

# — TABLEAU DE BORD DU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN EN ÎLE-DE-FRANCE

— DONNEES 2011-2012

**Synthèse**

**Janvier 2015**



La santé en Île-de-France



## **Tableau de bord commandité par l'ARS Ile-de-France**

Madame le Docteur Véronique DROUGLAZET, Médecin Référent Prévention et Dépistage des Cancers ; ARS Île-de-France, Direction Santé publique, Pôle Besoins, Réductions des Inégalités et Territoires ; Département Identification des Besoins, Orientations en Santé Publique et Parcours

### **Réalisation : EFECT**

Madame le Docteur Nadine SANNINO, évaluation de politique de santé publique, responsable du projet  
Monsieur Mohamed BOUCEKINE, statisticien

### **Partenaire : EPICONCEPT**

Monsieur Guillaume JEANNEROD, PDG Epiconcept  
Monsieur Stéphane CAILLE, chef de projet Néoscope

### **Groupe de travail (ordre alphabétique)**

Monsieur le Docteur Hamou Ait Hadad, ADMC 91  
Madame le Docteur Sandrine BERCIER, ADOC 94  
Madame le Docteur Sylvie Brechenade, PSVO 95  
Madame le Docteur Agnès Bernoux, ADMC 91  
Madame le Docteur Zahida Brixi, ADOC 94  
Monsieur Stéphane Caillé, Epiconcept  
Madame le Docteur Nathalie Catajar, CDC 93  
Madame le Docteur Sophie Dehé, Hélène DELATTRE, ADK 92  
Monsieur Jacques Deyra, ADECA 75  
Madame Sabine Garnier, IDE coordinatrice DOCS, ADECA 75  
Monsieur le Docteur Aldis Kaufmanis, ADC 77  
Madame le Docteur Samira Saifi, CDC 93  
Monsieur le Docteur Alassane Sall, ADMY 78  
Monsieur le Docteur Philippe Soyer, ADMY 78  
Monsieur le Docteur Tu Le Trung, PSVO

### **Groupe d'experts (ordre alphabétique)**

Monsieur le Docteur Bernard Asselain, Institut Curie  
Monsieur le Docteur Michel Deghaye, radiologue libéral, président d'ADC77  
Monsieur le Docteur Marc Espié, Hôpital Saint-Louis (Paris), membre du bureau ADECA 75  
Monsieur le Docteur Nicolas Sellier, Assistance Publique des hôpitaux de Paris

### **Avec la contribution de la DCGDR**

Madame Nicole Parenti, coordinatrice régionale prévention, Cnam de Paris

Rappelant que la région Ile de France fait partie des régions les plus touchées par la mortalité par cancer du sein chez la femme dont la réduction est, à terme, l'objectif du programme de dépistage organisé, l'analyse de la mise en œuvre du DO à travers celle du tableau de bord permet de retenir les éléments suivants.

## 1.1 Mortalité par cancer du sein en Ile de France

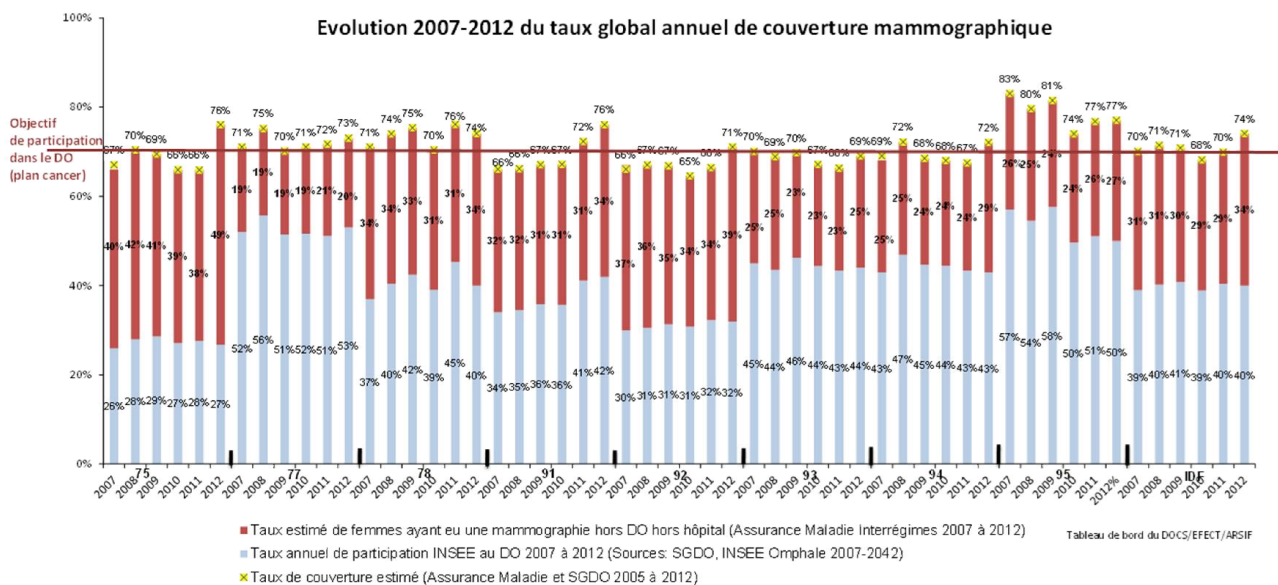
Sans préjuger de relation directe de cause à effet avec le dépistage organisé, dont la complexité de l'analyse dépasse les principes d'un tableau de bord et les méthodes statistiques utilisées, le constat est à la diminution significative de la mortalité spécifique par cancer du sein en Ile de France (au sens statistique du terme), chez les femmes âgées de 50 à 79 ans, entre les deux périodes 2005-2007 et 2008-2010.

Cette baisse du taux de mortalité est plus marquée dans les départements de Paris, Seine et Marne, Yvelines et Val de Marne, même si elle concerne tous les départements. Le Val de Marne présente d'ailleurs le taux de mortalité spécifique le plus bas de la région pour la dernière période disponible.

Mais pour autant, pour la période 2008-2010, le taux de mortalité reste élevé (>ou= à 70 pour 100 000) dans les départements de Paris, Seine et Marne, Hauts de Seine et Val d'Oise, par rapport au taux national calculé selon les mêmes méthodes pour la même période, à 66 pour 100 000 femmes, la région IDF se situant à 69 pour 100 000.

## 1.2 Participation/fidélisation des femmes au DO et couverture mammographique globale

Comme cela avait déjà été mis en évidence lors des exploitations précédentes du tableau de bord, si le taux de participation au DO a régulièrement progressé au niveau régional jusqu'en 2009, avec toutefois des différences d'évolution départementales, la tendance actuelle à la stagnation se confirme comme sur le plan national, à l'exception du 91, en légère progression, Mais cette dernière analyse met en évidence également qu'il existe également une tendance à l'augmentation de l'activité mammographique hors DO notamment dans le 75 et le 92, augmentant le taux de couverture mammographique global, par département et pour la région Ile-de-France, où il se situe à 74% des femmes de la tranche d'âge ciblée en 2012. Rappelons la difficulté à utiliser ces données qui surestiment la pratique de dépistage hors DO avec la part non évaluée de mammographies à visée diagnostique qu'elles comportent, et la sous-estiment d'autre part du fait de l'absence des relatives aux personnes assurées dépendant des sections locales mutualistes, non négligeables en Ile de France.



Pour tous les départements, la place du secteur privé reste prépondérante dans la participation au DO (82 à 98% des dépistages) et le rôle des centres de santé pour les départements qui en sont dotés se confirme, au cours du temps, non négligeable (6% à 13% de l'ensemble des mammographies réalisées dans le cadre du DO), surtout pour les départements présentant un niveau de participation au DO relativement faible (75,92). Analysée par régime d'assurance maladie, la participation demeure la plus faible pour les femmes couvertes par le RSI, pour tous les départements. Enfin, l'augmentation de la part des femmes dépistées en dehors du département traduit la mobilité des femmes dans la région (adaptation du choix du cabinet à leur lieu de travail) et l'impact de la communication des SGDO.

Il faut souligner que si l'introduction de la mammographie numérique en 2008 n'a pas eu d'impact significatif sur le taux de participation, sa montée en charge (85% des dépistages en 2012) amène à s'interroger sur les modalités de seconde lecture du programme (transmission sécurisée et lecture sur console actuellement non autorisée : « dématérialisation »). Cependant, cette réflexion ne peut se faire que nationalement dans le cadre de la mise en œuvre d'un cahier des charges rigoureux encadrant cette évolution des pratiques (transmission, qualité des équipements, modalité de lecture).

Rappelons la particularité du suivi des femmes à risque ou celles ayant un antécédent de cancer du sein, que le cahier des charges ne prévoit pas explicitement en tant que « cibles » du programme et oriente implicitement vers une pratique individuelle, laquelle échappe à des règles de qualité auxquelles devrait répondre ce dépistage ciblé.

L'analyse des profils de fidélisation des femmes dans le programme de dépistage, au cours des 3 dernières campagnes, a permis de mettre en évidence qu'en 2012 « seules » 14,73% des femmes de 50 à 74 ans sont « fidèles » au programme national tel qu'il a été conçu et réalisent la mammographie à la périodicité souhaitée de deux années.

Evolution des profils de fidélisation au DOCS, pour les femmes âgées de 55 à 74 ans, entre 2006-2011 et 2007-2012, en IDF, par départements

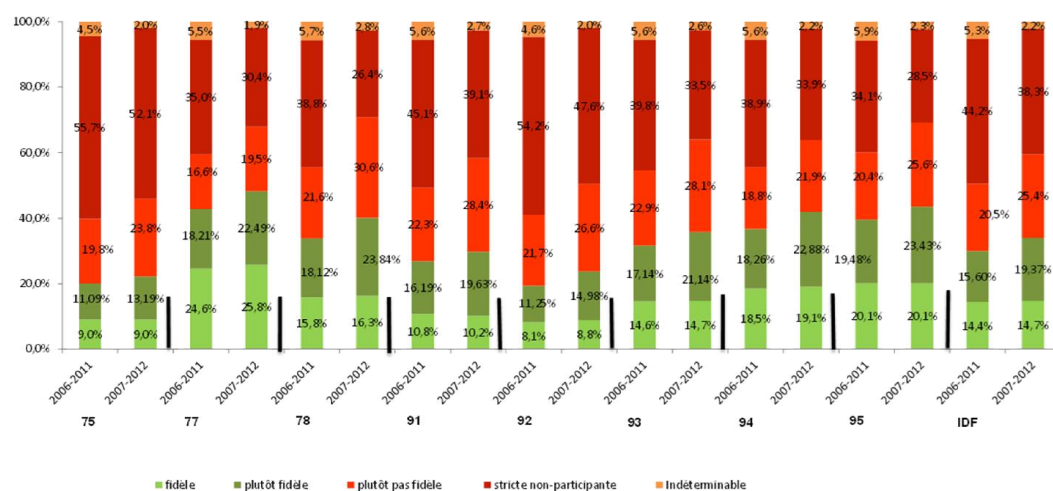


Tableau de bord du DOCS/EFFECT/ARSIF

Par rapport à l'exploitation précédente, il existe une diminution des profils « strictement non participantes » (de 44,21% à 38,26% pour la région) de manière assez homogène dans les départements même si la proportion de ce profil varie dans les départements (de 26,44% dans le 78 à 52% dans le 75). Cette diminution semble se faire au profit de l'augmentation des profils plus indécis<sup>1</sup>, « plutôt fidèles », qui augmentent à 19,37% (versus 15,6% dans la cohorte 2010-2011) et « plutôt pas fidèles » à 25,40% (versus de 20,50%). Il existe également **une tendance à l'amélioration de la fidélisation** (profil fidèle et plutôt fidèle) avec l'avancée en âge (avec une variabilité départementale), confirmant la tendance observée dans la cohorte 2010-2011.

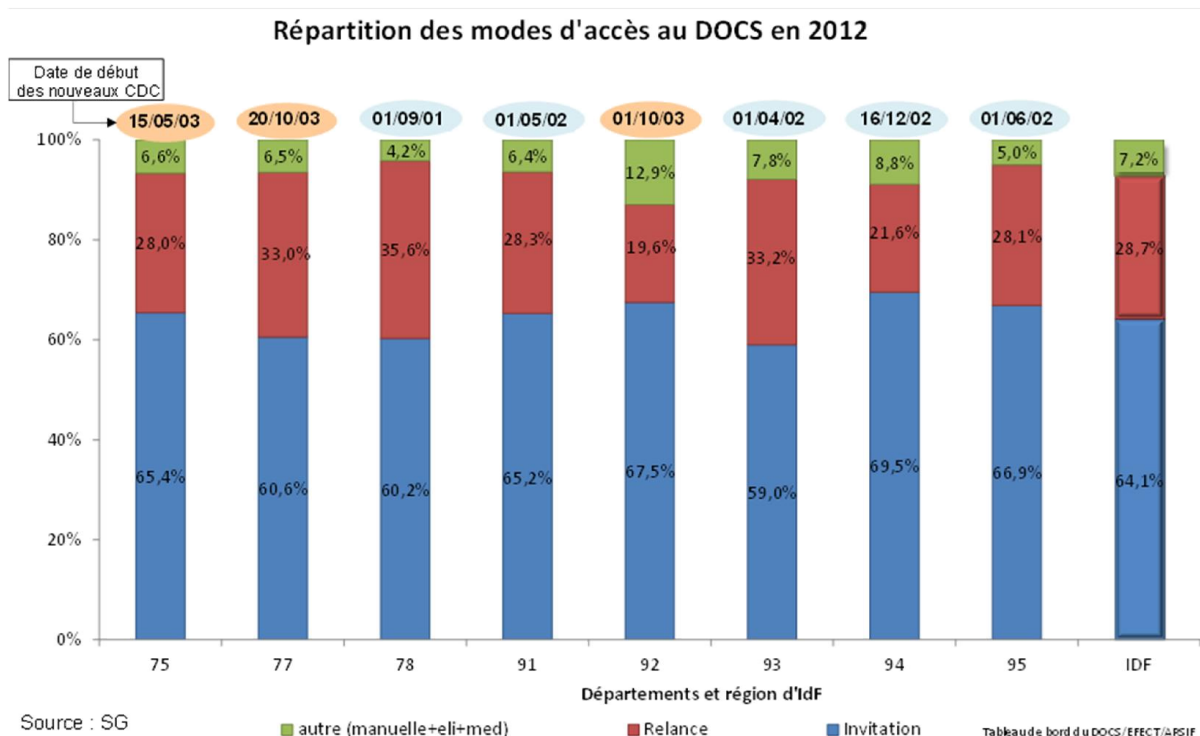
Rapproché de la participation, l'analyse de la fidélisation suggère donc que **ce ne sont pas toujours les mêmes femmes qui réalisent leur mammographie dans le cadre de campagnes successives et ceci doit être intégré dans l'estimation de la proportion de celles qui échappent à tout dépistage, dans ou hors DO**. Ces éléments arguent en faveur d'un recours à la mammographie à une périodicité autre que 24 mois, pour certaines femmes. **Les femmes fidèles, comme celles plutôt fidèles, tendent à être plus nombreuses dans les départements ayant une participation forte dans le DO** notamment dans le 77 et le 95. Ceci suggère que **l'existence d'une forte fidélisation contribue à l'observation d'un fort taux de participation**.

Le tableau de bord ne permet pas de caractériser finement les femmes non-participantes ni de déterminer les facteurs liés à la « non-participation ». En effet, les données du tableau de bord permettent actuellement de connaître la cause de non participation pour environ 15-20% des femmes non participantes pour l'ensemble de la région, depuis plusieurs années. Ces données sont issues pour l'essentiel des courriers de réponse des femmes aux structures de gestion et sont difficiles à collecter. Elle mettent en évidence le rôle dominant joué par l'antécédent de mammographie dans la non-participation des femmes au DO et souligne encore l'impact de la coexistence du DO avec le DI.

<sup>1</sup> Définitions chapitre 3.2

Ces facteurs ont été analysés par ailleurs par des initiatives nationales (enquête FADO de l'InVS, enquête BVA de l'INCa) et par des enquêtes départementales ou régionales.

Le taux de femmes sollicitées traduit le niveau d'activité des structures de gestion pour faire adhérer les femmes aux dépistages. Son analyse en parallèle des modalités d'accès aux dépistages met en lumière que plus les femmes répondent à l'invitation initiale, moins la sollicitation est nécessaire et diminue donc le nombre moyen de sollicitations par femmes dépistées. Ainsi, le département de Paris, dont le taux de participation est faible est celui qui sollicite le plus les femmes, 82% des sollicitations concernant des femmes qui ne sont pas dépistées. Notons que ce pourcentage est élevé pour l'ensemble de la région (70%). Le nombre moyen de sollicitations par femme dépistée, à 1,12 pour la région, tend à diminuer dans tous les départements depuis 2009 mais doit être analysé avec les moyens dont disposent les SGDO.



Les femmes dépistées ont répondu majoritairement aux invitations et aux relances dans tous les départements, mais le recours spontané est un mode d'accès non négligeable. Du fait des limites liées au recueil de données, il est difficile actuellement de démontrer le rôle (connu) des médecins (généraliste, radiologue, gynécologue) dans l'incitation à se faire dépister et dans l'orientation vers le DO mais l'augmentation régulière de l'éligibilité dans les modes d'entrée dans le DO argue en ce sens. Le tableau de bord confirme, comme cela a déjà été mis en évidence dans d'autres travaux, que les départements les mieux dotés quantitativement à l'égard du parc mammographique comme en ressources professionnelles clés (médecins généralistes, gynécologues et obstétriciens, et radiologues) ont les taux de participation et de couverture mammographique globale les plus bas. La participation des professionnels au DO relève donc plus d'éléments qualitatifs d'adhésion que quantitatifs en nombre de professionnels exerçant sur le territoire d'activité. Cette exploitation soulève par ailleurs la question d'une relation entre le mode d'exercice en secteur 2 des professionnels libéraux et de la participation au DOCS, qui présentent des valeurs inversement proportionnelles.

## 1.3 Efficacité du DO et accès au traitement

En 2011 en Ile de France **6,4‰** femmes dépistées ont présenté un cancer du sein, avec des variations départementales importantes. Notons qu'en matière de détection des cancers dans le cadre du programme, tous les départements franciliens se situent dans la norme européenne attendue (plus de 5‰), avec cependant des variations à la baisse dans le 75 au regard des années antérieures. Mais cet indicateur ne suffit pas à juger de l'efficacité du programme en région, qui s'adosse également à la taille des cancers détectés et au statut ganglionnaire des cancers invasifs dépistés. Avec 16,39% de CISC<sup>2</sup> au niveau régional, malgré des disparités départementales, la région et chacun de ses départements se situe également dans les normes attendues (10 à 20% des cancers détectés) de détection de ce type de cancers de très petites tailles. De même, le niveau régional se situe dans la norme européenne souhaité en matière de détection cancers invasifs de moins de 10 mm, avec 31,61% de ces cancers détectés (plus de 30% étant attendus). Mais il existe des marges de progrès pour les départements du 75 et 95 qui se situent en deçà de cette norme. Par contre, la région se place à la limite des normes européennes à l'égard du pourcentage de cancers invasifs sans atteinte ganglionnaire avec une détection de 69,75% pour l'IdF (plus de 70% étant attendu), sans les données du département du 75, non disponibles.

En cas de dépistage positif, l'accès au traitement des tumeurs malignes, quel que soit ce traitement et la taille tumorale se fait en deux mois environ pour 50% des femmes (délai médian) et tend vers un mois et demi pour les ACR5. Ce constat, stable avec un recul de six ans, permet également de préciser que les variations départementales tendent à s'atténuer. L'âge des femmes ne se présente pas comme un facteur de variation de ces délais, contrairement à la taille tumorale. En effet, dans tous les départements, ce délai se raccourcit pour les tumeurs de grande taille (moins de deux mois) tandis qu'il se situe plutôt à 2 mois et demi voire 3 mois pour les cancers in situ.

Les délais entre le dépistage et la réalisation de la biopsie (quelle que soit sa nature ou cytoponction) s'étendent de 18 jours à plus du double : 38 jours, selon les départements et se présentent comme un facteur important de variation dans l'accès aux traitements. Les délais entre la biopsie et le début du traitement sont actuellement plus homogènes, de 35 à 43 jours.

## 1.4 Qualité du DO et pratique échographique

Appareils analogiques et numériques confondus, la qualité des lectures, du point de vue des indicateurs européens utilisés par l'InVS se montre satisfaisante pour la région dans son ensemble, avec cependant des améliorations pouvant encore être apportées pour certains départements principalement sur la première lecture (taux de positif avant BDI devant tendre vers 7%) mais également sur la deuxième lecture.

Au niveau régional, 24% des mammographies classées ACR1 et ACR2 ont bénéficié d'une échographie. Les disparités sont fortes entre départements, allant de 15% dans le 95 à 35% dans le

---

<sup>2</sup> Cancers in situ intracanalaires stricts

75. Cependant, cet indicateur ne renseigne pas fidèlement sur la pratique des premiers lecteurs d'un département donné puisque les femmes sont libres du choix de leur lieu de dépistage.

La proportion des CTI non refaits et des examens complémentaires prescrits non réalisés a diminué par rapport à l'exploitation précédente, attestant d'une amélioration de la qualité des processus du programme. L'observation montre cependant des variations départementales pour les deux indicateurs, de 4% à 13,5% pour les CTI non refaits à 6 mois et entre 6,4% et 20,9% pour les BDD non refaits à 6 mois. Il est difficile de déterminer la part due aux comportements des femmes dans ces résultats observés.

Il existe dans chaque département une augmentation des macro ou microbiopsies depuis 2005, passant de 0,7% à 1,2% en 2012 au niveau régional, tandis que les biopsies chirurgicales restent stables. Ce constat est extrêmement difficile à interpréter du fait de la qualité de l'information et de l'absence de norme. Les variations entre départements sont importantes et doivent interroger l'impact dans l'accès au traitement.

## 1.5 Orientations décisionnelles

Les éléments apportés par cette nouvelle exploitation du tableau de bord suggèrent et confortent les orientations suivantes.

### *Poursuivre l'amélioration des données utilisées dans le tableau de bord pour le pilotage du DO en région IDF*

---

- ◆ Meilleure qualité des informations colligées en routine par les structures de gestion.

En effet, l'harmonisation du recueil de l'information au niveau régional, qui donne par ailleurs une opportunité de confrontation et de partage de la réflexion entre les structures de gestion et l'ARS, doit toujours être encouragée et facilitée pour la suite.

- ◆ Connexion à établir avec les données financières et économiques.

Aujourd'hui, le tableau de bord et les données financières recueillies dans l'application APACCHE ont des vies parallèles, bien qu'à l'origine du tableau de bord, en 2003, un volet économique avait été envisagé pour ce dernier, puis différé du fait de la création d'APACCHE. Au stade actuel du développement du programme, des éléments de réflexion économiques seraient utiles au pilotage régional.

- ◆ Poursuite de la concertation avec l'assurance maladie

Le tableau de bord des dépistages en Ile de France est le seul outil en France qui bénéficie d'une antériorité aussi importante et qui a pu intégrer dès le démarrage des données assurantielles inter-régimes. Seule cette coopération permet la vision globale et la détermination de la place du dépistage dans la pratique mammographique.



## Actions d'amélioration de la qualité et de la participation au DO

Les SG sont invitées à nouveau à se saisir des résultats du tableau de bord pour suivre leur évolution, proposer des mesures si nécessaire, promouvoir le dépistage en direction des femmes et des professionnels et améliorer la qualité.

Du fait de la création des ARS et de l'évolution de l'accompagnement des SG par l'ARS et l'Assurance Maladie, les orientations opérationnelles suivantes sont proposées :

### **Pour les SG :**

- ◆ Sur la base des travaux spécifiques sur la participation, la couverture et la fidélisation : développer des actions ciblées et personnalisées sur des sous-populations (femmes sans dépistage depuis 2 campagnes ; femmes à l'entrée puis à la sortie du programme ; femmes en dépistage hors programme), en s'appuyant également sur les données cartographiques, dont le niveau de précision sera défini selon le contexte ;
- ◆ Suivre les délais d'accès au traitement, et notamment ceux d'accès la biopsie.
- ◆ Suivre les indicateurs de qualité des lectures, afin de s'assurer de la persistance de la qualité quels que soient les cabinets et les équipements (constat d'une bonne qualité qui tend vers 7% en L1 et 9% au total) et les évolutions de ces derniers (numérique...) ;
- ◆ Suivre l'évolution des indicateurs d'efficacité et notamment de détection des cancers de bons pronostics et partager les résultats avec les professionnels concernés.
- ◆ Suivre les indicateurs de qualité des pratiques à l'appui d'orientations d'actions en direction des professionnels ou des femmes.

### **Pour les tutelles :**

- ◆ Être vigilantes à maintenir l'offre de mammographes dans les centres santé au regard de l'importance de leur rôle et de l'impact sur les inégalités sociales de santé.

Discuter la coordination des démarches du tableau de bord et des dialogues de gestion pour qu'elles s'enrichissent mutuellement.