujet, afin de prendre connaissance des facteurs favorisant la participation des femmes au DI/DO du cancer du sein, ainsi que les raisons pouvant expliquer une moindre participation. Durant cette étape, ce sont plutôt des articles qui ont été consultés, via notamment « Ulysse », moteur de recherche de l'Université de Lorraine. Les mots-clés utilisés comprenaient les termes « cancer » « sein » « dépistage » « participation ».

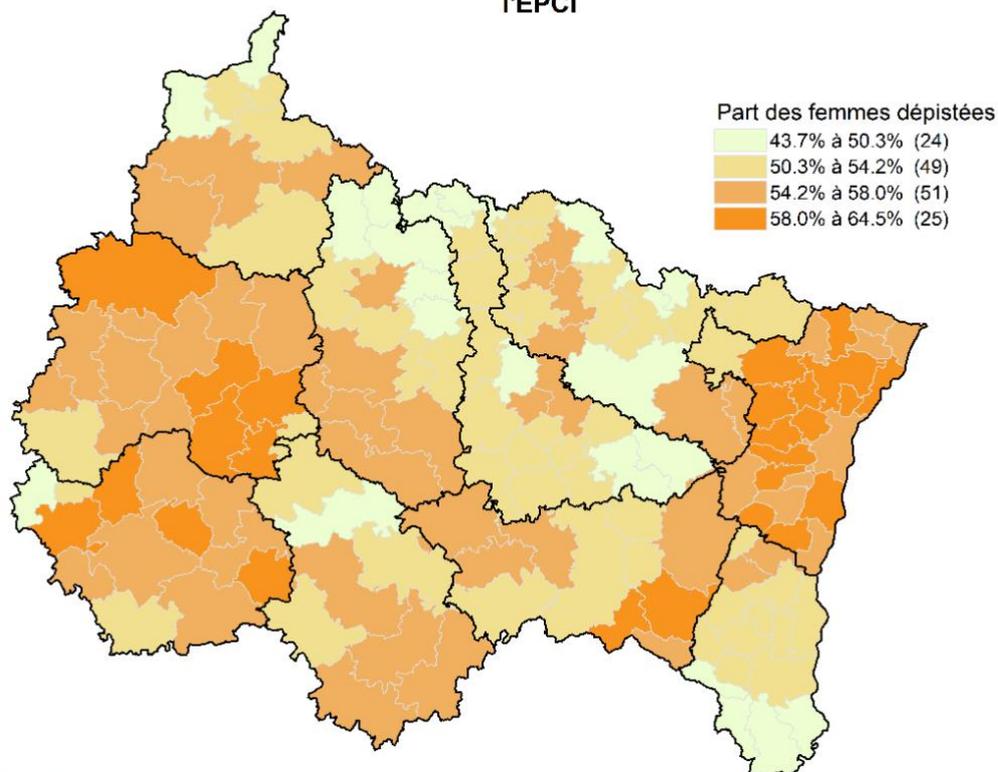
Dans un troisième temps nous avons consulté des ressources en lien avec le recours aux soins, ses freins et leviers, l'éloignement du système de santé, la vulnérabilité, la précarité, afin de définir plus précisément la population cible et les problématiques auxquelles elle est confrontée. Nous avons également cherché à mettre en évidence les ressources que ces populations peuvent être amenées à solliciter, ainsi que les structures œuvrant particulièrement dans le domaine, notamment en Grand Est.

V. Résultats

1. Taux de participation au dépistage du cancer du sein selon les EPCI du Grand Est



Part des femmes de 50 à 74 ans dépistées du cancer du sein sur la période 2018-2019, selon l'EPCI



Source: SNDS,
Réalisation : ARS Grand Est/DQPI/DP

Cette cartographie est l'une de celles réalisées par la DQPI. Elle prend en compte les données concernant le dépistage organisé ainsi que le dépistage individuel, en population générale, par EPCI.

1.1 Typologies d'EPCI et participation au DCS dans la Marne et la Moselle

Nous avons classé les EPCI dont la participation se situe aux « extrémités », c'est-à-dire ceux qui participent de manière efficiente et ceux qui participent le moins au DCS dans chacun des départements de la Marne et de la Moselle (tableau présenté en **Annexe 4**).

L'analyse de la participation maximale et minimale au DCS dans les départements de la Marne et de la Moselle selon les catégories d'EPCI rend compte du fait qu'il n'y ait pas de consensus parfaitement défini concernant certaines typologies d'EPCI qui participeraient moins au dépistage du cancer du sein, ou à l'inverse plus que d'autres.

Certaines catégories se trouvent à la fois dans les strates de participation efficiente (S1 pour la Marne et S2 pour la Moselle) **et** dans les strates de moindre participation (S3 pour la Marne et S4 pour la Moselle).

Ces catégories sont parfois ambivalentes pour le même département (« cadre de vie rural favorable » situé en S1 et S3 pour la Marne), ou à travers les deux départements (« pauvreté du déclin industriel » situé dans S1 pour la Marne et S4 pour la Moselle).

Pour nuancer ces propos, certaines catégories sont présentes seulement dans une seule strate extrême, nous laissant supposer qu'elles pourraient avoir un lien avec la participation au dépistage.

Il s'agit des catégories « riche par redistribution frontalière », « périurbain dense et riche » et « villes champenoises modestes » qui représentent la meilleure participation de la Moselle. La catégorie « en stagnation et pauvre » n'est représentée qu'une fois, parmi les EPCI les moins participatifs de la Marne. De même pour la catégorie « métropoles socialement fragiles » qui figure parmi les EPCI efficaces de la Marne.

Cela étant, ces typologies n'apparaissent qu'une fois voire deux chacune maximum dans ce tableau des « extrêmes », alors que bon nombre d'entre elles sont réparties dans les strates « intermédiaires » (non représentées dans le tableau).

Il ne semblerait donc pas que la **participation au dépistage du cancer du sein** dans les EPCI, qu'elle soit efficiente ou non, **soit influencée par la typologie** selon laquelle l'ORS a catégorisé ces EPCI du Grand Est dans sa cartographie de territoires.

1.2 Part des femmes bénéficiaires de la C2S parmi les non-dépistées

Les résultats de l'analyse des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du sein dans les EPCI les plus et moins participants de la Marne et la Moselle (**Annexe 4**) mettent en évidence les informations suivantes :

Dans la strate 1 (participation optimale), 2 des 5 EPCI représentés (appartenant à la Marne), présentent un taux de femmes bénéficiaires de la C2S supérieur à 5,7%, parmi les femmes non dépistées.

Ces EPCI sont de typologie « pauvreté du déclin industriel » (CC de Vitry, Champagne et Der : 10,4%) et « métropoles socialement fragiles » (CU du Grand Reims : 9,0%)

Dans la strate 2, 1 EPCI parmi les 6 représentés met en avant un taux de femmes bénéficiaires de la C2S supérieur à 5,7% (CC de Sarrebourg-Moselle Sud, « Villes champenoises modestes » 5,8%)

Dans S3, 1 EPCI sur 2 présente un taux supérieur à 5,7% de femmes bénéficiaires de la C2S parmi les non-dépistées : CA de Saint Dizier Der et Blaise « en stagnation et pauvre » (7,9%).

Dans S4, 3 EPCI sur 5 ont un taux de femmes bénéficiaires de la C2S supérieur au seuil de 5,7% parmi les non-dépistées : les 3 sont de typologie « pauvreté du déclin industriel » : CA de Forbach-Porte de France (11,2%), CC de Freyming-Merlebach (10,8%) et CC du Warndt (7,9%).

Il semblerait donc globalement que les **EPCI les moins participatifs** à la mammographie sur la Marne et la Moselle présentent **un plus grand nombre de femmes non-dépistées bénéficiant de la C2S**.

Il est à souligner que les EPCI de type « pauvreté du déclin industriel », qu'ils soient représentés parmi le plus ou le moins participatifs au DCS, présentent des taux de femmes bénéficiant de la C2S parmi les femmes non dépistées très élevés (jusqu'à 11%).

Nous ne pouvons alors pas affirmer que l'aspect financier donc le fait de bénéficier de la C2S minore la participation au dépistage du cancer du sein dans la Marne et la Moselle, car des EPCI aux taux de participation élevés ont également des taux de C2S parmi les non-dépistées élevés, comme la CC de Vitry Champagne et Der qui est parmi les plus participants (60,3%) mais présente un taux de femmes bénéficiant de la C2S parmi les non-dépistées à 10,4%.

1.3 Part de femmes éloignées du système de santé parmi les non-dépistées

Les résultats chiffrés se trouvent également dans le tableau présenté en **annexe 4**.

Nous pouvons observer :

Dans **S1** : **2 EPCI /5** présentent un taux de femmes éloignées des soins $\geq 1\%$ parmi les non-dépistées

Dans **S2** : **3 EPCI /6** présentent un taux de femmes éloignées des soins $\geq 1\%$ parmi les non-dépistées

Dans **S3** : **2 EPCI /2** présentent un taux de femmes éloignées des soins $\geq 1\%$ parmi les non-dépistées

Dans **S4** : **4 EPCI /6** présentent un taux de femmes éloignées des soins $\geq 1\%$ parmi les non-dépistées

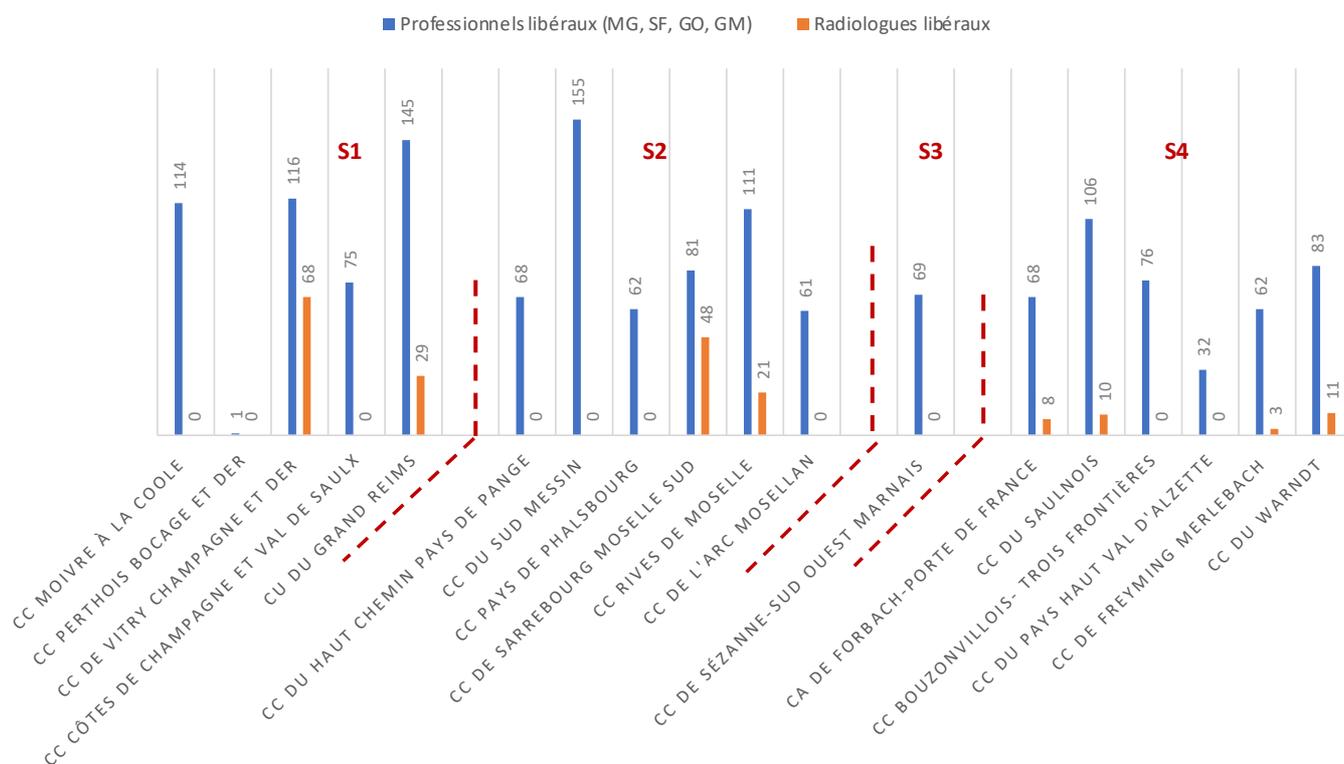
Il semblerait donc que le nombre d'EPCI dont le taux de femmes éloignées du système de santé (tel que nous avons choisi de le décrire) parmi les femmes non dépistées est supérieur ou égal au seuil défini (1,0%), augmente selon les strates.

Ainsi nous pouvons avancer (prudemment cependant), que **l'éloignement des soins peut avoir une influence** sur la **participation au DCS** dans les territoires de Marne et Moselle, dans le sens où les 2/3 des EPCI les moins participatifs présentent des taux de femmes éloignées des soins parmi les non dépistées supérieurs ou égaux au seuil défini.

Néanmoins il convient de préciser que les femmes éloignées des soins ne représentent que 1% en moyenne des femmes non dépistées, aussi bien dans la Marne, dans la Moselle, qu'en Grand Est.

Cela nous donne une idée quant à l'augmentation des taux de participation départementaux et régionaux au DCS si des actions développées auprès des femmes éloignées du système de santé se montraient efficaces.

1.4 Influence de l'offre de soins dans les territoires sur la participation au dépistage



Représentation des effectifs de médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues obstétricaux, gynécologues médicaux et radiologues selon les EPCI les plus et moins participatifs au dépistage du cancer du sein dans la Marne et la Moselle

Dans S1 (Marne), l'effectif moyen de professionnels de santé libéraux est d'environ 90 en décembre 2018, pour environ 19 radiologues.

Dans S2 (Moselle) l'effectif de professionnels de santé libéraux est d'environ 90 également en décembre 2018, environ 12 concernant les radiologues.

Nous n'avons pas pu calculer S3 car il nous manquait les données concernant l'EPCI CC Saint Dizier Der et Blaise.

Dans S4 (Moselle), l'effectif moyen de professionnels de santé est de 72 environ, pour 5 radiologues, ce qui est inférieur à ce qui était retrouvé dans les 2 premières strates.

Nous pouvons donc supposer que la moindre participation dans les EPCI (de Moselle notamment) peut être liée à un nombre inférieur de médecins, sages-femmes, gynécologues, radiologues dans les EPCI.

1.5 Indicateurs ORS défavorables dans les EPCI les moins participatifs au DCS

Nous avons analysé chacun des EPCI les moins participatifs de la Marne (2 EPCI) et de la Moselle (6 EPCI) grâce à la cartographie des territoires de l'ORS, qui en dresse les profils socio-économique et socio-sanitaire.

Il ressort de cette analyse que ces territoires cumulent plusieurs vulnérabilités, en grande majorité les mêmes d'un EPCI à l'autre.

Ces vulnérabilités se situent dans le fait que les EPCI présentent une défaveur par rapport à la médiane des 149 EPCI du Grand Est au niveau :

- de la **structure familiale** : tous sauf un présentent une part de familles monoparentales supérieure à la médiane,
- de l'**emploi** : tous présentent un taux supérieur à la médiane pour plusieurs de ces indicateurs : part de couples sans emploi avec enfant, part de chômeurs parmi les 15-64 ans actifs, part de salariés de 15 à 64 ans en temps partiel et contrat précaire (ni en CDI ni fonctionnaires), part de jeunes chômeurs (15-29 ans),
- du **taux d'activité**, 6 EPCI sur 8 présentent une part des 15-29 ans ni étudiants ni actifs supérieure à la médiane,
- du **revenu**, sur plusieurs de ces indicateurs : le revenu disponible par unité de consommation, la part de l'ensemble des prestations sociales dans le revenu disponible, le taux de pauvreté (proportion de ménages dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté défini à 60% du niveau de vie médian), l'intensité de la pauvreté (écart relatif entre le revenu médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté),
- du **niveau de diplômes** : dans la population non scolarisée âgée de 15 à 64 ans, une part de personnes sans diplôme (ou au plus le diplôme national du brevet), une part de la population dont le diplôme le plus élevé est un BEP ou CAP supérieures à la médiane régionale, et une part des diplômés du niveau supérieur minoritaire par rapport à la médiane,
- du **logement** : des parts de logements avec plus d'occupants que de pièces ou d'une pièce avec au moins 2 occupants supérieures à la médiane,
- de l'**équipement disponible** : des niveaux d'équipements courants non touristiques, éducatifs, de commerces généralistes et « particulièrement indispensables aux personnes âgées » inférieurs à la médiane dans chacun de ces EPCI,
- de l'**isolement des personnes âgées** : 6 des 8 EPCI présentent une part de personnes âgées vivant seules (pour 100 personnes de 65 ans et plus) supérieure à la médiane.

Quant à l'offre de soins, nous ne pouvons pas conclure car seul le temps d'accès (en minutes) pour chaque discipline sanitaire est comparé à la moyenne régionale. Les effectifs de professionnels sont présents mais non standardisés et la moyenne régionale concernant chacun d'eux n'apparaît pas dans ce document. Nous pouvons simplement dire que les temps d'accès aux professionnels sont tantôt supérieurs tantôt inférieurs à la moyenne régionale, non proportionnellement à la participation au dépistage du cancer du sein.

De même, nous ne retrouvons pas de consensus quant à l'état de santé des populations sur ces territoires : les taux d'ALD sont parfois supérieurs parfois inférieurs à la moyenne régionale, la mortalité y est souvent supérieure notamment la mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire (on relève un nombre de décès en lien avec des maladies relatives au tabac et à l'alcool souvent supérieur à la moyenne) mais sans pouvoir conclure de façon significative.

2. Freins pouvant expliquer une moindre participation au dépistage du cancer du sein : résultats d'enquête

2.1 Dans la Marne

Suite aux sollicitations dans ce département nous avons obtenu 5 réponses, qui ont mené à la réalisation de 3 entretiens semi-dirigés ; des entretiens individuels avec une personne de la MSA, une personne œuvrant pour le secours populaire français sur Reims, ainsi qu'un entretien avec une personne du CRCDC de la Marne, réalisé dans le même temps que l'entretien avec une personne du CRCDC Moselle, s'apparentant de ce fait à un focus groupe. Il nous a été donné l'opportunité de nous entretenir avec une personne travaillant au Centre Marnais de Promotion de la Santé (CMPS) via la personne du secours populaire, rendant compte de leur travail collaboratif.

C'est donc les propos de 4 personnes, recueillis par visioconférence durant des entretiens variant de 32 minutes à 1h01 qui alimentent cette partie du travail.

2.1.1 En population générale

Les entretiens dans ce territoire ont conduit à mettre en avant que les freins liés à une non ou moindre participation au dépistage du cancer du sein étaient en lien avec un éloignement géographique rencontré par certaines femmes. Cela peut être corrélé avec une faible densité médicale, pouvant occasionner des délais importants et étant estimé comme représentant un vrai frein pour certaines femmes, d'après une personne interrogée, qui a précisé que ce n'était pas le cas dans la Marne. Cette personne précise que les délais pour réaliser une mammographie sont de l'ordre de 2 à 3 semaines sur ce territoire.

Elle rapporte que les territoires défavorisés participent moins dans ce département. Nous pouvons rapprocher cet élément de ce qui a été évoqué plus haut dans ce travail, en lien avec le nombre de femmes non dépistées qui possèdent la C2S globalement plus élevé dans les territoires qui participent moins.

Il a été évoqué également une hétérogénéité des territoires et l'influence sur la portée des actions promouvant les dépistages : ce qui fonctionne dans un territoire ne fonctionnera pas forcément dans l'autre, notamment en lien avec l'implication des associations et acteurs locaux. A échelle plus individuelle, une personne a mis en avant le fait que la peur de l'annonce d'un cancer ait été retrouvée dans les diagnostics territoriaux comme étant un frein important, une autre a évoqué la peur des rayons X.

La notion de contrainte a été évoquée, le fait de devoir prendre rendez-vous, de devoir prendre un après-midi pour se rendre à l'examen.

Nous nous intéressons à présent aux obstacles rencontrés par les femmes éloignées du système de santé dans la Marne.

2.1.2 Chez les femmes éloignées du système de soins

Nous nous sommes dans un premier temps intéressés à la définition qu'avaient les personnes interrogées de « l'éloignement du système de santé ». Nous nous sommes aperçus que cette question semblait déstabilisante pour les personnes interrogées.

Dans ce territoire, une personne enquêtée définit en premier lieu l'éloignement du système de santé comme étant « problématique ». Cette dernière s'interroge sur le fait que certaines personnes se trouvant en très bonne santé n'ont de ce fait pas besoin de soins.

Elle évoque le fait que le recours aux soins puisse être influencé par l'âge, le fait d'être en ALD et de nécessiter de ce fait d'un nombre plus ou moins important de consultations médicales.

Une personne œuvrant pour une association définit ce terme comme regroupant « des personnes éloignées culturellement de la santé », qui « consultent tard », « ne savent pas reconnaître les symptômes », « qui n'ont pas la CMU ou qui ont laissé passer, qui ne l'ont plus parce qu'il y avait des papiers à faire et ils n'ont pas compris » et parfois ces personnes « ne savent pas qu'[elles] n'ont plus les droits ». Elle précise que beaucoup des « populations isolées » qu'elle rencontre ont un médecin traitant, mais elles n'utilisent pas le système de santé de manière efficiente, par exemple ces personnes solliciteraient le service des urgences en premier recours. Elle définit ces populations comme étant « dans la vie, tout de suite ».

Une autre personne en lien avec des populations en situation de vulnérabilité estime que l'accès aux soins est conditionné par le fait d'être en mesure de pouvoir trouver les professionnels, notamment d'un point de vue géographique. Cela peut être rapproché de la densité médicale et de l'offre disponible. Elle fait mention également du fait de pouvoir avoir accès aux informations concernant la « santé, mutuelle, complémentaire santé, le rôle du médecin traitant, le parcours de soins ». Cela se rapproche du mésusage abordé précédemment. Elle évoque également le fait de ne pas avoir accès à l'information diffusée au grand public et donne l'exemple du dossier médical partagé. Elle conclut en donnant deux conditions à l'accès aux soins : une offre médicale suffisante et l'accès à l'information.

Une autre personne évoque le manque de médecins traitants et le fait que les visites à domicile soient difficiles à organiser dans leur travail, ce qui contribuerait à éloigner certaines personnes, dont les plus âgées.

Concernant maintenant le recours au dépistage du cancer du sein, les raisons de non-participation évoquées concernent le fait que « certaines femmes font suivre leurs enfants ou leur famille avant elles ». Cette démarche « nécessite de sortir d'une logique quotidienne de « manger, dormir, avoir un emploi, s'occuper des enfants », il faut que les femmes puissent se dire « il faut que je me protège aussi, que je me préserve », c'est ça qui culturellement souvent est compliqué ». Il est également fait mention de « préoccupations immédiates », prioritaires, notamment de « préoccupations financières » qui emmènent les femmes à moins se préoccuper de leur santé, d'autant plus lorsqu'elles n'ont pas de signes et symptômes.

Une personne évoque comme frein le fait que certaines femmes ne reçoivent pas l'invitation, ce qui peut être corrélé avec le propos d'une personne en lien avec ces populations qui mentionne le fait que certaines personnes qu'elle rencontre, (dont des femmes) habitent chez des amis ou de la famille. Elles n'auraient, par déduction, pas d'adresse à leur nom, ce qui peut entraver au bon déroulé du dispositif.

Une personne évoque « des femmes aussi qui ont des pathologies je dirais chroniques, qui ont des co-morbidités, on sait aussi que c'est des personnes qui participent moins parce qu'elles sont plus dans le soin que dans la prévention puisque déjà ayant des pathologies parfois lourdes ou qui nécessitent déjà une prise en charge importante ».

Cette même personne évoque à un autre moment de l'entretien les femmes en situation de handicap, qui se retrouvent confrontées à un personnel en centre de radiologie souvent non formé à leur prise en charge (nous pouvons supposer physique et/ou mentale), malgré le fait que les bâtiments soient « accessibles ». Le personnel auxiliaire n'est selon elle pas assez nombreux, ce qui constitue un frein important à la réalisation du dépistage du cancer du sein chez ces femmes.

Cette dernière évoque également la langue parlée, occasionnant une incompréhension probable du dépistage et ses explications comme étant un frein, ainsi que le fait de devoir se dénuder.

Ce propos est contrasté par celui d'une personne en lien avec les populations en situation de vulnérabilité qui rapporte que la notion de pudeur n'est pas du tout retrouvée dans les retours qu'elle peut avoir. Pour elle, un des freins les plus importants concerne la douleur ressentie lors de l'examen. Elle a déjà entendu une femme expliquer que « on prend le sein en sandwich entre

deux plaques, ça fait très mal » à certaines de ses paires, ce qui n'incite donc pas à participer, entretenant même des représentations parfois erronées dans l'imaginaire des femmes.

Ont été abordées également les notions d'appréhension notamment pratique liée au fait de devoir par exemple se garer sans savoir où lors de la venue pour examen, ainsi qu'une appréhension de la découverte d'un cancer, rapporté littéralement par une personne en lien avec ces femmes comme « je veux pas savoir, je veux pas qu'on regarde ».

2.2 Dans la Moselle

Nous avons obtenu 6 réponses suite à nos sollicitations dans ce département. 5 entretiens ont été menés, 3 de manière individuelle (1 par téléphone et 2 par visioconférence) avec une personne travaillant au sein de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Metz, une personne de la MSA ainsi qu'un médecin généraliste remplaçant intervenant dans 3 agglomérations de Moselle. Deux autres entretiens ont eu lieu en dyade, par visioconférence : celui avec une personne du CRCDC Moselle commun avec la Marne évoqué ci-avant, et un avec deux personnes de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Moselle. Les entretiens ont duré de 10 minutes à 1h02.

2.2.1 En population générale

Dans ce département, le médecin traitant a beaucoup été évoqué comme étant un levier majeur de la participation au dépistage. Une personne a dit « c'est vraiment significatif quand on regarde les comparaisons entre les courbes des personnes [...] dans les mêmes tranches d'âge avec ou sans médecin traitant », ou encore « on sait que les médecins sont vraiment une force importante pour que leur patientèle franchisse le pas parce que les personnes se fient souvent à leur médecin pour des informations médicales ». Le manque de radiologues est également évoqué à de multiples reprises comme étant un frein à une participation optimale au DCS.

Le médecin interrogé valide cette idée que son corps de métier représente un levier indéniable. Il regrette cependant que les informations liées aux patients soient compliquées à colliger et à identifier, surtout pour lui qui est remplaçant et ne connaît de ce fait pas tous les patients qui viennent le voir. Certains dossiers sont mal remplis, et surtout il doit utiliser 3 logiciels différents pour une complétude de l'information, notamment des résultats. Sur une consultation de 15 minutes, il n'a pas forcément le temps de regarder tous les résultats du patient. Il rapporte que « la meilleure façon que j'ai de savoir si les femmes ont réalisé leur dépistage, c'est de leur demander ».

Ce médecin recense deux typologies de patientes concernant ce dépistage ; celles qui « le font depuis leurs 50 ans et qui ne loupent quasiment aucune mammographie », et « celles chez qui on se rend compte à 60 ans qu'il n'y a jamais eu de dépistage et qu'on rattrape par le biais d'une ordonnance » car ces femmes « perdent » l'invitation envoyée par le CRCDC.

L'idée est donc ici que si le dépistage n'est pas réalisé au début de la période cible, cela constitue un frein à y recourir de manière optimale.

Une personne évoque le fait que le CRCDC ne soit pas encore assez identifié sur le territoire, cela pouvant constituer un frein également.

Une personne a parlé du fait que les quartiers les plus riches ne réalisent pas forcément le dépistage. Elle définit l'éloignement géographique par rapport au centre-ville comme étant un frein, mais également le fait d'habiter en centre-ville et qu'il n'y ait pas de professionnels de santé ni radiologues dans le quartier habité. Le fait de devoir prendre le bus pour aller réaliser une mammographie peut entraver à la participation.

A été évoqué aussi dans ce département le fait de ne pas vouloir savoir : « je ne fais pas mon dépistage comme ça je n'aurai pas de cancer » et la peur de l'examen en lui-même, de l'inconnu, de ne pas savoir ce qu'il va se passer.

La Moselle présente deux spécificités en lien avec le dépistage du cancer du sein, évoquées lors de la plupart des entretiens. La première est liée à la caractéristique limitrophe du territoire ; un certain nombre de femmes (il est fait mention d'environ 8 000) de la population cible (50-74 ans) travaille au Luxembourg et réalise de ce fait ses dépistages du cancer du sein dans ce pays.

Enfin, certains professionnels de ce département n'ont pas adhéré au DO lors de son implémentation, un fait qui s'est perpétué et demeure encore à l'heure actuelle, sans que les personnes interrogées ne puissent l'expliquer. « Une sorte de conflit entre dépistage individuel et dépistage organisé » qui peut induire une limitation de la promotion du DO par les professionnels.

2.2.2 Chez les femmes éloignées du système de santé

Dans ce département aussi, la définition demandée a semblé marquer un temps d'arrêt chez les personnes interrogées.

Cet éloignement est défini comme pouvant être lié au statut socio-économique, à des difficultés financières. Une personne avance que la santé n'est de ce fait pas leur priorité.

Le quartier habité et le type de logement est défini comme influençant l'accès aux soins. Trois personnes évoquent le milieu rural, l'éloignement géographique et le manque de professionnels pouvant éloigner les personnes du système de santé.

Le fait de n'avoir pas déclaré de médecin traitant est questionné comme pouvant être assimilé à une mauvaise santé donc un éloignement du système de santé.

Le médecin généraliste interrogé définit ces femmes comme souvent seules avec des enfants, représentant une minorité. Il aborde une éducation à la santé défaillante, un rapport au corps compliqué, en lien avec le niveau d'éducation sociale. Il dit qu'il faut du temps pour appréhender ces femmes, autant dans la consultation que dans le suivi et la mise en place d'actions.

Plus précisément, les freins évoqués en lien avec le dépistage du cancer du sein chez les femmes éloignées des soins en Moselle sont les suivants : le fait de ne pas avoir de voiture pour se rendre au centre de dépistage, le fait d'être « isolée culturellement », induisant des convictions et de la pudeur face aux professionnels de santé, le fait d'être isolée socialement et d'avoir d'autres priorités, le fait d'être éloignée et isolée, l'exemple des personnes âgées est donné par le médecin généraliste.

Une personne définit deux freins principaux : un manque de professionnels sur le territoire induisant des délais longs, ainsi qu'une question de mobilité qu'elle définit comme « prégnante ». Cette même personne évoque également le manque de temps, les femmes qui ont « beaucoup de choses à porter » impliquant que prendre soin de leur santé n'est pas forcément admis.

2.3 Les femmes immigrées non ou peu francophones

Nous avons pu nous entretenir avec une personne de l'association Migration Santé Alsace afin d'appréhender un peu mieux cette population et au vu des actions portées par cet organisme notamment de prévention et promotion de la santé auprès de leur public cible. L'entretien s'est déroulé par visioconférence pendant 1h16.

Il en ressort que ces populations immigrées non francophones cumulent souvent plusieurs vulnérabilités : la barrière de la langue, qui les handicape dans l'accès aux droits et aux soins, les

difficultés liées à l'exil et au parcours migratoire, le déclassement social, les discriminations, induisant ainsi une précarité économique et sociale (isolement).

La personne interrogée rapporte que les freins à la participation au dépistage du cancer du sein pour ces femmes se situent au niveau de la méconnaissance du dispositif, de la non compréhension du courrier d'invitation occasionnant parfois une anxiété du fait des logos nationaux apposés. L'avance de frais est également abordée, qui questionne ces femmes qui n'ont parfois pas de mutuelle. Un frein est lié à la représentation qu'ont les femmes du fait d'aller consulter si elles ne présentent pas de douleur. Parfois, le fait d'aller chez le médecin (ou par déduction ici le fait de se faire dépister) est associé au fait d'invoquer la maladie.

La religion n'est pas retrouvée à proprement parler dans les freins aux dépistages par cette association qui pratique beaucoup la démarche participative. En revanche la notion de pudeur est évoquée par les femmes, qui disent préférer être prises en charge par des femmes.

3. Leviers pouvant permettre de rapprocher les femmes éloignées du système de santé du dispositif de DOCS

Sur les 4 régions sollicitées dans le cadre du benchmark, nous avons obtenu des réponses pour 3 d'entre elles, parfois de la part de plusieurs instances dans les départements. Parmi ces réponses, nous avons eu un échange téléphonique avec 3 instances en Auvergne Rhône Alpes (2 sites départementaux du CRCDC et 1 comité de la ligue contre le cancer), ainsi qu'un échange par visioconférence avec 4 personnes du département de la Creuse (représentant l'ARS, le CRCDC, et la mise en œuvre du Projet territorial de santé « Plan Santé +23 »). Ces échanges nous ont permis d'avoir accès aux documents explicitant certaines stratégies mises en œuvre dans ces départements. Une chargée de prévention au sein d'un site du CRCDC AuRA nous a redirigés vers une personne en doctorat à l'Université de Bordeaux, réalisant sa thèse sur la médiation en santé, sous la direction de la coordinatrice du programme des inégalités sociales et vulnérabilités territoriales chez Santé publique France. L'entretien a eu lieu par visioconférence et a duré 37 minutes.

Par ailleurs, les recherches sur OSCARS et Ma Démarche Santé ont permis de mettre en avant des actions jugées intéressantes, mais qui se rapprochaient de ce qui a été mis en lumière grâce au benchmark.

Cette partie du travail exposant certains résultats collige donc des éléments tirés des entretiens menés dans la Marne et la Moselle, ainsi que des informations obtenues grâce au benchmark.

Nous faisons précéder de l'icône  les idées d'action ou actions concrètes relevées dans le cadre des entretiens menés ainsi que du benchmark, qui pourraient constituer des pistes à exploiter pour améliorer la participation des femmes en situation de vulnérabilité au dépistage du cancer du sein.

3.1 Prioriser les territoires d'intervention

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, certains territoires présentent une moindre participation au dépistage du cancer du sein, en lien avec une moindre offre en matière de soins et de prévention, mais également d'autres freins comme par exemple le facteur économique. Certains freins peuvent également être retrouvés de manière prépondérante dans un territoire (par exemple : un nombre de personnes allophones supérieur dans les Quartiers Politiques de la Ville (QPV) selon Migration Santé Alsace). Ainsi, intervenir en priorité sur ces territoires qui présentent parfois plus de lacunes que les autres peut s'avérer être un levier dans la démarche.



L'ex- Adémas-69 (CRCDC) a mis en œuvre une intervention sur 4 ans dans le QPV de la Duchère dans la ville de Lyon, choisi pour le « nombre de ménages à très bas revenus, des fragilités familiales élevées, une très forte hausse de demandeurs d'emploi », un taux d'ALD plus élevé que dans la Métropole Lyonnaise, et une très forte part de personnes bénéficiaires de la CMU-C, selon le projet de territoire mené dans cette ville. Il a été relevé que les campagnes nationales de prévention impactaient peu les habitants de ce quartier et que le taux de participation au DOCS était plus faible que dans la métropole. C'est un territoire dans lequel « l'Adémas-69 n'était jamais intervenue jusqu'à présent » et « sur lequel elle n'avait pas encore de contacts ni de partenariats ».



Le CRCDC Pays de la Loire axe sa politique d'« aller vers » en intervenant notamment sur un territoire particulièrement sous-dépisté dans chaque département.

3.2 Solliciter des partenariats en prenant appui sur ce(ux) qui existe(nt)

La personne du secours populaire de la Marne que nous avons interrogée a avancé le fait que certaines associations seraient prêtes à « impulser des choses si elles sont accompagnées et si le projet est co-construit ».



En Isère, l'ex OLDC (CRCDC actuel), a mis en place en 2012 un projet visant à améliorer l'accès au dépistage des cancers du col utérin des populations fragilisées. L'organisme s'est « appuyé sur le maillage local et les liens préexistants entre les structures d'appui (l'IREPS, les Ateliers Santé Ville (ASV), les groupes de travail locaux et l'ensemble des acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire), afin de les recenser, contacter et mobiliser ».



Dans un projet d'ateliers d'éducation à la santé en lien avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire dont nous parlerons plus tard, une personne chargée de projet sur le site du CRCDC de l'Ain avance que l'ASV permet un maillage local efficient grâce à des acteurs déjà mobilisés pour la prévention.



Dans sa stratégie de promotion des dépistages 2020-2023, le CRCDC AuRA prévoit de former des professionnels et non professionnels. Une fois formés, ces « médiateurs relais » peuvent promouvoir le dépistage autour d'eux. Le site Drome/Ardèche a organisé des webinaires pendant la période de pandémie en partenariat avec la CPAM afin de former plusieurs personnes relais par séance et ainsi couvrir le territoire, notamment concernant les professionnels et bénévoles en lien avec des publics en situation vulnérable. Ces webinaires consistaient en plusieurs modules dont des ateliers interactifs par exemple avec l'intervention d'une diététicienne. Cela a débouché sur plusieurs demandes pour un autre cycle de formation.



Le département de la Loire met en avant un partenariat réalisé avec le service précarité de la CPAM ainsi que les restaus du cœur et le secours populaire, où il intervient en utilisant des documents faciles à lire et à comprendre (FALC), pour sensibiliser les personnes qui fréquentent ces associations.



Cette même antenne du CRCDC AuRA a réalisé un diagnostic territorial concernant les besoins de ses partenaires en termes d'outils et formations afin que soient proposés des projets adaptés à destination des populations rencontrées.



Dans le cadre d'un événement autour du dépistage du cancer du sein organisé dans le Rhône et intégré au projet mené dans le QPV de La Duchère cité plus haut, la directrice médicale énonce qu'il est important, de « mobiliser les collectivités locales qui sont bien identifiées, avec des élus locaux qui sont véritablement implantés localement, connus et reconnus par la population, et qui vont pouvoir porter publiquement la dynamique autour du sujet ».



Le CRCDC de l'Ain aborde également les élus du territoire comme des partenaires clés, dans le fait qu'ils peuvent représenter des « relais » pour la mobilisation d'organismes d'aide sociale, notamment le CCAS, ce qui peut permettre d'accélérer la mise en œuvre de partenariats comme cela a été le cas pour leur projet ADOCPA de capitalisation abordé plus bas.



Le CRCDC AuRA prévoit de réaliser des interventions de sensibilisation en entreprise, en partenariat par exemple avec la caisse d'assurance maladie. Cette action a été également menée dans le Grand Est et dans l'Isère comme l'a évoqué une personne de la Ligue Contre le Cancer qui relatait une intervention auprès de femmes ouvrières. Un document informatif sur la santé et les dépistages des cancers pourrait par exemple être glissé avec les bulletins de salaire (action menée sur le site du CRCDC Cantal/ Haute-Loire/ Puy-de-Dôme). Cette action pourrait avoir lieu pendant le temps de travail et renforcer la cohésion d'équipe.



Le CRCDC de la Creuse réalise des partenariats avec les PMI afin d'y mener des ateliers de promotion de la santé. Les sages-femmes y proposent des « consultations avancées ».



La Charente met en place un projet avec les PASS du département. Ils souhaitent instaurer un service sanitaire des étudiants en santé afin de travailler sur les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus auprès des femmes sollicitant les services des différentes permanences.

3.3 Rendre plus identifiable le CRCDC

Plusieurs personnes ont rapporté le fait que depuis la création du CRCDC en 2019, les populations ne l'identifiaient pas aussi bien que les anciennes associations départementales.



L'Adémas-69 dans son projet d'intervention sur le QPV de la Duchère dont il est fait mention ci-dessus, a tenu des permanences dans des endroits stratégiques publics et privés (notamment les centres sociaux, bibliothèques, marchés, centres de santé) dont les pharmacies, ce qui paraît être un lieu propice puisque les habitants s'y rendent pour une démarche de santé. Ces permanences permettent de rendre lisible l'organisation du DOCS, dans une démarche « proactive » auprès des publics et professionnels. Des services d'impression des invitations et de prises de rendez-vous pour les femmes qui le souhaitaient étaient appréciés.

L'évaluation de cette démarche par le biais d'entretiens avec des personnes sensibilisées et des professionnels a mis en avant des axes d'amélioration comme le fait de « modifier les lieux à faible fréquentation, augmenter la durée, la fréquence et les horaires des permanences ».

En termes de résultats, sur une période de 4 mois, les 7 permanences sur 7 lieux différents ont permis de rencontrer 172 personnes, dont 94 femmes ayant l'âge requis pour le DOCS. 6 courriers ont été imprimés pour le DOCS.

3.4 Travailler sur les représentations

Nous avons vu que les représentations qu'ont les femmes du dépistage du cancer du sein peuvent contribuer à limiter leur participation à la mammographie.



Le CRCDC Pays de la Loire développe des « ateliers santé » auprès des personnes demandeuses d'emploi ou migrantes, qui « permettent de travailler les représentations autour des notions de prévention, dépistage des cancers, dans l'idée de dédramatiser les tests de dépistage ».



L'Union Départementale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (UDAPEI) 74 a eu l'idée de créer un mammographe en bois pour « dédramatiser l'acte de dépistage en centre de radiologie pour les personnes accompagnées par les établissements et services de l'Union ». Ce mammographe « factice, mobile, démontable, aisément transportable, permet de familiariser les patientes déficientes intellectuelles avec la mammographie. Il présente toutes les caractéristiques en matière de réglages et d'ergonomie d'un mammographe réel.



Le CRCDC site du Rhône met en avant le Projet Vénus, qui existe depuis 2009 dans ce département. Ce dernier consiste à questionner le rapport au corps et favoriser les choix éclairés en matière de santé des femmes. Il se déroule en 4 étapes : le photoshooting, au printemps, durant lequel des femmes volontaires posent le buste nu devant l'objectif, les photos sont imprimées et servent de support aux ateliers ; les ateliers, réalisés en été, en partenariat avec les centres sociaux et associatifs, dont le but est de contourner les tabous liés au dépistage du cancer du sein et à la santé en général, en laissant parler la créativité des femmes qui partent des photos de leurs paires ; les expositions, en automne, permettant à chacun, via la diversité des œuvres, d'approfondir sa réflexion sur la santé et de déconstruire certaines représentations ; à partir d'octobre a lieu l'événement caritatif, lors duquel les œuvres sont mises en vente et permettent de reverser les bénéfices aux associations représentant les femmes atteintes de cancer du sein.

3.5 Majorer la littératie en santé et l'auto-efficacité du public grâce à une posture participative

Plusieurs professionnels ont parlé de la connaissance des dépistages et la capacité à accéder et comprendre l'information comme étant des leviers dans la participation à la mammographie.



Le projet ADOCPA (Action de promotion du Dépistage Organisé des Cancers auprès des Publics en cours d'Alphabétisation) porté par l'ex ODLC de l'Ain (CRCDC actuel) de 2017 à 2020, consistait à augmenter le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus des personnes analphabètes ou illettrées de 50 à 74 ans de certains cantons défavorisés de l'Ain. Le principe résidait dans le fait de réaliser des séances d'éducation à la santé au sein de structures partenaires accueillant des femmes du public cible grâce à un maillage territorial important. Ces séances permettent aux personnes de se rendre compte que le cancer peut les affecter elles aussi, que cela peut avoir une incidence sur leur travail, leur vie de famille. « Après les séances éducatives, la plupart des participants (97 %) ont commencé à réaliser l'importance d'adopter des comportements favorables à la santé pour réduire le risque de cancer ».

Le contenu des séances était adapté aux besoins identifiés chez le public cible, ainsi que leur niveau de littératie en santé et leur niveau en français. La fréquence des séances était également modulable. Au terme des ateliers, les femmes voulaient en savoir plus sur le cancer et sur leur santé.



Le fait de faire participer à l'une de ces séances un ou une patient(e) (anciennement) atteint(e) de cancer pouvant témoigner de son expérience de dépistage et son impact sur la prise en charge pourrait potentiellement contribuer à majorer les bénéfices de ces ateliers en favorisant le sentiment d'auto-efficacité.



Les animatrices de l'association Migration Santé Alsace (formées par le CRCDC), lors des interventions en promotion de la santé qu'elles mènent auprès de publics présentant des vulnérabilités à minima linguistiques, partent des connaissances et savoirs des personnes, qu'elles valorisent, pour les compléter par des informations scientifiquement validées. L'objectif visé est en premier lieu l'interaction.

3.6 Comprendre et se faire comprendre

L'étude ADOCPA Ain citée ci-dessus met en avant le fait que pour beaucoup de personnes étrangères, le français est une langue compliquée à utiliser. Plusieurs femmes ont évoqué le fait de comprendre ce qu'on leur dit mais ne pas parvenir à s'exprimer.

Il conviendrait de dédramatiser l'analphabétisme auprès de ces populations.



La personne travaillant chez Migration Santé Alsace a insisté sur l'importance de la professionnalisation des interprètes. Ces personnes sont formées au domaine sanitaire et social et sont en capacité de traduire de manière exhaustive ce qui est abordé pendant un échange médical, ce qui n'est pas forcément le cas concernant les interprètes bénévoles par exemple.

Le niveau de compréhension lié à certains handicaps doit également être pris en compte.



« Grâce à un financement par l'INCA via un appel à projet, l'UDAPEI 74 en partenariat avec le site de la Haute-Savoie du CRCDC a créé des outils en Facile A Lire et à Comprendre (vidéos sur l'activité physique tournées et élaborées avec les habitants du foyer Charles Verthier, un Serious Game réalisé et testé avec un groupe de référents FALC et une boîte à outils numérique à destination du public en situation de handicap.



Le CRCDC site de la Loire projette de mettre en place une campagne d'affichage avec les usagers en situation de handicap et l'ADAPEI de la Loire. Le but serait de créer des affiches avec ces personnes et de les diffuser grâce à des partenaires identifiés. Ces affiches seraient compréhensibles par tous, permettraient de sensibiliser la population générale à la fois au dépistage du cancer et à mieux identifier les publics en situation de handicap.

3.7 Miser sur les médecins traitants et les professionnels de santé

Nous avons vu que le médecin traitant était un levier important dans la promotion du dépistage du cancer du sein. Le médecin généraliste que nous avons interrogé a mentionné la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) dont la grande majorité des médecins bénéficie, via un contrat fixé avec la CPAM du département. Les médecins sont ainsi rémunérés selon leur acquisition des objectifs fixés en regard de plusieurs thématiques, dont les dépistages des cancers. Cela acte, selon lui, le rôle du médecin concernant cette thématique.



La CPAM 57 avait, il y a quelques années, remis un « profil » aux médecins généralistes, représentatif de la participation de leur patientèle aux différents dépistages. Leur profil s'inscrivait parmi ceux de leurs confrères à échelle territoriale et départementale. Cela avait occasionné de bons retours car permettant aux médecins de « se situer par rapport à leur patientèle, voir où ils en sont ». Ce type d'action est mené notamment dans le département des Vosges selon le rapport d'activités CRCDC Grand Est 2021. Les chiffres de participation au DCS par territoires pourraient également être remis à d'autres professionnels comme les gynécologues et sages-femmes.



Les personnes de la CPAM 57 interrogées ont évoqué une idée de projet qui consisterait à inclure une alarme sur les dossiers des patients qui seraient en retard au niveau de leurs dépistages. Cette alarme s'afficherait lorsque le médecin se rend sur le dossier du patient qu'il a en face de lui. Lorsque nous avons soumis cette piste au médecin généraliste interrogé, il a précisé que cette alerte devrait se situer sur le logiciel « métier » afin d'en garantir l'efficacité, et non pas sur celui de l'Assurance Maladie sur lequel ils ne vont pas de manière systématique.

3.8 Intégrer la promotion du dépistage à une démarche santé

Plusieurs échanges notamment ceux avec les personnes de la Creuse et avec la CPAM 57 ont mis en avant le fait que « parler du cancer, ça fait peur ». Il serait de ce fait bénéfique de ne pas aborder les gens avec cette thématique, mais de l'intégrer à d'autres sujets plus généraux, qui paraîtraient moins anxiogènes pour les populations.



La CPAM 57 a mené des actions de sensibilisation dans des centres sociaux en les débutant par la thématique de l'alimentation.



Dans le cadre du Plan Santé +23, la Creuse mène des actions de sensibilisation sur les différents marchés du territoire, nommées « Maintenant notre santé ». Les thématiques abordées sont variables et variées, comme le tabac, les vaccinations (obligatoires), les facteurs de risque des maladies, les dépistages, notamment de l'hypertension et du diabète réalisés sur place par une infirmière. Certains professionnels de santé accompagnent également ces actions en réalisant des dépistages de la vision et de l'audition.



Le CRCDC Pays de la Loire met en place des « stands sur les aires d'accueil des gens du voyage, en alliant d'autres thématiques (et partenaires) par exemple : la santé bucco-dentaire, l'alimentation, la vaccination, la contraception ».

3.9 Déployer la prévention dans les territoires reculés

L'éloignement du dépistage du cancer du sein peut être lié à un déficit en termes d'offre de soins, notamment concernant les professionnels de premier recours (médecins généralistes). De plus les personnes âgées non véhiculées n'ont quant à elle pas forcément les moyens de se déplacer pour accéder à la prévention et aux soins. Un des leviers se trouve dans le fait d'« aller » littéralement vers ces personnes, afin de limiter au maximum les inégalités sociales et territoriales de santé, notamment dans les territoires ruraux.



Le secours populaire de la Marne se déplace dans les territoires grâce à un « solidaribus », où toutes sortes de services sont proposés, de la distribution alimentaire à l'accompagnement numérique pour permettre aux personnes de réaliser des démarches qu'elles ne pourraient mener seules (faute de connaissances et/ou accès à internet par exemple).

Ce type d'action est également mené en ciblant la prévention en Pays de la Loire, par l'association « les Marsoins » en partenariat avec les associations locales : Croix Rouge, Secours populaire, Missions locales, Foyers de jeunes travailleurs...



Le CRCDC site de la Loire a mis en place un projet « Bus du cœur » permettant aux populations cibles, avec ou sans rendez-vous, de bénéficier d'un bilan de santé complet incluant un bilan cardiologique et un bilan gynécologique. Ce bus était rattaché à un « village-santé » sur lequel les partenaires du projet étaient présents et animaient des séances autour de la santé et la prévention. Sur 2 journées, 200 femmes ont pu être sensibilisées.



Le CRCDC du Pays de la Loire est en réflexion quant à un projet de transport solidaire avec la Ligue contre le cancer comité de la Vendée, pour « répondre à la problématique de la mobilité pour se rendre au cabinet d'imagerie médicale devant un gros manque de radiologues sur le territoire ».



Le CRCDC de la Marne a évoqué lors de l'entretien le « mammobus », bus de dépistage du cancer du sein qui va vers les femmes éloignées et leur permet de réaliser une mammographie de dépistage sans se rendre en centre de radiologie. Ce système est utilisé dans quelques régions de France.

3.10 Recourir à la médiation en santé

Pour terminer cette partie résultats, nous abordons la population des femmes très éloignées du système de santé et/ou en situation de renoncement aux soins, et/ou en situation de rupture avec le système de santé. La médiation en santé représente un levier pour qu'elles (re)prennent contact dans un premier temps avec le système.

Cette démarche s'inscrit dans une dynamique plus globale que le dépistage du cancer du sein mais paraît fondamentale afin de créer un contact avec les femmes les plus marginalisées.

Les médiateurs en santé peuvent être, d'après la personne doctorante à l'Université de Bordeaux, « des pairs, des personnes qui sont issues de la communauté, ou qui ont un même parcours biographique, des travailleurs sociaux [...], des infirmières ou des professionnels de santé mais qui ne font plus de soins ».

La médiation consiste à créer un « lien de confiance auprès des populations et auprès des acteurs », à « rassembler les gens autour d'objectifs communs qui peuvent avoir des objectifs divergents au départ ». Le but est donc de faire le lien entre les personnes (très) éloignées du système de santé et les professionnels du système de santé, en « capitalisant sur la confiance ». Elle évoque un « encadrement, un accompagnement » des tiers médiateurs, une « préparation » et un « compagnonnage » de plusieurs mois afin d'introduire les nouveaux tiers médiateurs à la population cible. La formation à la médiation en santé est encadrée par la HAS via « un référentiel de bonnes pratiques et de compétences ». « On n'est pas dans une logique de faire du chiffre, c'est très différent. Parce qu'il y a la question d'accepter la temporalité de chacun. Que ce soit la personne ou le tiers médiateur, que ce soit les relations avec les acteurs locaux, on ne pousse pas. Ça ne pousse pas, en fait, c'est une attitude qui permet de créer des liens, y'a pas de force ». Cette personne avance le fait qu'il faille éviter que la démarche soit perçue comme une « approche descendante », en évitant par exemple un turn over trop important des médiateurs.



La personne interrogée à la MSA Meurthe et Moselle /Vosges /Moselle a mis en avant leur programme « Déclic » qui consiste à repérer dans un premier temps les personnes sous-consommantes en matière de soins selon des indicateurs définis (nombre de consultations minimales par tranche d'âge durant l'année). Les personnes peuvent être connues de ce programme via les partenaires du régime (par exemple la chambre d'agriculture) qui aurait relevé des difficultés éprouvées par certains de leurs assurés. Un travail d'accompagnement est mené avec l'assuré, fixant des objectifs et prenant en compte, entre autres, les déterminants de santé de la personne, afin de limiter les inégalités en matière de santé.

Pour conclure, nous reprenons les propos du CRCDC de la région Pays de la Loire qui relève « l'importance d'aborder ces sujets de santé en **petits comités**, dans les **lieux de vie** de ces populations. Dans le cas des dépistages des cancers féminins, il est important parfois de rester **entre femmes**. Cela permet de **libérer la parole**, de **vulgariser** le discours médical et de répondre aux **freins** spécifiques » notamment grâce aux partenaires qui servent d'interface.

VI. Discussion

1. Discussion autour du projet mené

1.1 De la pertinence de la mission

La réflexion pour la diminution des inégalités sociales et territoriales de santé représente un enjeu de santé publique ; tout à chacun devrait pouvoir accéder aux soins et à la prévention sans condition, dans un souci d'égalité et de justice en regard du droit fondamental d'accès à la santé imputable à tout être humain.

De surcroît, il existe une « hiérarchie sociale » concernant la prévention et la capacité des individus à se l'approprier. La littérature met en avant le fait que les catégories plus favorisées « reçoivent plus facilement le message et ont la possibilité matérielle et culturelle de l'intégrer à leur comportement » (35).

C'est en ce sens que la mission qui nous a été confiée, s'intéressant aux femmes éloignées du système de santé et leur lien avec le dépistage du cancer du sein est pertinente.

En effet, ce phénomène n'est pas différent concernant ce programme qui tend à creuser les écarts déjà présents entre les femmes de la population générale et celles de populations plus précaires.

1.2 De la méthodologie employée

1.2.1 Les données chiffrées

L'extraction de données avait pour but d'obtenir une représentation concrète de la participation au dépistage du cancer du sein sur le territoire du Grand Est et par EPCI.

L'échelle communale aurait été plus précise et aurait permis de limiter les écarts populationnels notamment entre les différents quintiles de la population, cependant celle de l'EPCI nous a tout de même permis de mettre en évidence des disparités infra-départementales intéressantes.

De plus, l'EPCI étant l'échelle utilisée dans le travail de catégorisation des territoires de l'ORS, l'utiliser nous a permis d'optimiser le temps qui nous était imparti pour la réalisation de ce travail.

Nous nous sommes donc intéressés à deux départements durant ce travail, pour la diversité de leurs territoires et leur participation au DOCS. Si nous avions disposé de plus de temps, il aurait pu être pertinent de trianguler l'analyse, en y intégrant un troisième département afin de définir si nos résultats étaient à nuancer ou si, au contraire, cela validait les éléments retrouvés dans la Marne et la Moselle.

Par ailleurs, le fait d'avoir voulu représenter les femmes éloignées du système de santé parmi celles qui ne participent pas au dépistage permettait de rendre compte de l'influence que pourraient avoir d'éventuelles futures actions ciblées à destination de ces femmes sur les chiffres de participation départementaux et régionaux, dans le cas où elles seraient efficaces.

Nous nous sommes cependant heurtés à la difficulté de donner une définition exhaustive d'une utilisation minimale du système de santé. N'ayant pas retrouvé de consensus proposant une définition avec des indicateurs chiffrés dans la littérature, nous avons dû échanger avec la DQPI afin de déterminer une utilisation minimale qui paraissait acceptable à chacun, au vu de nos connaissances et représentations, en prenant en compte la grande amplitude de l'âge cible. En effet, les besoins de santé ne sont pas les mêmes à 50 ans qu'à 74 ans, notamment chez les femmes, que la ménopause peut éventuellement éloigner de leur gynécologue. Ce professionnel ayant tout de même un impact potentiel sur le recours au DCS, nous avons choisi de l'inclure à notre définition. Un axe d'amélioration pourrait se situer dans le fait de solliciter différents régimes de l'Assurance Maladie afin de faire valider cette définition de l'utilisation minimale du système de santé.

Concernant les données représentatives de l'effectif de professionnels médicaux et de santé en lien avec le DCS dans les EPCI de la Marne et la Moselle, un biais réside dans le fait que n'aient pas été inclus les médecins, gynécologues, radiologues et sages-femmes hospitaliers. Les effectifs sont donc non entièrement représentatifs de l'offre proposée sur les territoires, aussi les résultats de notre analyse sont à nuancer quelque peu mais permettent cependant de se faire une idée de l'offre libérale disponible.

Les données concernant l'Accessibilité Potentielle Localisée dans les territoires étaient disponibles uniquement concernant les médecins généralistes et sages-femmes. Ces professionnels n'étant pas les seuls à avoir une influence sur les taux de participation au DCS, nous avons préféré ne pas analyser ces données.

Ensuite, nous devons mettre en lumière un biais important concernant l'inclusion des femmes ayant un cancer du sein actif ou surveillé dans la population d'intérêt. Les codes CCAM pour la mammographie ne rendant pas compte de l'éventuelle présence d'un cancer du sein chez les femmes se faisant dépister de manière individuelle, nous avons préféré ne pas exclure les femmes suivies pour un cancer du sein actif ou surveillé. Le risque de les exclure aurait été de sous-estimer la participation au dépistage notamment organisé, en ne prenant pas en compte les femmes dépistées d'un cancer sur la période d'observation (ces femmes auraient été automatiquement exclues des données car entrant dans la catégorie « femmes suivies pour cancer du sein », bien qu'elles aient réalisé une mammographie de dépistage). Le fait de les avoir inclus entraîne une majoration de la participation au dépistage individuel car ont été prises en compte les femmes réalisant des mammographies de suivi et non de dépistage.

Néanmoins, ce biais nous apparaissait comme étant le plus acceptable parmi la dualité à laquelle nous étions confrontés, sachant que nous cherchions à identifier la part de femmes ne pratiquant pas du tout la mammographie sur les territoires, ce qui n'est pas le cas des femmes réalisant des mammographies de surveillance.

Enfin, les données ont été extraites du SNDS, en prenant pour base les femmes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins sur la période observée. Les femmes n'ayant pas bénéficié de ces remboursements potentiellement parce qu'elles se trouvent éloignées n'apparaissent donc pas dans le dénominateur. Cela inclut les femmes n'ayant pas de droits ouverts.

Ainsi, malgré des chiffres probablement sous-représentatifs, le présent travail permet de rendre compte de la participation globale au DCS dans les territoires, mais également de la part de femmes éloignées du système de santé parmi celles qui ne se font pas dépister.

1.2.2 Le recueil de données qualitatives

La méthode qualitative est celle qui nous est apparue comme étant susceptible de nous apporter le plus d'éléments sur le sujet. Nous avons ainsi cherché à « produire des données à base de discours pour rendre compte du point de vue de l'acteur, de son expérience, de son vécu, ses savoirs, ses croyances, sans porter sur ces discours de jugement de valeur ni d'appréciation normative quant à leur qualité ou leur niveau » (36).

Nous avons choisi dans un premier temps d'interroger par le biais d'entretiens semi-dirigés des personnes travaillant ou œuvrant pour le dépistage du cancer du sein et/ou les personnes en situation de vulnérabilité dans la Marne et la Moselle. Cela a permis de mettre en lumière les actions menées relatives au sujet, ainsi que la perception des personnes de l'éloignement des soins et des facteurs d'amélioration potentielle de la participation des femmes définies comme étant éloignées du dispositif.

Un premier biais réside dans le fait que la population interrogée n'était pas « uniformisée » : il aurait pu être pertinent d'interroger le même nombre de personnes travaillant pour les mêmes instances, ou présentant les mêmes caractéristiques, dans les deux départements, de manière à obtenir des données sous forme de « miroir ». Les personnes initialement sollicitées dans les instances ont été les mêmes, mais certaines n'ayant pas répondu ou trop tardivement, nous avons choisi d'interroger d'autres personnes qui étaient différentes selon les opportunités rencontrées dans chaque département.

Ainsi, les propos énoncés ne se sont pas tant distingués du fait de la différence de département mais surtout de par la différence de fonction des personnes, ainsi que des publics rencontrés.

Le fait d'avoir utilisé deux grilles d'entretien afin de recueillir les éléments d'intérêt différemment selon les personnes interrogées peut être mentionné comme étant un biais dans le recueil de données également. Cependant, cette façon de procéder nous a permis d'aborder la personne selon sa pratique, qui diffère en fonction de la typologie d'organisme dans lequel elle s'inscrit : institutionnel ou associatif. La façon d'aborder le public cible n'est donc pas tout à fait la même.

Ensuite, les entretiens se sont déroulés par visioconférence pour la majorité d'entre eux, cela a potentiellement pu favoriser la « sécurité » des deux parties, dans le fait qu'il n'y ait pas eu lieu de véritables « face à face ».

Pour terminer sur les entretiens, nous voulions intégrer à ce travail le point de vue des femmes concernées, celles qui se trouvent éloignées du système de santé. Ce travail aurait été d'autant plus cohérent s'il avait donné la parole à ces femmes, et pas uniquement aux personnes qui sont amenées à les côtoyer. Il nous a été dit qu'il était complexe et délicat d'interroger ces femmes sans personne-repère, sans être introduits.

C'est donc suite à ce propos que nous avons contacté l'association ATD Quart Monde au niveau du Grand Est, qui œuvre à faire valoir la parole de personnes en situation de vulnérabilité et de précarité, pour rendre compte notamment des difficultés qui sont les leurs. Nous avons bénéficié de la possibilité de nous entretenir avec quelques femmes de l'association, résidant cependant dans un département différent de ceux qui intéressaient notre travail. Il nous tenait à cœur d'investiguer la perception qu'ont les femmes du dépistage du cancer du sein en Grand Est, nous avons donc souhaité mener le focus groupe en dépit du fait qu'il ne pouvait pas intervenir dans ce travail car ne correspondant pas à la méthode employée. Il a néanmoins permis d'enrichir de manière certaine notre vision de la problématique et de nous rendre compte de la représentation qu'ont ces femmes issues du milieu ouvrier, de la mammographie de dépistage. Cela nous a également permis de confirmer le fait qu'une personne ressource était la bienvenue dans ce type de démarche, permettant d'instaurer un climat de confiance, et de rendre l'échange plus riche de par sa connaissance de longue date des femmes interrogées.

Le recueil de données qualitatives a dans un deuxième temps été alimenté grâce au benchmark. Il serait intéressant d'étendre cette pratique à d'autres voire toutes les régions de France pour étoffer ce travail et rechercher une éventuelle saturation des données.

Il pourrait en effet être bénéfique de prendre du recul sur la probable similarité des actions menées en France pour favoriser la participation au DOCS des femmes en situation de vulnérabilité.

Pour finir, une limite importante à la mise en évidence d'actions prometteuses réside dans le fait que nous nous soyons attachés à rechercher des actions menées pour favoriser le dépistage du cancer du sein, voire des deux autres dépistages bénéficiant d'un dispositif spécifique.

Nous aurions pu élargir en nous intéressant aux actions mises en place pour améliorer les comportements de santé ou la prévention primaire chez les populations en situation de vulnérabilité. En effet, les dépistages des cancers représentent seulement un « volet » de la prévention et il existe sûrement une mine d'actions probantes ou prometteuses dans d'autres domaines. Santé Publique France a notamment mené récemment un travail autour de la vaccination chez les publics « en grande précarité » en France, impliquant plus de 120 chercheurs. Ce projet intitulé « MobCo » initié en automne 2020 autour des stratégies de dépistage, s'est ensuite intéressé à la vaccination. « [MobCo] consiste à rassembler les savoirs théoriques des chercheurs et les savoirs expérientiels des acteurs décisionnels et des acteurs de terrain, et de les partager en vue de développer de nouveaux savoirs intégrés durant la crise sanitaire » (37). Cette étude aurait pu nous apporter des éléments intéressants en regard de la population d'intérêt.

1.2.3 L'analyse des données

L'analyse de données semble avoir été relativement efficace puisqu'elle nous permet de répondre aux objectifs fixés.

L'échelle de l'EPCI a été aisément mobilisable et a permis une analyse uniformisée d'après les indicateurs utilisés par l'ORS dans sa cartographie de territoires.

Le croisement de la participation au DCS par EPCI avec la typologie de territoires aurait pu permettre de déterminer un consensus concernant les endroits dans lesquels il serait pertinent d'intervenir en priorité en Grand Est pour y améliorer les taux de dépistages du cancer du sein.

Concernant les données chiffrées, l'analyse a permis de mettre en lumière une corrélation probable entre participation au DCS et part de femmes éloignées des soins dans la Marne et la Moselle parmi les non-dépistées. Le fait d'avoir déterminé un « seuil » grâce au calcul de la moyenne concernant les données observées de l'ensemble des EPCI des deux départements a permis de rendre l'analyse plus aisée dans sa mise en œuvre et cohérente car uniforme pour toutes les données.

Pour les données qualitatives, nous avons utilisé une grille d'analyse construite à partir du premier entretien mené, et étoffée autant que de besoin lorsque de nouveaux éléments apparaissaient dans les échanges. Cette grille nous a permis d'ordonner les éléments de réponse et de pouvoir identifier des similarités et différences entre les deux départements. L'analyse déductive paraissait la plus appropriée car le but des entretiens était d'obtenir un retour d'expérience des personnes interrogées, aussi nous n'avons pas jugé pertinent d'analyser outre-mesure les réponses afin d'en tirer des éléments qui auraient pu être induits, même si nous y avons prêté à minima attention.

Enfin, concernant les actions prometteuses recensées lors du benchmark, nous les avons triées selon leur efficacité potentielle auprès de la population cible. Nous avons particulièrement retenu celles qui nous paraissaient novatrices au vu des éléments que nous possédions. Cela nous a permis de proposer dans ce travail des actions qui ne sont pas forcément déployées en Grand Est ou de manière moins importante.

Nous avons également prêté attention aux actions ou éléments qui sont revenus plusieurs fois soit dans les documents transmis et/ou dans les échanges que nous avons pu avoir. Nous en avons déduit que si l'élément était retrouvé dans le discours de plusieurs personnes et en lien avec la littérature consultée, alors ce pouvait être un levier à explorer.

Une limite apparaît néanmoins dans cette analyse des actions ; il aurait été d'autant plus solide de catégoriser les actions de « prometteuses » selon des critères définis auparavant et suivant une grille spécifique. Nous aurions pu définir un nombre de critères minimal auxquels les actions devaient répondre pour être intégrées à ce travail. Cela pourrait représenter une piste d'amélioration, en lien avec l'intégration de la promotion des dépistages des cancers au domaine de la prévention de manière générale.

1.3 Des résultats obtenus

Les résultats obtenus nous permettent de répondre globalement aux objectifs fixés. Nous avons pu mettre en lumière le fait que la typologie de territoire telle que l'ORS l'a décrite n'a pas d'influence à proprement parler sur la participation au dépistage du cancer du sein dans la Marne et la Moselle. Il faudrait cependant réaliser l'analyse pour l'ensemble des territoires du Grand Est pour en avoir la certitude.

Bien qu'il nous soit impossible de conclure de manière exhaustive avec les résultats obtenus, nous retrouvons dans les départements de la Marne et de la Moselle certains éléments avancés dans la littérature. Il s'agit du fait que les femmes éloignées du système de santé et/ou bénéficiant de la C2S parmi les non-dépistées sur la période 2018-2019 sont majoritairement plus nombreuses dans les EPCI les moins participatifs au DCS.

De plus, l'effectif de médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues et radiologues libéraux est moindre dans les EPCI les moins participatifs de la Marne et de la Moselle. Cela conforte ce qui a été énoncé lors des entretiens, avançant le fait que l'offre en matière de soins et de prévention est en lien avec le recours aux dispositifs de dépistage, notamment du cancer du sein.

Cette cohérence met en avant le fait qu'il conviendrait peut-être d'intervenir en priorité dans les territoires où l'offre de soins est moindre, et/ou dans lesquels la proportion de femmes bénéficiant de la C2S plus importante, afin de suppléer les acteurs sanitaires de premier et second recours dans la promotion du dépistage du cancer du sein.

Par ailleurs, l'analyse approfondie des territoires déficitaires dans la participation au DCS, éclaire le fait que ces territoires cumulent plusieurs défaveurs par rapport aux autres EPCI du Grand Est, sur une pluralité de domaines : l'emploi, le revenu, le niveau de diplômes, la disponibilité des équipements etc, ce qui peut permettre d'orienter les stratégies d'intervention, en visant par exemple une majoration de la littératie en santé des habitants de ces territoires. Cela représenterait un premier levier permettant l'amélioration du recours à la prévention chez ces femmes et populations.

De plus, les freins émergeant des entretiens sont ceux qui sont retrouvés dans la littérature. Les leviers pouvant permettre un meilleur recours des femmes en situation de vulnérabilité au dépistage du cancer du sein représentent des concepts phares en santé publique, comme l'universalisme proportionné, la médiation en santé ou l'interprétariat professionnel. Ces deux derniers concepts sont inscrits dans le Code de la Santé Publique (CSP), grâce à l'article 90 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016 (26) (38). La HAS a édité des référentiels de compétences relatifs à ces concepts (26), (38) que l'ARS déploie notamment dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Il nous paraît intéressant d'évoquer également le fait que la douleur ait été retrouvée comme étant un frein majeur à la réalisation de la mammographie en population générale et dans les populations éloignées du système de santé, qu'elle ait été vécue ou qu'elle prenne la forme d'une représentation. Une étude menée à l'Institut de Cancérologie de Lorraine promeut l'auto-compression du sein comme étant un levier en réponse à cette problématique. Cette étude « a montré que le simple fait que les patientes compriment elles-mêmes leurs seins rend l'examen plus facile à vivre : les femmes ne se compriment pas moins, la force de compression est même supérieure quand la femme le fait, la douleur mesurée est inférieure et la qualité d'image n'est pas dégradée » (39). Il paraîtrait alors pertinent de diffuser cette information en population afin de lever cette barrière.

Par ailleurs, les entretiens menés ont avancé le fait que le médecin représente un levier important dans l'augmentation de la participation au DCS chez les femmes plus ou moins éloignées du système de santé. La ROSP a été évoquée à deux reprises comme actant ce fait. Nous souhaiterions cependant nuancer cet élément avec une précision que nous retrouvons dans le rapport de la Cour des Comptes édité en novembre 2021 : « La part de la ROSP reste faible, de l'ordre de 2,7% de leur rémunération totale (en 2018). Plus faible encore est la rémunération des seuls indicateurs de la ROSP basés sur des actes typiques de la prévention qui sont au nombre de 13 (vaccination, dépistage, examen à visée préventive, score du risque) au sein de la ROSP du médecin traitant sur un total de 29 (soit 45%). Ces derniers ne représentent au final que 1,15% de la rémunération globale des médecins de ville. [...] Nonobstant le fait que seuls 79% des médecins de ville (97% pour les médecins généralistes) sont éligibles à ces dispositifs, le montant est trop marginal pour avoir un impact déterminant sur les pratiques ». (40)

De plus, il est spécifié dans ce rapport qu'« Aucune modulation tarifaire ne permet non plus d'inciter à des actions de prévention en direction des personnes socialement défavorisées, alors qu'elle constituerait un levier d'amélioration des indicateurs de santé publique et de l'efficacité de la dépense qui s'y rattache. La prise en charge de patients socialement défavorisés conduit souvent à des consultations plus longues et à la prise en compte des habitudes de vie et de l'environnement du patient, qui devrait appeler une rémunération différenciée pour tenir compte du temps passé. Or, la tarification applicable aux médecins généralistes ne prend que très marginalement en compte la situation sociale du patient. Ce n'est que depuis 2018 que le forfait patientèle médecin traitant intègre cet aspect. Dans le cadre de ce nouveau forfait, une majoration est prévue qui intervient lorsque la part des patients qui bénéficient de la complémentaire santé solidaire au sein de la patientèle du médecin traitant, est supérieure au taux moyen national » (40).

Pour terminer, nous pouvons nous interroger quant à la transférabilité des actions mentionnées dans la partie résultats. La transférabilité « correspond à la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte » (41). Ce concept est conditionné par l'applicabilité d'une action qui se définit comme « la mesure dans laquelle une intervention peut être mise en œuvre dans un autre contexte que celui dans lequel elle a été expérimentée ». Les résultats positifs observés dans les régions interrogées ne seront pas forcément similaires en Grand Est. Un pré-requis à la transférabilité d'une intervention en promotion de la santé se situe dans le fait qu'elle soit probante (ait bénéficié d'une évaluation solide), ce qui n'est pas le cas de toutes les actions citées. Elles permettent néanmoins de donner une idée de ce qu'il est possible de mettre en œuvre pour sensibiliser les femmes éloignées du système de santé au dépistage du cancer du sein.

1.4 Proposition de préconisations

En regard de ce travail et des résultats que nous avons obtenus, nous pouvons proposer quelques préconisations qui pourraient permettre d'augmenter la participation au dépistage du cancer du sein des femmes éloignées du système de santé en Grand Est.

1. Réfléchir à une **stratégie régionale** de promotion des dépistages organisés en définissant des priorités régionales (par exemple : rapprocher les personnes en situation de vulnérabilité des 3 DO). Cette stratégie serait élaborée par un comité de pilotage incluant si possible plusieurs corps de métier de chaque département : médecins, chargés de prévention, chargés de communication etc, ce dernier se réunissant de manière régulière pour échanger sur l'implémentation dans les différents départements (afin de partager les forces, difficultés rencontrées, et tirer profit de l'expérience de chaque département)
2. Définir des **territoires prioritaires** d'intervention dans chaque département grâce à la réalisation de diagnostics territoriaux sur des indicateurs chiffrés définis préalablement : participation aux différents dépistages, densité médicale, partenaires potentiels, indicateurs de pauvreté...
3. Réaliser des **partenariats** avec les acteurs locaux en se basant sur l'existant : solliciter les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Ateliers Santé Ville (ASV), Contrats Locaux de Santé (CLS), déjà sensibilisés à la prévention en population. Etablir ces partenariats sur du long terme, afin de créer une relation de confiance et une façon de travailler en collaboration de manière optimale
4. Répertoire les **actions menées** sur les territoires (par CPAM, MSA, CRCDC...) en lien avec les dépistages des cancers selon une fiche action type intégrant à minima les modalités de l'intervention, le public cible ainsi que des indicateurs d'évaluation et les résultats obtenus. Référencer ces fiches à un seul endroit connu de tous (au niveau régional), ce qui permettrait d'avoir un regard sur ce qui a été réalisé, ce qui fonctionne dans certains départements ou au contraire ce qui fonctionne moins (exemple de fiche en **annexe 5**)
5. Remettre à chaque médecin traitant un « **profil** » de la participation aux dépistages de sa patientèle sur l'année
6. Tenter de limiter les actions de type « descendantes » envers les publics en situation de vulnérabilité ; préférer une **démarche participative** visant à comprendre les freins rencontrés et travailler à les réduire **avec** eux, notamment concernant leurs représentations
7. Promouvoir **l'universalisme proportionné** : adapter les moyens (financiers, humains), la temporalité aux besoins des populations selon les freins qu'elles rencontrent
8. **Capitaliser** sur la **confiance** (des élus, des acteurs locaux, des populations) en inscrivant l'intervention dans la durée et ainsi accepter que les résultats ne soient pas immédiatement visibles (mais prévoir un temps d'évaluation)
9. Promouvoir le dépistage des cancers en l'incluant à une **démarche santé**, l'associer à des thématiques qui intéressent peut-être plus les populations en situation de vulnérabilité, plus « immédiates » : l'alimentation, l'usage du tabac, de l'alcool, etc.
10. Sensibiliser les personnes éloignées du système de santé en intervenant sur leurs **lieux de vie**.

2. Prise de recul

2.1 Sur le déroulé du stage

Ce stage s'est déroulé sur une période de 5 mois. Nous avons réalisé un rétroplanning à son commencement afin d'organiser les tâches à mener sur la période impartie. Il s'est avéré que ce planning n'a pu être respecté, pour plusieurs raisons.

La première réside dans le fait que le télétravail était de mise au début de ce stage, en raison de la pandémie de covid-19. Il a donc fallu faire preuve d'adaptabilité pour démarrer le projet hors des murs de l'ARS, et ainsi éviter de trop perdre de temps du fait de moindres ressources physiquement présentes.

Ensuite, nous avons prévu de partir des données quantitatives de participation au DCS dans les EPCI pour pouvoir interroger des acteurs présents dans les territoires les plus et les moins participatifs pour déterminer les freins et leviers présents dans chacun d'eux.

Nous avons donc sollicité plusieurs organismes partenaires de l'ARS assez rapidement au début du stage pour anticiper d'éventuels délais d'extraction de données. Ces sollicitations ont pris la forme de réunions, de mails, afin d'explicitier notre demande.

L'extraction de données a finalement été réalisée par la DQPI notamment pour une question de praticité dans le transfert (cela ne nécessitait pas de convention inter-établissements). Il a fallu une nouvelle fois cadrer la demande, ce qui nous a pris un certain temps, imprévu. De plus, la DQPI ayant été de façon tout à fait logique sur d'autres projets en plus du nôtre, les données ont été disponibles plus tard que nous ne l'avions initialement imaginé dans le planning.

Nous nous sommes donc adaptés à cette contrainte temporelle et avons revu la méthodologie notamment de recueil de données qualitatives en visant l'échelle départementale et non territoriale comme nous l'aurions souhaité.

Par ailleurs, nous aurions voulu réaliser plus d'entretiens semi-dirigés mais ayant été confrontés à certaines absences de réponses, nous avons dû réorienter la démarche et saisir les opportunités qui se sont présentées.

2.2 Sur la place du stage au sein de la formation en santé publique

Ce stage a été un réel catalyseur de connaissances en santé publique, de compréhension de l'organisation régionale et du rôle prégnant de l'ARS, d'approfondissement de concepts et de réflexivité sur les représentations que nous avions à son début.

Les échanges avec l'équipe du département PPS, les réunions auxquelles nous avons pu assister, les entretiens menés dans le cadre de ce travail nous ont permis une ouverture sur les enseignements suivis lors de ces deux années. Notre positionnement et nos convictions s'en voient renforcés. Ce stage a pris la forme d'une réelle opportunité au terme de ce parcours, en concrétisant objectivement ce qui a pu être abordé plus tôt dans la formation de manière théorique.

De plus, le sujet qu'il nous a été donné la possibilité de travailler, s'inscrit de manière concrète dans les problématiques actuelles de santé publique, et il a été très intéressant de percevoir comment est rédigée une feuille de route au niveau régional, en application de directives nationales.

2.3 Sur le positionnement inhérent au sujet travaillé

Pour clore cet écrit, nous exécutons un pas de côté pour se questionner sur la thématique du dépistage du cancer du sein chez les femmes éloignées du système de santé.

Ce sujet a été l'occasion de prendre une meilleure mesure des notions d'inégalités sociales et d'inégalités en matière de santé. La littérature et les échanges occasionnés nous ont permis de comprendre qu'il ne suffit pas de donner la « bonne information » ou mettre en œuvre certains moyens pour « aller vers » les lieux de vie et « ramener vers » le système de soins les populations pour permettre de réduire drastiquement les écarts, même si c'est un premier pas.

Cette notion est ainsi bien plus complexe et problématique qu'elle n'y paraît lorsque l'on ne s'y intéresse pas de plus près.

La plus grande prise de recul que nous ayons éprouvée réside dans le fait d'avoir pris conscience que ces populations, ces femmes, sont confrontées à des difficultés qui mettent en péril leur « immédiat ».

Dans cette idée, quel sens prend le fait de vouloir le « bien » de ces populations, de ces femmes en les obligeant à se projeter dans un futur auquel elles ne pensent même pas du fait d'un présent déjà trop incertain ?

Nous pouvons alors nous demander où se situe la limite de la bienfaisance dans la promotion de la prévention secondaire : qu'advient-il de ces femmes si elles découvrent qu'elles ont un cancer alors qu'elles ne se trouvent pas en sécurité ? Quels problèmes cela leur entraînera-t-il en plus de ceux qu'elles ont déjà et qu'elles ne sont pas en capacité de résoudre seules ? A quel moment cela nous extrait-il de la zone de « non-malfaisance », aussi pures que soient nos intentions ?

Ainsi, nous pouvons nous questionner sur l'effectivité de la prévention secondaire, ici du dépistage du cancer du sein chez les femmes éloignées du système de santé, tant que subsistent des difficultés « prioritaires » dans le quotidien de ces femmes et tant que la prévention primaire n'est pas elle-même à minima efficiente auprès de ces populations.

Bibliographie

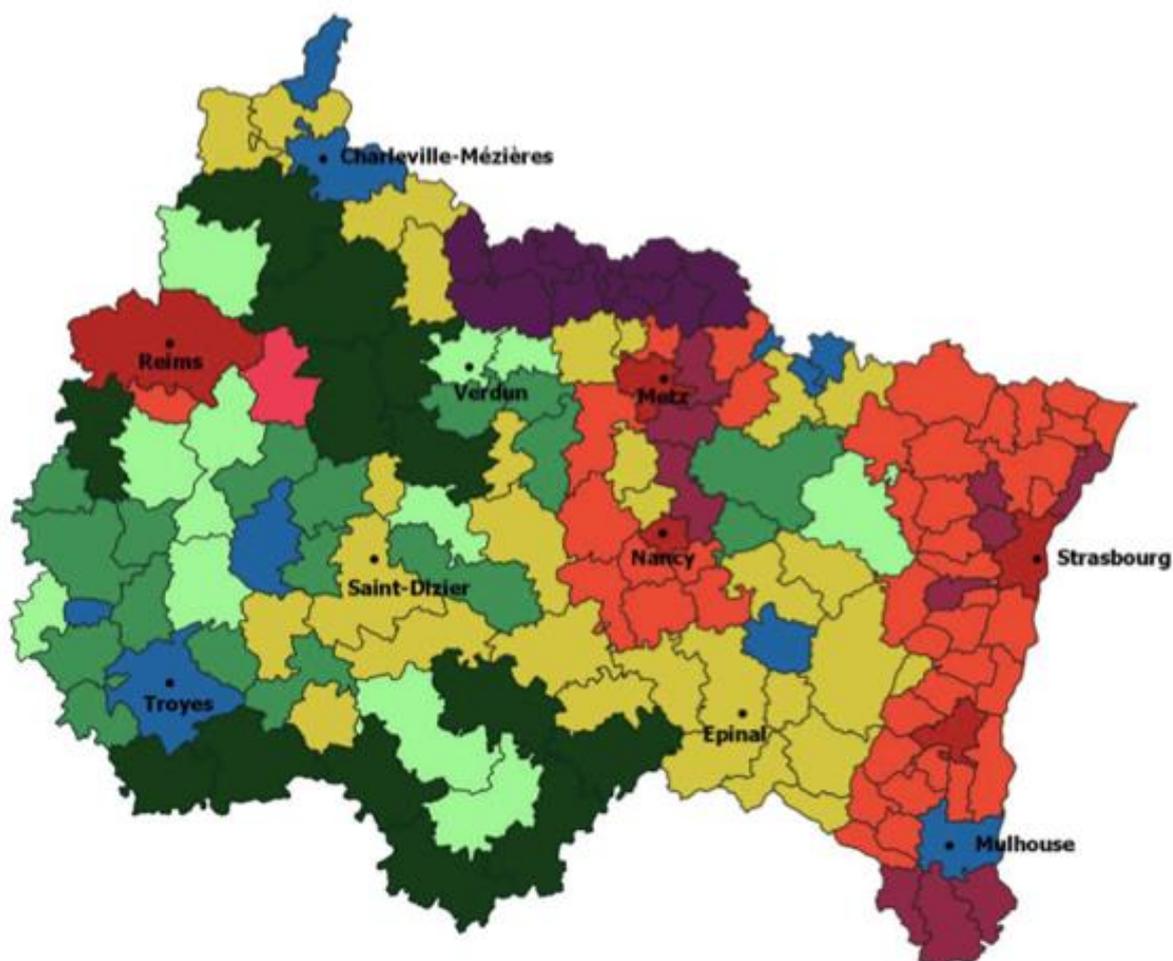
1. Institut National du cancer. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
2. Institut National du cancer. Les Plans cancer [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer>
3. Ministère des solidarités et de la santé. INSTRUCTION N° DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SG/INCA/2021/156 du 16 juillet 2021 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre le cancer. 2021.
4. Institut National du cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 Diagnostic régional Grand Est.
5. Région Grand Est. Présentation du territoire - GrandEst [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.grandest.fr/presentation/>
6. Présentation | Agence régionale de santé Grand Est [Internet]. [cité 16 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/presentation-1>
7. Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. Loi portant sur la nouvelle organisation territoriale (NOTRe) [Internet]. Disponible sur: https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/loi-portant-sur-la-nouvelle-organisation-territoriale-de-la-republique-notre#scroll-nav__4
8. Institut National du cancer. Panorama des cancers en France [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf
9. Institut National du Cancer. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
10. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Disponible sur: [dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf](https://www.solidarites-sante.gouv.fr/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf) (solidarites-sante.gouv.fr)
11. Ministère des solidarités et de la santé. Priorité Prévention - Rester en bonne santé tout au long de sa vie [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque__psnp.pdf
12. Velten M, Marrer E, Debreuve-Theresette A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016, Grand Est. 2019 janv.
13. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Internet]. 1986 [cité 16 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
14. HAS. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives-Présentation générale [Internet]. 2018 [cité 16 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
15. Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Roussot A, Dialla PO, Pornet C, Poillot ML, et al. Dépistage du cancer du sein dans treize départements français. Bull Cancer (Paris). févr 2015;102(2):126-38.
16. Sicsic J, Pelletier-Fleury N, Carretier J, Moumjid N. Préférence des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein. Santé Publique. 2019;HS2(S2):7à17.
17. Haut conseil de la Santé Publique. Evaluation de 10 ans de lutte contre le cancer 2004-2014. 2016.
18. Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J, Institut de veille sanitaire. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. Dépist Cancers. juin 2007;
19. Santé Publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2019-2020 et évolution depuis 2005 [Internet]. [cité 20 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2019-2020-et-evolution-depuis-2005>
20. Jusot F, Goldzahl L. Les déterminants au recours régulier du dépistage du cancer du sein en France. Rev Fr Déconomie. 2016;XXXI(2016/4):109 à 152.
21. Guillaume E, De Mil R, Quartier MC, Notari A, Launoy G. Recherche interventionnelle pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de dépistage des cancers. Santé Publique. 2019;HS2(S2):59-65.
22. Assurance Maladie. La Complémentaire santé solidaire (CMU-C - ACS) [Internet]. [cité 4 mai 2022].

- Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante>
23. Ruel J, C. Moreau A, Ndengeyingoma A, Arwidson P, Allaire C. Littératie en santé et prévention du cancer. *Santé Publique*. 2019;HS2(S2):75 à 78.
 24. M Fernandez D, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC Public Health* [Internet]. 19 juill 2016;(16). Disponible sur: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3267-7>
 25. Conférence internationale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 1946 [cité 19 avr 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>
 26. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins - référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf
 27. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Agir contre le renoncement aux soins- diagnostic, solutions et déploiement- Dossier de presse [Internet]. 2017 mars 28. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2017-03-28-dp-nouveau-dispositif-lutte-contre-le-renoncement-aux-soins.pdf>
 28. Santé Publique France. Inégalités sociales et territoriales de santé Outils élaborés dans le cadre du programme « inégalités sociales de santé » 2013-2015. 2018.
 29. ORS Grand Est. Carte des EPCI | ORS Grand Est [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/carte-des-epci>
 30. Assurance Maladie. CCAM en ligne [Internet]. [cité 30 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abreegee.php?code=QEQQ001>
 31. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. In: *Les recherches qualitatives en santé* [Internet]. 2016 [cité 25 mars 2022]. p. 167-85. Disponible sur: <https://www-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-page-167.htm>
 32. Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada. Élaboration de critères définissant les pratiques prometteuses en promotion de la santé et en prévention des maladies pour le Portail canadien des pratiques exemplaires [Internet]. 2017 [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-37-no-11-2017/elaboration-criteres-definissant-pratiques-prometteuses-promotion-sante-preventions-maladies.html>
 33. Comité Régional d'Éducation pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/>
 34. Bathelot B. Benchmark - Définitions Marketing » L'encyclopédie illustrée du marketing [Internet]. 2016 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.definitions-marketing.com/definition/benchmark/>
 35. Affeltranger B, Potvin L, Ferron C, Vanderwalle H, Vallée A. Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? *Santé Publique*. 2018;HS1(S1):13 à 24.
 36. Sifer-Rivière L. Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. In: *Les recherches qualitatives en santé*. 2016. p. 86 à 101.
 37. Santé Publique France. MOBCO : Une mobilisation de connaissances pour favoriser l'accès à la vaccination contre la Covid-19 des populations en situation de précarité [Internet]. 2022 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/mobco-une-mobilisation-de-connaissances-pour-favoriser-l-acces-a-la-vaccination-contre-la-covid-19-des-populations-en-situation-de-precarite>
 38. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé- Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf
 39. L'auto-compression mammaire, une technique qui pourrait améliorer la tolérance à la mammographie [Internet]. Unicancer. 2019 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.unicancer.fr/fr/actualite/lauto-compression-mammaire-une-technique-qui-pourrait-ameliorer-la-tolerance-a-la-mammographie/>
 40. Cour des Comptes. La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies [Internet]. 2021 sept. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-prevention-en-sante>
 41. Kivits J, Trompette J, Université de Lorraine, Ecole de Santé Publique de Nancy. Recherche en promotion de la santé.

Annexes

- **Annexe 1**

Typologie des EPCI du Grand Est en 10 groupes présentant les niveaux de pauvreté et trajectoires sociales.



Typologie des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)

- 1 - Métropoles socialement fragiles
- 2 - Frontalier inégalitaire
- 3 - Riche par redistribution frontalière
- 4 - Périurbain dense et riche
- 5 - Villes champenoises modestes
- 6 - En stagnation et pauvre
- 7 - Cadre de vie rural favorable
- 8 - Revenus agricoles en déclin
- 9 - Pauvreté du déclin industriel
- 10 - Suippes - armée

Source :

Gass Clément, Vuillier-Devillers Flora, "Les inégalités territoriales s'accroissent",
Insee Flash Grand Est n°25, décembre 2019.

Pour en savoir plus sur la typologie des EPCI réalisée par l'Insee :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4268096>

- **Annexe 2** : Guide d'entretien à destination des professionnels promouvant le dépistage du cancer du sein

Avant-propos :

Merci beaucoup de m'accorder de votre temps pour cet entretien.

Je me permets d'énoncer à nouveau le contexte ; je suis étudiante en deuxième année de master santé publique (intervention en promotion de la santé), je suis actuellement en stage au département promotion de la santé, prévention, vulnérabilités à l'ARS. La mission qui m'a été confiée concerne le dépistage organisé du cancer du sein en région, et plus précisément la participation des femmes éloignées du système de santé à ce dépistage.

Les directives ministérielles tendent de plus en plus à impulser des actions d'« allers-vers », afin de limiter les inégalités sociales et territoriales de santé, y compris dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Je dois, dans le cadre de ce stage, établir des recommandations permettant aux femmes éloignées du système de santé de mieux ou plus participer au dépistage organisé du cancer du sein. Je cherche donc à définir quelles sont les femmes éloignées du système de santé, pourquoi le sont-elles, et quels sont les leviers qui pourraient permettre de rapprocher ces femmes éloignées du dispositif de dépistage organisé.

Ce travail s'inscrit dans la Stratégie décennale de lutte contre les cancers, dans le PRS et pourra servir le plan d'actions du CRCDC et d'autres instances de la lutte contre le cancer.

Cet entretien me permettra d'avoir votre point de vue sur le sujet, d'échanger, c'est pourquoi il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse. Votre expérience dans ce domaine et le poste que vous occupez présentement pourraient me permettre de compléter les informations que je tiens de la littérature.

Je vais vous poser certaines questions afin d'orienter l'entretien vers les éléments qu'il me faudrait connaître, mais sentez-vous libre d'exprimer ce que vous souhaitez quand vous le souhaitez.

Etes-vous d'accord avec le fait que j'enregistre l'entretien afin de pouvoir travailler dessus par la suite ? Cet entretien restera bien entendu anonyme.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thèmes/ questions de recherche	Questions	Commentaires
<p>Introduction Comment la personne perçoit et décrit son organisme/ses fonctions ?</p> <p>Place occupée par la structure dans la lutte régionale contre le cancer</p>	<p>Pouvez-vous décrire succinctement les fonctions de votre organisme ?</p> <p>Quelles sont vos fonctions en son sein ?</p> <p>A quel niveau se trouve votre structure dans le domaine de la lutte contre le cancer ?</p> <p><i>Exemple de questions de relance</i> -> <i>quelles sont les missions principales de votre structure concernant la lutte contre le cancer? prévention primaire, secondaire, tertiaire ?</i> -> <i>la structure agit-elle à un niveau territorial, départemental, régional ?</i></p>	<p>Introduction</p> <p>Entrer doucement dans le sujet, mettre la personne interrogée à l'aise</p> <p>Déterminer la portée de la structure</p>

	Promotion des dépistages	
Quels sont les modes d'actions de la structure pour favoriser la participation aux dépistages ?	<p>Concernant le dépistage du cancer, mettez-vous en place des actions incitant les personnes cibles à y participer ?</p> <p><i>->Quelles actions menez-vous pour promouvoir le dépistage dans votre département ?</i></p>	Percevoir comment sont décrites les actions menées par la structure
<p>Quels moyens sont déployés par la structure pour promouvoir le dépistage du cancer du sein ?</p> <p>Quel mode de dépistage cancer du sein est mis en avant par la structure ?</p>	<p>Quelles actions déployez-vous jusqu'à présent concernant le dépistage du cancer du sein ?</p> <p><i>->Allez-vous au contact de la population ? des professionnels ?</i></p> <p>Agissez-vous en faveur d'un mode de dépistage en particulier concernant le cancer du sein ?</p> <p><i>->vos actions incitent-elles plus à la participation au dépistage organisé ou le mode individuel est-il ciblé lui aussi ?</i></p>	<p>Emmener la personne à aborder plus spécifiquement le dépistage du cancer du sein</p> <p>S'intéresser au type de dépistage cancer du sein promu Hypothèse : DOCS++</p>
	Freins au dépistage CS	
<p>Quelles sont les femmes qui ne participent pas au DCS ?</p> <p>Quels sont les freins expliquant cette non-participation ?</p>	<p>Identifiez-vous dans vos pratiques des femmes moins réceptives à ces actions ?</p> <p><i>-> quelles femmes ne participent pas au dépistage du cancer du sein ?</i></p> <p><i>->quelles sont leurs caractéristiques ?</i></p> <p><i>->dans quelle tranche d'âge se situent-elles ?</i></p> <p><i>->à quels territoires appartiennent-elles ?</i></p> <p>Avez-vous mis en lumière pourquoi ces femmes n'y participent pas ?</p> <p><i>-> quels seraient les freins individuels et/ou territoriaux pouvant expliquer la non participation au dépistage du cancer du sein ?</i></p>	<p>Emmener la personne à aborder la non-participation au DCS</p> <p>Mettre en lumière des freins objectivés</p>

	Eloignement du système de santé	
<p>Comment définir l'éloignement du système de santé ?</p>	<p>Comment définiriez-vous l'éloignement du système de santé ? <i>-> Selon vous, d'après quels critères pourrait-on dire d'une personne qu'elle est éloignée du système de santé ?</i></p>	<p>Appréhender la notion d'éloignement du système de santé dans la non participation au dépistage du cancer du sein</p>
<p>Quelle définition attribuer à la précarité ?</p>	<p>Quelle définition mettriez-vous derrière le terme de « précarité » ?</p> <p>Identifiez-vous un lien entre « éloignement du système de santé » et la notion de précarité ? <i>-> Les personnes éloignées du système de santé sont-elles nécessairement précaires ?</i></p> <p>Et maintenant identifiez-vous dans vos pratiques un lien entre éloignement du système de santé et non-participation à la mammographie ?</p>	<p>Définir un consensus concernant les définitions de l'éloignement du système de santé et de la précarité</p> <p>Eloignement système de santé lié à la notion de précarité ?</p> <p>Recueillir le point de vue de la personne sur le non accès aux soins/ non-participation au DCS</p>
<p>Quelle est la proportion de femmes éloignées du système de santé parmi les femmes de 50 à 74 ans qui ne se font pas dépister pour le cancer du sein ?</p>	<p>Diriez-vous d'après vos pratiques que beaucoup de femmes éligibles au DOCS qui ne participent pas à la mammographie sont éloignées du système de santé ? <i>-> en termes de proportion, pensez-vous que les femmes de 50 à 74ans éloignées du système de santé sont nombreuses à ne pas se faire dépister pour le cancer du sein ?</i></p>	<p>Mettre en évidence un lien entre accès aux soins et recours à la prévention contre le cancer du sein</p>
<p>Peut-on tirer une conclusion concernant l'accès aux soins et le recours à la mammographie ? L'accès au système de santé est-il déterminant dans le recours à la mammographie ?</p>	<p>Et parmi les femmes qui se font dépister pour le cancer du sein, observez-vous que certaines d'entre elles ont un accès difficile aux soins et à la prévention ? <i>-> Est-il possible que certaines femmes soient considérées comme éloignées du système de santé bien qu'elles réalisent des mammographies ?</i> <i>-> A quelle fréquence réalisent-elles des mammographies ?</i></p>	

	Leviers probables	
<p>Quels seraient les leviers probables ?</p>	<p>Avez-vous déjà réfléchi au sein de la structure à ce qu'il faudrait mettre en place ou développer pour favoriser la participation des femmes actuellement non participantes et n'ayant pas accès facilement aux soins/ à la prévention ?</p> <p><i>-> avez-vous une idée de facteurs particuliers sur lesquels intervenir pour favoriser la participation de ces femmes au dépistage du cancer du sein ?</i></p>	<p>Déceler des leviers</p>
<p>Quelle place pour le « aller-vers » dans la promotion du dépistage du cancer du sein ?</p>	<p>Connaissez-vous le concept de « aller vers » ?</p> <p><i>-> avez-vous déjà entendu parler de cette démarche ? Dans quelles circonstances ?</i></p> <p>Quelle définition en donneriez-vous ?</p> <p>Est-ce quelque chose que vous prenez en compte dans le déploiement des programmes de dépistage notamment du cancer du sein ?</p> <p><i>->mettez-vous en place des actions visant à « aller vers » des populations qui ne participent pas spontanément aux différents dépistages pour des raisons qui leur sont propres ?</i></p> <p><i>-> mettez vous en place des actions d'aller vers visant particulièrement les populations plus « précaires » ?</i></p> <p>Pensez-vous que des actions de « aller-vers » permettraient de rapprocher certaines femmes du dépistage du cancer du sein ?</p> <p><i>->dans quelle mesure le aller vers pourrait être un levier dans le dépistage du cancer du sein ?</i></p> <p>Seriez-vous prêt(e) à inclure cette notion à vos pratiques ?</p> <p><i>-> à développer des actions visant cette démarche ?</i></p>	<p>Connaitre le positionnement de la structure/ de la personne par rapport au terme « d'aller-vers »</p> <p>Déceler si cette démarche fait partie des pratiques</p> <p>Aborder un éventuel levier</p>

	<p>Seriez-vous favorable à un éventuel partenariat avec des professionnels formés ?</p> <p><i>->à développer le travail en interdisciplinarité pour atteindre les personnes qui le sont difficilement ?</i> <i>->associer les ressources de chacun pour potentialiser les actions destinées aux publics « vulnérables »</i></p>	
--	--	--

Nous avons abordé les éléments qu'il me sera utile d'analyser.
Remerciements.

Voulez-vous compléter ce qui a été dit ? ou aborder d'autres thèmes ?

Je reste à disposition si jamais...

(Éventuellement communication ultérieure des résultats du mémoire)

- **Annexe 3** : Guide d'entretien à destination des personnes en lien avec les femmes en situation d'éloignement du système de santé

Thème / questions de recherche	Questions posées <i>=>exemple de questions de relance</i>	Commentaires
Thème 1 : introduction	Pourriez-vous vous présenter ? <i>=>nom prénom âge emploi expérience Poste dans la structure</i>	Introduction à l'entretien Permet de cerner le parcours de la personne et ses compétences dans le domaine étudié
Thème 2 : quelles missions effectue la structure à laquelle appartient la personne ?	<p>Pourriez-vous présenter la structure que vous représentez actuellement ? <i>=> quel domaine d'action, quel public rencontré, quelle échelle géographique ? => combien de personnes l'intègrent ? =>combien de personnes bénéficiaires (si association) ?</i></p> <p>Quelles sont ses missions principales ? <i>=> aide alimentaire ? réinsertion/orientation sociale ? aide sanitaire ?</i></p> <p>Quelle est votre mission en son sein?</p> <p>Comment s'organise le travail en son sein ? <i>=>combien d'employés / de bénévoles ? =>si association : y'a-t-il des personnes embauchées ? =>quelles plages horaires/semaine sont effectuées par les bénévoles ?</i></p> <p>La structure réalise t-elle des partenariats avec d'autres structures ? <i>=> par exemple pour orienter le public rencontré, pour répondre au mieux aux sollicitations etc (exemple en tête : PASS)</i></p>	Cerner le rayonnement de la structure et son domaine d'action. Aborder le fonctionnement de la structure et son lien avec d'autres établissements.
Thème 3 : public rencontré Quels sont les publics cibles de la structure et quels sont les moyens de les atteindre ?	<p>Pour quel(s) public(s) œuvre votre structure ?</p> <p>Comment l'atteignez-vous ? <i>=> mettez-vous en place des stratégies pour l'atteindre ou vient-il à vous ?</i></p> <p>Ce public se trouve-il éloigné du système de santé ? (Pourquoi ?) <i>=>quels sont les indicateurs qui permettent d'affirmer que le public</i></p>	Cerner plus précisément quel est le public cible de la structure afin de savoir si ce pourrait être le public cible de ce travail

	<p><i>rencontré est éloigné du système de santé ? ex : ils ne vont jamais chez le médecin bien qu'ils en auraient besoin, ils n'ont pas de suivi dentaire/gynéco....</i></p> <p>Diriez-vous que toutes les personnes que vous rencontrez sont-éloignées du système de santé ?</p> <p>Quelle est la proportion de femmes ayant entre 50 et 70ans parmi le public accueilli dans votre structure?</p> <p>(Quelle définition donnez-vous de la précarité ?</p> <p>De la vulnérabilité ?</p> <p>Quel lien avec la pauvreté ?)</p>	
<p>Thème 4 : l'accès aux soins et à la prévention</p> <p>La structure a-t-elle une visée de facilitation de l'accès aux soins et à la prévention en population ?</p>	<p>Quelle définition donneriez-vous de l'accès aux soins ?</p> <p>L'accès à la prévention ?</p> <p>Votre structure s'inscrit-elle dans ce domaine ? De quelle manière ? => <i>la structure a-t-elle une visée de facilitation de l'accès aux soins ?</i> =><i>Par exemple est-ce que vous sensibilisez le public rencontré à la prévention et aux soins ?</i></p> <p>Déployez-vous des actions en ce sens ? => <i>menez-vous des actions sur le terrain pour favoriser l'accès aux soins ?</i> => <i>ces actions concernent-elles une thématique particulière ex soins bucco-dentaires ?</i></p> <p>Quel(s) public(s) visez-vous lors de ces actions? =><i>les actions menées le sont-elles au profit d'un public particulier ? (ex : personnes SDF, personnes âgées...)</i></p> <p>Ces personnes ont-elles des droits concernant la santé ? => <i>bénéficient-elles de la PUMA, de la CSS.. ? du régime général ?</i></p>	<p>Mettre en évidence des leviers probables concernant l'accès à la prévention et aux soins</p>

	<p>=> <i>sont-elles en train de faire des démarches ? si oui, ont-elles de l'aide ?</i></p> <p>Quels constats pouvez-vous en tirer ? => <i>ces actions fonctionnent-elles ?</i> => <i>les publics sont-ils réceptifs ?</i></p> <p>(Y'a-t-il un lien entre précarité et accès aux soins ?) => <i>la notion de précarité peut elle conditionner l'accès aux soins ?</i></p>	
<p>Thème 5 : le dépistage du cancer du sein</p> <p>Comment favoriser la participation au dépistage du cancer du sein des femmes rencontrées ?</p>	<p>Sensibilisez-vous le public rencontré aux dépistages des cancers ? => <i>pendant les actions menées pour favoriser l'accès aux soins, quelle place occupe le cancer ?</i></p> <p>Comment ? <i>Quelles actions menez-vous auprès du public rencontré concernant la promotion des dépistages des cancers ?</i></p> <p>Concernant le cancer du sein, l'abordez-vous avec les femmes concernées ? => <i>parlez-vous du (dépistage) du cancer du sein aux femmes ayant entre 50 et 74 ans et que vous êtes emmenées à rencontrer ?</i></p> <p>Comment réagissent-elles ? => <i>le prennent-elles mal, se braquent-elles ? réagissent-elles de façon brute ou au contraire sont-elles intéressées ?</i></p> <p>Concernant les femmes que vous êtes amené(e) à rencontrer, se font-elles dépister pour le cancer du sein ou pas du tout ?</p> <p>Si non, quels en sont les freins ? => <i>pour quelles raisons ne se font-elles pas dépister ? quelles barrières se dressent devant-elles ? problématiques individuelles (ex revenus) ou territoriales (ex mauvaise couverture en radiologues ou éloignement des lieux de dépistage) , stigmatisation de la part des radiologues/gynécologues... ?</i></p> <p>(Sont-ils les mêmes que pour l'accès aux soins de manière générale ?)</p>	<p>Mettre en lumière des actions probantes et transférables dans le cadre du dépistage du cancer du sein</p>

	<p>Si oui, savez-vous à quelle fréquence ? =>se font-elles dépister régulièrement (recommandations = une fois tous les deux ans)</p> <p>Travaillez-vous sur ces freins en particulier ? =>par ex, faites-vous remonter les problématiques rencontrées aux instances compétentes ? ex : problème de stigmatisation Accompagnement des femmes, interprétariat ...</p> <p>Comment ?</p> <p>Observez-vous des résultats ? =>cela favorise t-il la participation des femmes au dépistage du cancer du sein ?</p> <p>Auriez-vous des préconisations à l'égard des instances départementales et régionales qui œuvrent dans la promotion du dépistage des cancers concernant le public éloigné du système de santé ? => d'après vous, ces instances pourraient-elles favoriser la participation des femmes éloignées du système de santé au dépistage du cancer du sein ? =>quelle démarche serait nécessaire dans ce cas de la part de ces instances ? => ou bien pensez-vous que cela soit inutile et qu'une stratégie en ce sens ne peut être déployée que par des structures habituées à rencontrer ces femmes ?</p>	
--	---	--

• **Annexe 4**

Répartition des EPCI représentant la participation maximale et minimale au DCS en 2018-2019 des femmes de 50 à 74 ans en Marne et Moselle et part de femmes bénéficiant de la C2S et celles éloignées des soins parmi les non-dépistées

Strates de participation au DCS	EPCI concerné	Catégorie d'EPCI	Part de femmes ayant réalisé une mammographie (DO et/ou DI)	Part de femmes bénéficiant de la C2S parmi les non-dépistées	Part de femmes éloignées des soins parmi les non-dépistées
	Marne		57,8%	7,6%	1,0%
	Moselle		52,2%	6,7%	1,0%
S1 (de 64,5% à 58,0%) (EPCI les plus participatifs de la Marne)	CC de la Moivre à la Coole	Cadre de vie rural favorable 28 communes – 9 600 habitants	61,8%	2,2%	0,8%
	CC Perthois-Bocage et Der	Cadre de vie rural favorable 25 communes- 5681 habitants	60,6%	3,8%	1,3%
	CC de Vitry, Champagne et Der	Pauvreté du déclin industriel 35 communes – 24 988 habitants	60,3%	10,4%	0,5%
	CC Côtes de Champagne et Val de Saulx	Cadre de vie rural favorable 40 communes – 11 998 habitants	58,6%	5,1%	0,8%
	CU du Grand Reims	Métropoles socialement fragiles 144 communes- 294 674 habitants	58,5	9,0%	1,0%
S2 (De 58,0% à 54,2%) (EPCI les plus participatifs de la Moselle)	CC du Haut Chemin-Pays de Pange	Riche par redistribution frontalière 30 communes- 19 083 habitants	56,9%	1,9%	0,9%
	CC du Sud Messin	Cadre de vie rural favorable 34 communes- 16 065 habitants	56,0%	2,1%	1,4%

	CC du Pays de Phalsbourg	Périurbain dense et riche 26 communes – 17 611 habitants	55,7%	4,2%	1,0%
	CC de Sarrebourg-Moselle Sud	Villes champenoises modestes 76 communes – 45 459 habitants	55,5%	5,8%	1,4%
	CC Rives de Moselle	Périurbain dense et riche 20 communes- 51 388 habitants	55,2%	5,1%	0,9%
	CC de l'Arc Mosellan	Frontalier inégalitaire 26 communes – 34 422 habitants	54,4%	2,6%	0,9%
S3 (De 54,2% à 50,3%) (EPCI les moins participatifs de la Marne)	CA de Saint-Dizier Der et Blaise (52)	En stagnation et pauvre 64 communes – 58 981 habitants (++) en Haute Marne)	54,1%	7,9%	1,0%
	CC de Sézanne-Sud Ouest Marnais	Cadre de vie rural favorable 62 communes – 21 708 habitants	53,9%	5,6%	1,3%
S4 (De 50,3% à 43,7%) (EPCI les moins participatifs de la Moselle)	CA de Forbach Porte de France	Pauvreté du déclin industriel 21 communes- 77 984 habitants	50,2%	11,2%	1,4%
	CC du Saulnois	Cadre de vie rural favorable 128 communes – 29 212 habitants	49,1%	3,7%	0,7%
	CC Bouzonvillois-Trois Frontières	Frontalier inégalitaire 43 communes – 25 131 habitants	49,1%	4,5%	1,5%
	CC du Pays Haut Val d'Alzette	Frontalier inégalitaire 8 communes – 28 273 habitants	48,8%	4,3%	1,5%
	CC de Freyming-Merlebach	Pauvreté du déclin industriel 11 communes- 32 281 habitants	46,7%	10,8%	1,0%
	CC du Warndt	Pauvreté du déclin industriel 5 communes – 18 053 habitants	46,7%	7,9%	0,8%

• **Annexe 5**

Exemple de fiche action présentée par le CRCDC Auvergne Rhône Alpes dans sa stratégie de promotion des dépistages 2020-2023

		FICHE ACTION (2020 - 2023) Site de Création le.....		Action REGIONALE <input type="checkbox"/>
				Action TERRITORIALE <input type="checkbox"/>
Typologie de l'action	EDUCATION Atelier d'éducation pour la santé			
Objectifs généraux (cf.fiches projet)	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le taux de participation aux 3 DO. - Inciter les personnes à participer aux examens de dépistage. 			
Objectifs spécifiques (Cf fiches projet)	<ul style="list-style-type: none"> - Inciter les publics en situation de vulnérabilité à participer au dépistage organisé. - Augmenter le taux de dépistage DOCCR de 2% par an sur la région. 			
Objectifs opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le niveau de connaissances sur les parties du corps, leurs fonctions et les spécialistes de ces parties du corps. - Faire connaître le système de santé, l'existence des programmes de dépistage. - Agir sur les représentations sociales et culturelles du cancer et du dépistage. - Donner des informations sur les cancers et les 3DO. - Augmenter l'autonomie et le sentiment d'auto-efficacité pour réaliser la démarche de dépistage. (<i>aide prise rdv – lieu cabinet – démo kit + exercice modalités circuit etc.</i>) - Diversifier et élargir la portée d'une action sur un territoire 			
Nom de l'action	--			
Contexte initial	<i>Besoins issus du diagnostic territorial – Données probantes cf littérature Ce qui a déterminé le besoin de mener l'action. Partenariats historiques, etc.</i>			
Descriptif de l'action	<i>Détailler le déroulement de l'action tel qu'il est envisagé :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Rencontrer le public, créer un lien de confiance, recueillir infos sociodémographiques sur les participants ; - Questionnaire d'évaluation pré-intervention (<i>cf document</i>) ; - Nom séance et contenu (<i>exemple : connaissance du corps humains et des organes, système de santé et spécialistes, qu'est-ce que le cancer et les facteurs de risque, introduction au DO des différents programmes</i>) - Questionnaire d'évaluation post-intervention ; - Entretien individuel de suivi (+ tard) 			
Public ciblé	<i>Public en situation de vulnérabilité et de précarité :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Personnes en situation d'analphabétisme/d'illettrisme/FLE ; - Personnes en situation de handicap ; - Personnes en insertion sociale et professionnelle ; - Prisonniers ; - Gens du voyage ; - Habitants des QPV ; - Communautés « Français pas langue maternelle » - Personnes détenteurs de minimas sociaux (insertion pro, etc.) - Femmes isolées (CHRS, travailleuses sexe, femmes battues, - SDF, etc. 			
Lieu de l'action	Centres sociaux, associations, ATMP, Résidences « ADOMA », etc. + préciser le lieu et l'adresse exacts.			
Calendrier	<i>Dates de déroulement de l'action.</i>			
Modalités -Durée de l'action	<i>Durée de l'action, moment de la journée, heure exacte et nombre de séances :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de séances de 2 à 8 est adapté au public ciblé - Matin ou après-midi ; - Entre 1H et 2H ; 			
Porteur de l'action	CRCDC AuRA et Nom du chargé de promo ou Partenaire et Nom du référent			
Partenaires	- A lister : <i>cf guide partenaires</i>			
Intervenant chargé de mener et animer l'action	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Salarié(s) du CRCDC AURA</i> - <i>Partenaire extérieur</i> 			

<p>Moyens / Outils</p>	<p>Outils</p> <ul style="list-style-type: none"> - Power Point - Documents imagés (co-actis), Chamboule tout, - Cartes couleurs, photo langage - Test immunologique + silhouette + cuvette + pâte à modeler, Etc. - kit dépistage ccr + kit frottis (speculum + prélèvement), sein à palper - Vidéos, film - Fiches pédagogiques, Tapis pédagogiques, - Dépliants multilingues, dépliants FALC, Expo, - Questionnaire évaluation AVANT & APRES - Grilles d'entretien à Action + 2 mois <p>Matériel nécessaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaises, Salle, ordinateur, vidéoprojecteur, micro, ampli- enceintes, etc. - Paperboard, stylos <p>Moyens Humains</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salariés CRCDC / Intervenants Extérieurs, Etc. <p>Moyens communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publication FB / Insertion article web / médias, Etc. - Stylos, marque page
<p>Budget</p>	<p>Dépenses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Achats de fournitures pour l'action (boisson, matériel, etc.), pour la création d'outils, impression, diffusion. <i>Soumettre la dépense pour accord</i> <p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de salarié(e)s ; - Temps dédié ; - Communication régionale adaptée à l'action (fb/web/nl/etc.)
<p>Difficultés attendues</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Absentéisme ; - Gestion du groupe et du temps ; - Langue
<p>Résultats attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes ont acquis de nouvelles connaissances sur les cancers et sur les 3DO. - Les personnes identifient notre logo et reconnaissent les courriers d'invitation. (cf questionnaire de fin) - Les personnes se sentent capable d'effectuer les examens de dépistage. (cf quest de fin) - Les représentations sociales et culturelles sur le cancer et le dépistage des personnes ont évolué. (cf outils) - On notera une augmentation du recours aux dépistages organisés des personnes ayant bénéficié des séances d'éducation à la santé.

Résumé

Ce travail de fin d'études en santé publique fait suite à l'annonce de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers en France. A échelle régionale, la feuille de route relative s'attache notamment à réduire les inégalités d'accès au dépistage organisé du cancer du sein.

Nous nous demandons comment augmenter la participation des femmes éloignées du système de santé au dépistage du cancer du sein en Grand Est et la part de femmes concernées.

Des données chiffrées sur la période 2018-2019 extraites du système national des données de santé nous permettent d'établir une représentation de la participation à la mammographie chez les femmes de 50 à 74 ans par établissement public de coopération intercommunale.

Des entretiens semi-dirigés rendent compte de la perception de la thématique par les professionnels du territoire, et la réalisation d'un benchmark à échelle nationale nous oriente quant aux leviers à enclencher.

Il ressort de ce travail que la part de femmes éloignées du système de santé représente en Grand Est environ 1% des femmes non-dépistées pour le cancer du sein. Une moindre offre en matière de santé, ainsi qu'une part plus importante de femmes bénéficiant de la complémentaire santé solidaire sont observées dans les territoires les moins participatifs.

Les leviers favorisant une meilleure participation des femmes éloignées consistent à miser notamment sur l'éducation à la santé en « allant vers » leurs lieux de vie pour tenter de les « ramener vers » le dispositif. Nous concluons cependant avec l'idée que les problématiques rencontrées par ces femmes ne doivent pas être occultées et qu'il convient de favoriser dans un premier temps la prévention primaire.

Mots clés : dépistage- cancer -sein -femmes- vulnérabilité

Abstract

This graduation work in public health follows the announcement of the 10-Year Strategy for Cancer Control in France. At the regional level, the relative roadmap focuses in particular on reducing inequalities in access to organized breast cancer screening.

We are wondering how to increase the participation of women far from the health system in breast cancer screening in the "Grand Est" area and the share of women concerned.

Figures from the national health data system for 2018-2019 allow us to establish a representation of mammography participation among women aged 50 to 74 by public intercommunal cooperative institution.

Semi-directed interviews reflect the perception of professionals in the territory, and the realization of a national benchmark guides us as to the levers to be triggered.

This work shows that the share of women remote from the health system represents in "Grand Est" about 1% of women non-desisted for breast cancer. A lower level of health provision, as well as a larger proportion of women benefiting from the complementary health solidarity are observed in the least participatory territories.

The levers for better participation of remote women include focusing on health education by "going to" their living places to try to "bring them back to" the device. We conclude with the idea that the problems encountered by these women must not be ignored and that primary prevention should be promoted in the first place.

Keywords: cancer screening -breast -women- vulnerability