

Université de Lille
Faculté des sciences juridiques, politiques et sociales

Première année de Master de science politique

Les inégalités d'accès au dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes en Île de France

Mémoire préparé sous la direction de Mr. Thomas Alam
Présenté et soutenu par Christelle Bernadac

Année universitaire 2020 / 2021

Remerciements

Je voudrais remercier Mr Thomas Alam, mon directeur de mémoire, pour ses nombreux conseils et ses idées très pertinentes. Il m'a notamment permis d'élargir mes champs de réflexion autour de mon sujet.

Je remercie les professionnelles de l'I.N.C.A. qui ont répondu favorablement à mes demandes d'entretiens, dans le contexte actuel de la pandémie.

Je remercie également Madame Y, chargé de mission A.S.V. à la ville de Paris pour ses nombreux conseils, ainsi que les femmes anonymes, victimes de la maladie, qui ont répondu à mon questionnaire et pour qui, je l'espère, mon mémoire permettra de faire avancer la lutte contre les cancers gynécologiques et les inégalités sociales de santé.

« J'ai bien pris connaissance des dispositions concernant le plagiat et je m'engage à ce que mon travail de mémoire en soit exempt ».

SIGLES

A.R.S. : Agence Régionale de Santé

C.L.S. : Contrat Local de Santé

C.R.C.D.C. : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

H.C.S.P. : Haut Conseil de la Santé Publique

H.P.V. : Virus du Papillome Humain (traduction de l'anglais)

I.N.C.A. : Institut National du Cancer

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

O.N.U. : Organisation des Nations Unies

P.R.S. : Programme Régional de Santé

S.R.S. : Schéma Régional de Santé

SOMMAIRE

Introduction	Page 6
I. <u>L'inégale mise à l'agenda de la politique de prévention et de dépistage des cancers gynécologiques</u>	Page 10
A. La construction complexe de la politique nationale de lutte contre le cancer	Page 10
B. Le déni d'agenda de la lutte contre le cancer dans la construction des politiques régionales de santé	Page 13
• Des P.R.S. avec des axes trop généraux et pas toujours accessibles	Page 14
• La sous-représentation des cancers gynécologiques dans les P.R.S.	Page 14
C. L'inégale coordination entre les plans cancer et les P.R.S.	Page 15
II. <u>Les inégalités d'accès aux soins et aux dépistages des cancers gynécologiques</u>	Page 17
A. L'incidence et la mortalité méconnues des différents cancers	Page 17
• La parole des femmes face aux diagnostics et aux dépistages	Page 19
• L'inégale représentation des cancers gynécologiques	Page 20
B. Les actions politiques actuelles : les deux campagnes de dépistage	Page 21
• Campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus	Page 21
• Campagne de dépistage du cancer du sein	Page 26
C. Les multiples inégalités d'accès aux soins et aux dépistages	Page 28
• La vulnérabilité sociale	Page 28
• L'échographie mammaire : un frein pour les futurs dépistages	Page 29
• Le problème de l'accès à l'I.R.M. et à la mammographie	Page 30
• Le facteur de l'âge : être une femme de plus de 50 ans	Page 31
D. Approche approfondie du non recours aux soins	Page 31
E. L'impact de la pandémie du Covid sur les actions de dépistage	Page 33
F. L'impact de la désertification médicale	Page 34
• La désertification médicale en Île de France	Page 35
• Les médecins spécialistes en gynécologie peu représentés	Page 35
III. <u>Conclusion</u>	Page 37
Références bibliographiques	Page 40
Liste des Annexes	Page 42
Annexes	Page 43

Introduction

Au cours de mon cursus universitaire, j'ai été amenée à me questionner sur différentes problématiques sociales et sociologiques. Au fur et à mesure de mes apprentissages, je suis venue à me questionner, à travers une dimension sociologique, sur les différentes inégalités sociales et en particulier celles liées à la santé.

En effet, les inégalités sociales, économiques et culturelles vont avoir un impact sur la santé des individus. Ces inégalités sociales de santé ont des causes multiples. Depuis plusieurs années, de nombreuses recherches sont menées afin de mieux déterminer ces causes.

En effet, d'après le sociologue Pierre Aïach, dans son ouvrage intitulé « les inégalités sociales de santé », paru en février 2010, « les hommes et les femmes ne sont pas égaux face à la mort et à la maladie » (page 26). Ce constat a fait l'objet de ses recherches pendant de nombreuses années, d'autres chercheurs s'intéressent également à ce phénomène. Les inégalités sociales de santé sont influencées par plusieurs déterminants sociaux.

Les déterminants sociaux de santé peuvent être classés en plusieurs catégories : les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires (Solar O., Irwin. A, 2010). Les déterminants structurels sont des déterminants qui sont liés au contexte socioéconomique et politique des individus. Alors que les déterminants intermédiaires sont des déterminants liés aux conditions matérielles, aux comportements, aux facteurs biologiques, aux facteurs psychosociaux des individus. Ainsi, l'ensemble de ces déterminants sociaux de santé vont avoir un impact sur l'équité de la santé. Ainsi, il existe un gradient social de la santé, ainsi, plus le statut socioéconomique des individus est élevé, plus leur santé est bonne et donc plus leur espérance de vie est longue. La lutte des inégalités sociales de santé est devenue un enjeu majeur de politique de santé publique.

Cette lutte fait partie du champ d'action des politiques internationales, à travers l'organisme de l'O.N.U., l'O.M.S. Selon l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹. La santé est devenue un enjeu politique majeur, à partir duquel, les Etats peuvent mettre en places des politiques de santé publique afin de « préserver et améliorer l'état de santé d'une population donnée vivant sur un territoire donné » (Morelle, Tabuteau, 2010 : 5).

Ainsi, lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, le 21 novembre 1986, l'O.M.S. a adopté une charte dite « Charte d'Ottawa » en faveur de la promotion de la santé dans le monde, afin de donner une nouvelle impulsion aux actions de santé publique dans le monde, notamment pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

¹ Organisation Mondiale de la Santé disponible sur le site www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution

La France, qui est un pays membre de l'O.M.S., développe, au niveau national, une politique publique de santé. Depuis la loi H.P.S.T. (Hôpital Patients Santé Territoire) du 21 juillet 2009, la politique de santé a été déconcentrée sur les territoires à travers les A.R.S., qui sont chargées de mettre en œuvre les politiques publiques de santé au niveau régional. Pour mieux comprendre comment s'organise la lutte contre les inégalités sociales de santé, il est important de comprendre l'impact et les effets l'action publique sur celle-ci. Notamment en étudiant, les relations qui s'établissent entre les différents acteurs.

Face à ce processus de construction de politique publique, j'ai choisi comme sujet d'étude les inégalités d'accès aux dépistages des cancers gynécologiques chez les femmes. Ce choix est le résultat de mes recherches sur le sujet et également le résultat de mes observations obtenues lors de mes expériences personnelles et professionnelles antérieures.

En effet, lors de mon cursus professionnel antérieur, il y a deux ans, j'ai été amené, pendant neuf mois, à coordonner un projet de santé au sein d'un centre social parisien, situé dans un quartier classé comme défavorisé. Cette expérience m'a permis de mettre en place un projet de prévention santé auprès des habitants. C'est au cours de ce projet que j'ai pris conscience de l'existence des inégalités sociales de santé et de leur impact sur la santé des habitants vivants en quartier politique de la ville.

Lors de cette expérience professionnelle, j'ai découvert que la santé des femmes était une problématique de santé importante au sein de ce quartier, c'était même un axe de santé prioritaire défini par la ville de Paris. De nombreuses problématiques en découlaient : des difficultés d'accès aux soins, une méconnaissance du fonctionnement de sa santé, une peur liée aux différentes techniques de dépistage mais également une peur de consulter pour des raisons culturelles. Je pense également qu'il peut exister d'autres freins aux dépistages, freins que je souhaite découvrir lors de cette nouvelle recherche.

Cette problématique a également été constatée lorsque j'ai effectué mon stage de licence dans une mairie des Hauts de Seine sur le pilotage du C.L.S. (Contrat Local de Santé). Dans le cadre de ce stage, j'ai interrogé une gynécologue, elle m'a expliquée que les femmes avaient beaucoup de difficulté à comprendre les différentes campagnes de dépistage organisées, certaines avaient des difficultés de langage, elles ne pouvaient pas comprendre les messages de communication sur les affiches. D'autres femmes n'avaient même pas connaissance des campagnes de dépistage, car elle ne les comprenait pas. D'autres femmes avaient des appréhensions par rapport aux examens effectués mais également par rapport à leur peur du résultat.

Toutes ces expériences m'ont conduite à m'interroger sur la manière dont les politiques de prévention axées sur les dépistages des cancers gynécologiques sont mises en place, ainsi que du processus de mise à l'agenda de ces politiques. Les cancers sont-ils mis à l'agenda en fonction uniquement d'indicateurs épidémiologiques ou, est-ce que d'autres facteurs liés à la construction de l'action publique interviennent sur ce processus ?

Ainsi, quels sont les différents critères et facteurs qui sont mis en œuvre pour prendre en compte les inégalités sociales de santé dans ce domaine ? Quelle est la dimension donnée à l'éthique dans la définition des politiques de prévention ?

D'autres questions vont être soulevées par la problématique, à savoir comment se construit l'acceptabilité sociale des politiques qui vont être mise en place ? Quels sont les éléments qui vont permettre de donner une légitimité à ces politiques par rapport à d'autres ? Existence-ils des différences d'application de ces politiques au niveau territorial et si oui pourquoi ?

Quel est l'importance du non recours pour les ressortissants de ces politiques publiques de santé ? Et comment le non-recours est appréhendé par ces politiques ?

Protocoles d'enquête et définition du terrain

Pour répondre à ces questions, je vais cibler mon enquête de terrain sur différents acteurs du terrain : les associations de prévention, les malades, les institutions publiques du domaine (INCA, ARS, ...). La parole entre ces différents acteurs va me permettre de mieux comprendre comment apparaissent les inégalités d'accès aux dépistages mais également quels sont les facteurs et les freins de celles-ci.

Pour répondre à cette problématique, et compte tenu du contexte particulier, et des contraintes sanitaires, je souhaite privilégier une méthode sur une étude qualitative à réaliser sur un territoire choisi : l'Île de France. Ce territoire est divisé en plusieurs territoires qui présentent des indicateurs sociodémographiques fragilisés : faibles revenus, chômage prédominant, familles monoparentales, ... avec notamment la présence de plusieurs quartiers classés en quartiers politiques de la ville. Il a également pour intérêt de disposer sur son territoire de nombreux acteurs diversifiés qui peuvent être impliqués directement dans ma thématique de recherche.

Ma recherche étant plus axée sur une étude qualitative, je souhaite privilégier des entretiens, avec les acteurs. Ces entretiens seront composés selon une trame d'entretien avec des questions ciblées, j'essaierai de libérer la parole de l'enquêté pour qu'il s'exprime plus librement sur plusieurs dimensions générales liées au sujet. Par exemple, quelles sont, pour vous, les principaux cancers féminins présents sur le territoire ? Pensez-vous que les campagnes mise en œuvre répondent à tous les besoins et risques auxquelles sont soumises les habitantes ? Celles-ci sont prise en compte par les politiques locales ? Si non pourquoi ? ...

Je souhaite que ces entretiens approfondis durent approximativement une heure.

L'objectif des entretiens est de mieux comprendre les interactions qui s'opèrent entre les différents acteurs et confirmer des hypothèses déjà évoquées par plusieurs chercheurs sur le sujet. Du fait de mon expérience professionnelle, j'ai déjà réalisé quelques entretiens avec des acteurs (gynécologues, ancien malade du cancer, coordinatrice de projet santé, ...), et ces entretiens passés pourront servir de base pour définir ou cibler de nouveaux acteurs afin de mieux comprendre les liens qui s'opèrent entre eux. Je vais adapter mon guide d'entretien en fonction de l'acteur qui va être interviewé et de son domaine de compétence.

Il va être nécessaire d'effectuer un diagnostic préalable afin d'identifier les acteurs les plus pertinents qui participent à la construction de la politique de dépistage des cancers gynécologiques.

J'ai déjà ciblé des acteurs qui peuvent être sollicités tels que les responsables de la politique de santé au sein des collectivités territoriales, les chargées de mission de l'I.N.C.A., les coordinateurs de santé, des organisations pluriprofessionnelles de santé (Maison Rose, Pôle de santé, ...), des professionnels de santé, des femmes malades confrontées à la maladie, des habitantes, ...

L'intérêt est de choisir d'interroger ceux qui construisent la politique de prévention de dépistage, mais également ceux qui en bénéficient, afin de mieux analyser l'impact de cette politique de santé sur les deux territoires, afin de dégager des éléments d'analyse pour détecter les points forts et les points faibles de cette politique, et de répondre au mieux à la problématique. Dans la mesure du possible, si les enquêtés sont d'accord, les entretiens feront l'objet d'une retranscription (avec un enregistrement audio) afin que l'analyse soit la plus complète possible.

Je vais compléter mon analyse avec l'utilisation des ressources existantes issues des recherches en sciences sociales et politiques (sociologie de l'action publique, étude des politiques de santé, ...). J'utiliserai également la documentation professionnelle sur le sujet comme des articles de presse, des données administratives, le contenu accessible des C.L.S. (Contrat Local de Santé) et des P.R.S. (Programme Régional de Santé).

Plan

Pour répondre à ma problématique de recherche, je vais suivre un plan en deux parties. Tout d'abord, je vais m'intéresser au processus de mise à l'agenda de la prévention des cancers gynécologiques. Ensuite, dans une deuxième partie, je m'interrogerais sur les effets de ce processus, notamment aux multiples inégalités d'accès aux soins et aux dépistages des cancers gynécologiques chez les femmes.

I. L'inégale mise à l'agenda de la politique de prévention et de dépistage des cancers gynécologiques

A. La construction complexe de la politique nationale de lutte contre le cancer

La construction de l'action publique de santé est un processus complexe. Il paraît logique de penser qu'à l'origine d'une politique publique se trouve l'analyse d'un diagnostic de terrain et que ce diagnostic soit le fait générateur et l'amorce d'un plan d'actions et d'une construction d'une politique publique. Mais, dans les faits, force est de constater que ce schéma n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît. En effet, le processus de mise à l'agenda est un processus très complexe à travers duquel une multitude de variables interviennent et influencent la prise de décision et donc par conséquent la mise en œuvre de la politique de santé.

Ainsi, des conflits d'intérêts entre les besoins sociaux exprimés et les actions qui peuvent être mises en place peuvent apparaître. Il peut y avoir également une tendance à une rationalisation des actions à mettre en œuvre, avec par exemple, une « analyse coûts/avantages » (Loriol, 2002 : 104) afin d'encadrer l'action. Cette notion de comparaison entre les coûts et les avantages ont été clairement évoquée dans mon entretien du 21 mai 2021, avec Madame X, coordination de projets au service prévention de l'I.N.C.A., au sujet de la campagne de dépistage du col de l'utérus, où à la question A la question « Quelle est la tranche d'âge de la population visée par la campagne ? Pourquoi ? », la campagne du cancer du col a été limitée aux femmes âgées de 25 à 65 ans. Madame X du département prévention à l'I.N.C.A. m'a expliqué « qu'on prend toujours en compte **la balance Bénéfice/Risque** et effectivement au-delà de 65 ans cette balance n'est plus favorable ». Ainsi, selon les propos de cette professionnelle, il est clairement établi qu'une priorisation des actions est faite en fonction de certaines données épidémiologiques. A la question « Pouvez-vous m'expliquer comment le cancer du col de l'utérus a été amené à faire l'objet d'une campagne nationale de dépistage ? », Madame X m'a répondu que « Le cancer du col de l'utérus est peu fréquent car on a environ 3000 nouveaux cas par an et c'est surtout un cancer évitable, aujourd'hui on a la vaccination anti HPV qui est efficace, on a aussi un test fiable pour le dépistage de ce cancer. Par contre on constate qu'en France, encore aujourd'hui, c'est un dépistage qui marqué par des inégalités de recours, c'est un des seuls cancers pour lequel on peut voir que le pronostic se dégrade avec un taux de survie à 5 ans, après le diagnostic, diagnostic qui est en diminution ces dernières années, avec des taux de dépistage qui étaient aux alentours de 60%, il y a juste 40% de femmes qui ne participent pas. C'est pour faire face à ces inégalités d'accès pour augmenter le taux de participation que l'on a décidé de mettre en place un programme de dépistage organisé. Il y a plusieurs textes en fait qui ont encadrés la mise en place de ce dépistage organisé. Il a été en fait inscrit dans un premier temps et **c'est vraiment ça qui a amorcé son lancement, dans le plan cancer 2014-2019** ».

Ainsi, la construction de la priorisation de la lutte des cancers relèverait des objectifs généraux fixés en amont par le plan cancer.

Le plan cancer est un plan qui met en œuvre une politique nationale publique de santé axée sur la lutte des cancers. Le plan cancer a été mis en place en sous le gouvernement français en 2003. Depuis cette date, trois séries de plans ont été mis en place.

Le premier plan 2003-2007 était surtout axé sur la lutte contre le tabac afin de limiter les cancers liés à cette consommation. Le deuxième plan 2009-2013 a eu des objectifs plus élargis avec notamment plus de soutien à la recherche, et une prise en compte des inégalités face à la maladie. Le troisième plan 2014-2019 a continué de faire développer les actions déjà entreprises. Et actuellement, le 4 février 2021, le président Emmanuel Macron a dévoilé les objectifs de la nouvelle stratégie décennale de lutte contre les cancers qui s'étendra sur une période de 10 ans, de 2021 à 2030, contrairement aux plans cancers précédents, qui faisaient l'objet d'une réévaluation tous les 5 ans.

Le déploiement du plan cancer et de la stratégie décennale dans les territoires fait intervenir une multitude d'acteurs sur les territoires. Sur le schéma ci-dessous, l'I.N.C.A., qui est l'institution phare dans la mise en œuvre de cette politique nationale de lutte contre les cancers, a le statut juridique de G.I.P. (Groupement d'Intérêt Public). Elle est donc constituée d'un regroupement d'acteurs, et c'est également un organe de coordination central entre les acteurs institutionnels et associatifs, les structures territoriales et les professionnels de santé. Cette organisation démontre la complexité des acteurs qui sont pris en compte dans la construction de l'action publique. L'I.N.C.A. est également une agence sanitaire et scientifique, elle est chargée d'évaluer les risques sanitaires liées à son domaine d'intervention, le cancer. Elle est sous la tutelle conjointe du ministère des Solidarités et de la Santé, et du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Elle a une mission de santé publique, elle est chargée de la mise en œuvre des campagnes de dépistages organisés, de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins et de la prévention des risques liés aux cancers ; mais l'essentiel de son budget (plus de la moitié) est consacré à la recherche médicale contre le cancer².

Au niveau régional, les antennes des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (C.R.C.D.C) sont chargées de mettre en œuvre les actions définies par la politique de lutte nationale contre les cancers (plan cancer et stratégie décennale). Leurs missions sont définies par un cahier des charges précis qui fait l'objet d'un encadrement juridique (arrêté du 23 mars 2018). Il ne m'a pas été possible dans le cadre de ma recherche de réaliser des entretiens avec ces acteurs de terrain.

Comme le montre le schéma ci-après, une multitude d'acteurs sont en interaction pour construire la politique publique de santé de lutte contre le cancer : des acteurs institutionnels, des acteurs associatifs, des acteurs de terrain, les professionnels de santé, mais aussi les ressortissants eux-mêmes.

² Site internet de l'I.N.C.A. consulté le 4 mai 2021 à l'adresse suivantes : <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Missions>

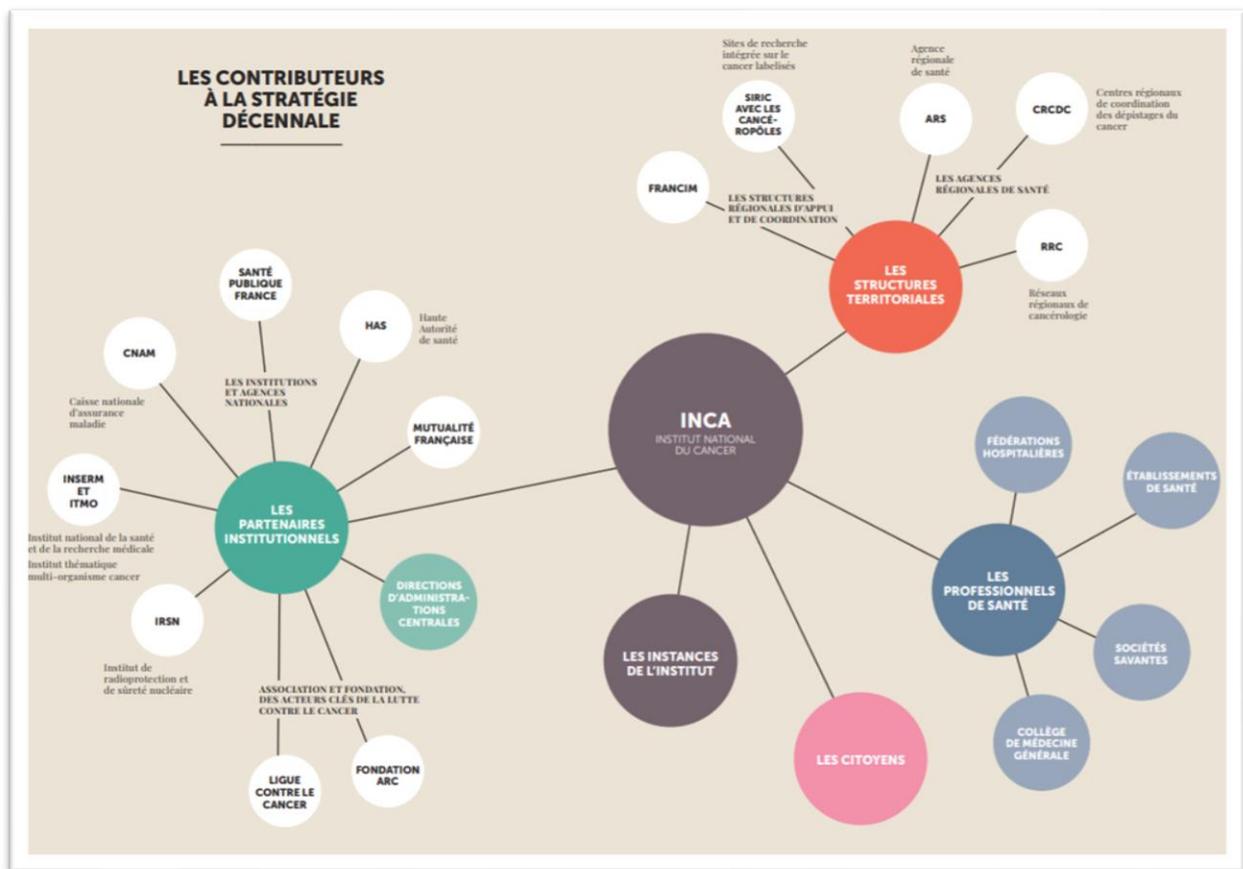


Schéma extrait du Rapport d'activité 2019 de l'I.N.C.A. « Agir aujourd'hui – Construire l'élan pour demain » (page 21)

Ainsi, avec ce contexte, qui est composé d'une complexité organisationnelle des acteurs et également la multitude du nombre de cancers existants, il est facile de comprendre que les critères de définition de mise à l'agenda de certains cancers par rapport à d'autres face l'objet d'une priorisation des actions. Cette priorisation des actions est soumise à une multitude d'intérêts contradictoires et complexes où il ne s'agit plus « d'un simple travail d'expertise technique ou scientifique » mais d'un « processus ... politique » (Loriol, 2002 : 109).

L'épidémiologie met en évidence des facteurs de risque sanitaires mais elle ne suffit pas à la construction de l'action publique dans son ensemble, car la problématisation de la politique publique est le résultat de la volonté de plusieurs acteurs aux intérêts divergents et contradictoires. Des « dynamiques entremêlées ... ainsi que la réception du thème par l'opinion publique » (De Maillard, Kübler, 2016 : 31), vont construire l'action publique de santé et prioriser les enjeux. Donc, une autre dimension à prendre en compte est la représentation des actions mises en œuvre aux yeux de l'opinion publique. La politique mise en œuvre ne se doit plus seulement d'être efficace sur le plan sanitaire mais elle se doit d'être également acceptable aux yeux de l'opinion publique. Cette opinion publique, difficile à déterminer, influence la décision politique au détriment des données techniques issues de la recherche et de l'expertise scientifique. Ainsi, « cette politisation discursive des problèmes, dépend ainsi des significations qui leur sont attribuées par certains groupes sociaux en compétition » (Durnova, Zittoun, 2013 : 575). Cela veut donc dire que ce ne serait pas seulement les intérêts

des acteurs qui favoriseraient la mise à l'agenda des problèmes mais la représentation de ces problèmes par les acteurs.

Comme l'explique le schéma ci-dessus, L'I.N.C.A. n'est pas la seule institution à agir sur les territoires pour la mise en œuvre d'une politique de lutte contre les cancers. La loi Hôpital Patient Santé Territoire, dite loi H.P.S.T. du 21 juillet 2009 a permis de redéfinir les enjeux de prévention notamment au niveau des maladies chroniques et des cancers. Elle a permis également la création d'organes déconcentrés de l'Etat : les Agences Régionales de Santé sur les territoires, à l'échelle régionale. Ces agences ont pour objectif de mettre en œuvre sont la politique nationale de santé et la lutte contre les cancers fait partie intégrante de cette politique. Mais est-ce que cette priorité de santé est réellement prise en compte dans les axes de leurs politiques régionales de santé ?

B. Le déni d'agenda de la lutte contre le cancer dans la construction des politiques régionales de santé

Pour comprendre comment un problème de santé publique devient un enjeu politique, il faut que « la question de santé ... soit inscrite à l'agenda » (Loriol, 2002 :109). Alors, afin de savoir si la lutte contre les cancers gynécologiques était réellement une priorité de santé inscrite à l'agenda de la politique nationale de santé, j'ai réalisé une étude comparée du contenu des programmes régionaux de santé. Le contenu des P.R.S. est, pour la majorité, en libre accès sur internet, sur les sites internet des agences.

Les P.R.S.³ représentent la mise en application de la politique nationale de santé sur les territoires. Ils se divisent en plusieurs parties :

- Le cadre d'orientation stratégique (C.O.S.) : fixe sur 10 ans les objectifs d'évolution dans les domaines détaillées par le S.R.S. ;
- Le schéma régional de santé : détermine les principales orientations d'amélioration du parcours de santé de la région pour une durée de 5 ans ;
- Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins : est ciblé sur les personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Il y a également une partie évaluation avec le document cadre d'évaluation, ce document est composé d'indicateurs pour évaluer les orientations qui ont été prises, l'évaluation est réalisée chaque année. J'ai mentionné « oui » lorsque le contenu du P.R.S. était en libre accès sur internet et « non » quand cela n'était pas le cas.

J'ai également noté dans quel P.R.S. apparaissait la mention à des cancers gynécologiques (hors programmes nationaux de dépistage c'est-à-dire hors cancer du col de l'utérus et cancer du sein) afin d'évaluer l'importante donnée aux autres cancers gynécologiques qui n'étaient pas inscrits dans une campagne de dépistage organisée.

³ A.R.S. (Site internet : www.ars.sante.fr)

Nom de l'agence	P.R.S. 2018-2022				Mention de cancers gynécologiques hors campagnes dépistages nationales du cancer du sein et du col de l'utérus
	Cadre d'orientation stratégique (C.O.S.)	Schéma Régional de Santé	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins	Cadre d'évaluation	
Auvergne-Rhône-Alpes	NON	NON	NON	NON	NON
Bourgogne Franche-Comté	OUI	OUI	OUI	NON	NON
Bretagne	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
Centre-Val de Loire	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
Corse	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
Grand Est	OUI	OUI	NON	NON	NON
Guadeloupe	OUI	OUI	OUI	NON	
Guyane	OUI	OUI	OUI	NON	NON
Hauts-de-France	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
Île-de-France	OUI	OUI	OUI	NON	NON
La Réunion	NON	NON	NON	NON	NON
Martinique	OUI	OUI	OUI	NON	NON
Mayotte	OUI	OUI	OUI	NON	NON
Normandie	OUI	OUI	OUI	NON	NON
Nouvelle-Aquitaine	OUI	OUI	OUI	NON	NON
Occitanie	NON	OUI	NON	NON	NON
Pays de la Loire	NON	NON	NON	NON	NON
Provence-Alpes-Côte d'Azur	OUI	OUI	OUI	NON	NON

Des P.R.S. avec des axes trop généraux et pas toujours accessibles

J'ai constaté que souvent les axes des P.R.S étaient rédigés de manière globale et généraliste. Les axes ainsi rédigés ne permettaient pas de savoir avec précision quels actions allaient précisément être mises en place par ces politiques. J'ai remarqué également que le contenu des P.R.S. n'étaient pas toujours en libre accès. J'ai eu des difficultés pour accéder au contenu en ligne de quatre P.R.S., en particulier, celui de la région Auvergne-Rhône-Alpes, de La Réunion, de l'Occitanie et de la région Pays de la Loire. Pour ce qui était du cadre d'évaluation, il était disponible que dans seulement deux régions : la Bretagne et le Centre val de Loire.

La sous-représentation des cancers gynécologiques dans les P.R.S.

D'après le tableau ci-dessus, il y a seulement **deux P.R.S. sur dix-sept au total**, celui de la région Corse et celui de la région Hauts-de France où une mention est faite aux cancers gynécologiques autres que ceux soumis au dépistage national organisé. Cela permet de confirmer la faible importance qui est donnée à ces cancers. Ces résultats semblent nous indiquer qu'il existe une sous-évaluation des programmes d'action autour des cancers.

Cette analyse m'a permis de constater, dans le cadre de mon étude, que les cancers gynécologiques autres que le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein tels que le cancer de l'endomètre ou le cancer des ovaires ne sont pas pris en compte dans la politique nationale de lutte contre les cancers. Ainsi, la prise en charge de la prévention des cancers est un axe général de plusieurs P.R.S. mais les enjeux sont définis de manière très généraliste, sans que la mise à l'agenda soit réelle, précise et effective. Les cancers gynécologiques comme celui de l'endomètre ou des ovaires n'ont pas atteint la même légitimité pour être une problématique de santé tels que le cancer du sein ou le cancer du col de l'utérus. Ces cancers ne sont donc pas définis, actuellement, comme des enjeux majeurs dans la construction des politiques de santé de lutte contre les cancers.

C. L'inégale coordination entre les plans cancer et les P.R.S.

Dans le schéma régional de santé 2018-2023 du P.R.S des Hauts-de-France, page 72, il est stipulé que « le dépistage des cancers demeure le parent pauvre des Plans cancer précédents » (cf. Annexe 3). Il est également mentionné dans ce même document que **des difficultés subsistent pour suivre avec conformité les recommandations nationales en matière de dépistage des cancers**. Il est également clairement indiqué que « le cancer du col de l'utérus doit également faire l'objet d'une attention particulière en raison de la mise en place du programme de dépistage organisé ».

Ainsi, dans le P.R.S. des Hauts de France, le cancer du col de l'utérus est priorisé par rapport à d'autres cela peut s'expliquer par le fait qu'il fait partie d'une campagne de dépistage nationale mise en place par l'I.N.C.A. Les axes du P.R.S. ne sont donc pas définis en fonction des résultats des diagnostics territoriaux mais en fonction des recommandations émises par des institutions étatiques dépendantes de l'Etat centralisé. Ce P.R.S. adresse aussi une critique envers le troisième plan cancer 2014-2019, où les inégalités d'accès aux dépistages demeurent, et où il existe un décalage entre les recommandations nationales et la pratique sur le terrain par les professionnels. Les pratiques des professionnels de santé sont importantes dans la mise en œuvre des politiques de dépistage et de soins car c'est eux qui vont communiquer avec la population sur le dépistage des cancers. Ce sont les acteurs les proches de la population, ils peuvent par leurs préconisations, lutter pour un diagnostic précoce des cancers. Dans un entretien du 21-05-21, Madame X. (cf. Annexe 6), chargé de mission à l'I.N.C.A., m'a expliqué que la coordination entre les professionnels de santé et la mise en place des campagnes de dépistages organisées étaient sous la responsabilité des C.R.C.D.C., mais cet accompagnement concerne essentiellement les cancers qui font l'objet

d'une campagne de dépistage organisée. On peut s'interroger sur l'accompagnement et la formation des professionnels pour les cancers qui ne font pas partis de ces programmes nationaux de dépistage. L'analyse des différents P.R.S. m'a permis de mettre en avant qu'il y avait de grandes disparités régionales dans la priorisation des actions de lutte contre le cancer mises en œuvre sur le territoire. J'ai également constaté que les actions mises en place autour de la lutte contre les cancers de manière générale étaient peu nombreuses.

Le difficile déploiement des P.R.S. dans les territoires : l'étude de cas en milieu rural dans le département de l'Ariège

Depuis plusieurs années, il existe une sous-représentation des inégalités sociales de santé par les pouvoirs publics. « En 2006, **les projets de lutte contre les inégalités sociales de santé sont rares et sont sous-évalués** » (Humblet, 2007 : 24). Mais est-ce encore le cas à l'heure actuelle, après la loi H.P.S.T. (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 ? La décentralisation de l'action publique de santé sur les territoires est-elle efficace sur la réduction des inégalités sociales de santé ? La lutte contre les inégalités sociales de santé, est pilotée, au niveau de la région, par les A.R.S. Ces établissements publics déconcentrés mettent en œuvre la politique publique de santé sur le territoire. Pour cela, ils ont créé un dispositif appelé le C.L.S. (Contrat Local de Santé). Ce dispositif est un projet de santé à développer sur un territoire, selon les priorités fixées par le P.R.S. (Programme Régional de Santé). Les principaux signataires de ce contrat sont les collectivités territoriales concernées, le Préfet du département, l'A.R.S. mais d'autres acteurs peuvent intervenir comme l'assurance maladie, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale. D'après l'étude de cas du C.L.S. (Contrat Local de Santé) menée dans le département de l'Ariège, par Nadine Haschar-Noé et Emilie Salaméro, dans la revue « revue sciences sociales et santé » n° 34, paru en 2016, page 82, la mise en œuvre de la politique de santé de réduction des inégalité sociales de santé présente une « **flexibilité interprétative** ».

Ainsi, cela veut donc dire que, **selon les acteurs, cette politique va faire l'objet d'une interprétation différente**, ainsi il ne va pas y avoir une interprétation unique et commune des enjeux de santé mais plusieurs interprétations. Cela va donc conduire à des constructions différentes de l'action publique. Les autrices expliquent, dans leur étude, que le C.L.S. est un dispositif qui, volontairement, n'a pas été encadré par la loi, sa mise en œuvre n'est donc pas soumise à des contraintes particulières. Elles indiquent aussi, page 97, que le pouvoir décentralisé est très complexe, il s'exprime selon différentes échelles (régional, départemental ou communal) et entraîne de nombreux conflits d'intérêts entre les acteurs du territoire. Page 98, elles soulignent que les acteurs, dans le cadre de la mise en œuvre du C.L.S., lors des différentes réunions, ont fait des « propositions jugées trop nombreuses et éloignées des axes stratégiques du P.S.R.S. ». Qu'est-ce que cette remarque signifie ? Est-ce que cela veut dire que **les axes stratégiques du P.S.R.S. ne sont pas compris par les acteurs ou bien que ces axes ne soient pas ceux qui sont les plus adaptés pour leur territoire en particulier ?** Il y aurait donc nécessité à établir des diagnostics de territoire beaucoup plus ciblés pour répondre aux besoins de santé des habitants. Ainsi si on fait un parallèle avec la lutte contre les cancers, on peut supposer que les jeux des acteurs sont soumis à la même complexité avec des multiples représentations et interprétations de l'action publique sur le

territoire. La mise en œuvre de l'action publique dans le champ de la lutte des inégalités sociales de santé est très complexe. Les autrices de l'étude de cas évoquent aussi les difficultés budgétaires qui sont constatées par le déploiement du C.L.S. sur les territoires, page 99. Le financement des actions du projet est à la charge de la collectivité, mais cette collectivité ne dispose pas toujours des moyens nécessaires pour financer les actions, même si elle reçoit des aides de l'Etat à travers l'A.R.S.

II. Les inégalités d'accès aux soins et aux dépistages des cancers gynécologiques

Les inégalités sociales de santé sont multifactorielles, elles sont très présentes autour de la maladie du cancer. Pour comprendre leurs interactions avec cette maladie, je vais déjà présenter les différents cancers gynécologiques chez les femmes.

A. L'incidence et la mortalité méconnues des différents cancers

Selon l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), « une femme sur cinq contractera un cancer avant l'âge de 75 ans » (OMS, 2011). Si on consulte le site de l'U.I.C.C. de l'O.M.S., il est possible d'avoir accès à une classification des cancers gynécologiques les plus fréquents en France (taux d'incidence). Selon ce schéma (cf. Annexe 1), nous avons **en première position le cancer du sein, en 5^{ème} position le corps de l'utérus (cancer de l'endomètre), en 11^{ème} position le cancer du col de l'utérus, et en 12^{ème} position le cancer des ovaires**. Selon ces résultats, on s'aperçoit que **les cancers gynécologiques chez les femmes sont très importants**. Si on refait une simulation en prenant en compte cette fois-ci la mortalité, on s'aperçoit que **c'est le cancer du sein qui est le plus meurtrier se situe encore une fois en première position, suivi en 5^{ème} position par celui des ovaires, en 9^{ème} position par le cancer du corps de l'utérus (endomètre), et en 10^{ème} position le cancer du col de l'utérus**.

Alors que les cancers gynécologiques chez la femme sont au nombre de cinq : cancer du sein, cancer des ovaires, cancer du corps de l'utérus et cancer du col de l'utérus, cancer de la vulve, des actions de dépistage et de prévention sont menées uniquement autour de deux cancers. D'après les résultats déjà obtenus avec l'analyse des P.R.S. et des entretiens avec des chargées de missions de l'I.N.C.A., l'action publique de santé et de prévention de la lutte contre le cancer cible ses objectifs autour de deux cancers : le cancer du sein, qui est le plus meurtrier et qui a le taux d'incidence le plus élevé et le cancer du col de l'utérus, qui lui n'est pas le plus meurtrier ni celui qui a le plus d'incidence. En effet, Lorsque j'ai sollicité des entretiens auprès des chargés de mission auprès de l'I.N.C.A., en mars 2021, il m'a été proposé uniquement des entretiens avec les personnes chargées des deux campagnes nationales de dépistage organisées, celles du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. D'après l'I.N.C.A., « plus de 40% des cancers en France pourraient être évités, en réduisant l'exposition à des facteurs de risque liés au mode de vie ou à l'environnement ». Mais dans le cadre d'une politique nationale de santé, il apparaît que les cancers gynécologiques font l'objet d'une priorisation

autour seulement de deux cancers ; celui du sein et celui du col de l'utérus. Pourtant, d'après le classement de l'O.M.S. (cf. Annexe 1), bien que le cancer du sein qui est le cancer le plus meurtrier en France, **le cancer des ovaires et celui de l'endomètre (corps de l'utérus) sont plus meurtriers que le cancer du col de l'utérus**, et pourtant ils ne font l'objet d'aucune campagne de prévention et de dépistage. L'analyse du taux d'incidence c'est-à-dire, en épidémiologie, le nombre de nouveaux malades du cancer sur une période donnée, donne également des résultats contrastés, avec **en 5^{ème} position, le cancer du corps de l'utérus devant celui du col de l'utérus en 11^{ème} position.**

Cela veut donc dire que les femmes atteintes d'un cancer du corps de l'utérus sont plus nombreuses que celles qui sont atteintes d'un cancer du col de l'utérus. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les méthodes de diagnostic du cancer du col de l'utérus sont plus fiables, grâce notamment au frottis, mais si les médecins et les gynécologues proposaient à leurs patientes une simple échographie pelvienne, il y aurait également la possibilité de détecter le cancer des ovaires et les cancers de l'endomètre pour les femmes en préménopause et ménopausées, car ce sont des cancers hormonaux dépendants qui surviennent majoritairement à partir de quarante ans.

Je n'ai pas trouvé de données précises sur le cancer de la vulve qui est également majoritairement causé par le H.P.V. comme dans le cas du cancer du col de l'utérus.

Lors de l'entretien avec Madame X (cf. Annexe 4), qui travaille à l'I.N.C.A., j'ai posé la question sur la possibilité de combiner plusieurs dépistages, notamment avec le recours à l'échographie pelvienne, avec la question « Pensez-vous qu'il serait possible de faire également de la prévention pour le cancer de l'endomètre en même temps que celui du col de l'utérus ? Notamment avec une sensibilisation aux échographies pelviennes à partir d'un certain âge, pour les femmes ménopausées par exemple », mais elle n'a pas souhaité répondre à ma question.

Pourtant, l'I.N.C.A. a des connaissances épidémiologiques sur l'ensemble des cancers existants, c'est une agence sanitaire et scientifique. Elle sait distinguer les cancers dits de mauvais pronostics. Selon les indicateurs épidémiologiques, **les cancers du sein et de l'ovaire peuvent être considérées comme des cancers de mauvais pronostic⁴** (page 21), c'est-à-dire que la survie pour ces deux cancers est faible lorsque l'on étudie leur évolution en comparant simultanément deux périodes 1989-1993 et 2005-2010. Ces résultats soulèvent des questions, car des cancers à faible chance de survie sont aussi des cancers qui ont été diagnostiqués tardivement.

Le diagnostic tardif suppose qu'il existe un problème au niveau du dépistage et de l'accès aux soins. Cela devrait être défini comme une priorité de santé à part entière, afin de pouvoir améliorer les diagnostics de tous les cancers, et pas seulement agir dans le cadre des campagnes nationales de dépistage organisées.

⁴ INCA, Les cancers en France, l'essentiel des faits et chiffres – Edition 2019

La parole des femmes face aux diagnostics et aux dépistages

Ainsi, pour élargir ma réflexion, j'ai réalisé sur les réseaux sociaux un questionnaire auprès des femmes. Ce questionnaire (cf. Annexe 2) a été diffusé pour la première fois en mars 2021, sur le réseau LinkedIn, et sur un réseau spécialiste des femmes atteintes de cancers gynécologiques, sur Facebook. Un médecin généraliste a pu être identifié sur le réseau LinkedIn comme ayant répondu également au questionnaire. A la question « Pensez-vous avoir bénéficié d'assez d'informations au sujet des examens de dépistage des cancers ? Si non, pourquoi ? », il y a eu six « oui », quatre « non » et deux « je ne sais pas ».

Les deux femmes qui ont répondu « non » ont apporté des précisions ainsi une des réponses a été « pas assez répandu pour les plus jeunes, uniquement frottis et peu de gynécologues et de disponibilité des médecins spécialistes ».

Cette réponse fait référence à la désertification médicale qui sera abordé un peu plus loin dans ce chapitre. Une autre réponse a été « on devrait davantage informer que, dans le cas du cancer du sein, la mammographie n'est pas toujours suffisante ». Cette réponse évoque l'échographie, en effet, dans le cadre du dépistage du cancer du sein, il est désormais préconisé de compléter l'examen de la mammographie avec une échographie des seins et des aisselles afin de repérer d'éventuels nodules. Cet examen complémentaire a une prise en charge complexe dans le cadre du dépistage organisé, sa prise en charge financière peut être un frein supplémentaire au dépistage futur en cas de non remboursement, car la mammographie est un examen qui doit être renouvelé tous les 3 ans à partir d'un certain âge. Une autre question de mon questionnaire a été « Si vous avez déjà été confrontée ou êtes confrontée à un cancer gynécologique (corps de l'utérus, col de l'utérus, sein, ovaire), pensez-vous que le diagnostic aurait pu être plus précoce ? Si oui pour quelles raisons ? » Il y a deux réponses sur trois qui ont pu être analysées. Cette question a obtenu onze réponses, avec trois « oui », sept « ne sais pas » et un « non ».

Cette réponse suggère que les femmes interrogées n'ont pas une connaissance approfondie des diagnostics précoces qui peuvent être effectués dans le cadre des dépistages des cancers. Les deux réponses « oui » ont donné les précisions suivantes : « pré cancer dernier stade, si j'avais été plus suivie par une gynécologue « fixe », peut être le suivi aurait été plus régulier, il est très dur de trouver une bonne gynécologue de nos jours ». Cette réponse indique cette femme n'a pas effectué un suivi gynécologique régulier, il est difficile de savoir pourquoi, car il peut y avoir plusieurs raisons, mais une des causes évoquées par elle est la difficulté de n'avoir pas pu trouver un professionnel de santé de confiance, spécialiste dans ce domaine. La deuxième réponse obtenue est la suivante « dépistages réservés à des tranches d'âge, accès restreints à des plus jeunes, les médecins tablent sur des risques de cancers selon l'âge d'abord, les fameuses probabilités ont des raisonnements délétères ». Cette réponse est très critique sur les tranches d'âge qui sont mises en place lors de campagnes de dépistages organisées. C'est en quelque sorte la dénonciation d'une inégalité d'accès au dépistage en fonction de l'âge.

J'aurais aimé avoir plus de retour d'expériences des femmes ayant déjà eu un cancer ou ayant un cancer, j'ai contacté la Maison Rose à Paris qui est une association qui accueille les femmes touchées par un cancer mais je n'ai pas eu le temps imparti pour organiser des entretiens.

L'inégale représentation des cancers gynécologiques

Comme il a été mentionné dans la première partie de ce mémoire, lorsque j'ai fait une analyse comparée des différents P.R.S. accessibles sur les sites internet des A.R.S. de France (page 14), j'ai trouvé essentiellement des actions autour de ces deux campagnes de dépistage. Ainsi, comme l'illustre l'extrait du P.R.S. de la région Normandie en annexe 3, la part dominante donnée aux trois cancers ciblés par les campagnes nationales de dépistage organisé que sont les cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus. Les autres cancers gynécologiques tels que le cancer de l'endomètre, le cancer des ovaires, sont absents des actions de prévention de la plupart des P.R.S.

Pourtant selon les chiffres de l'O.M.S. ce sont également des cancers ayant une forte incidence et une grande mortalité. Toujours selon le tableau comparatif des P.R.S. que j'ai réalisé, après lecture des P.R.S. accessible sur les sites internet des A.R.S., j'ai constaté que seulement **deux** P.R.S. mentionnaient les autres cancers gynécologiques : la Corse et la région des Hauts de France, sur les 17 régions que compose la France. Quatre P.R.S. n'ont pas pu être analysés car l'accès au contenu détaillé n'était pas possible (Rhône Alpes, l'Occitanie, le Pays de Loire et la Réunion). Selon Madame X., coordinatrice des ateliers santé ville à Paris, lors de mon entretien du 19 avril 2021, les deux campagnes nationales de dépistage organisées s'adressent à des tranches d'âge différentes : la campagne du dépistage du cancer du sein s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans alors que le cancer du col de l'utérus s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans. Il faut savoir que le cancer du sein est un cancer hormonodépendant qui a plus de chances de survenir après la ménopause, alors que le cancer du col de l'utérus est surtout lié à une infection par le virus H.P.V. Cela explique peut-être la différence entre ces deux tranches d'âge.

Au cours de mon expérience au centre social, j'ai rencontré Mme U., habitante, qui avait 74 ans et qui était en rémission de son cancer du col de l'utérus, ainsi ce cancer ne peut pas être considéré comme inexistant, à partir d'une certaine tranche d'âge. J'avais également interviewé une autre habitante qui m'avait dit que vu son âge (elle avait plus de 60 ans), son médecin ne lui proposait plus d'effectuer un frottis, car elle n'avait plus d'activité sexuelle. Le frottis est l'examen médical de première intention dans le diagnostic du cancer du col de l'utérus, et le virus HPV peut se réveiller très tardivement dans l'organisme humain, parfois sur des périodes très longues, de plus de dix ans. Ainsi, même si cette habitante n'a plus d'activité sexuelle, elle a pu contracter le virus HPV au cours de sa vie, et avec son avancée dans l'âge, son système immunitaire peut paraître plus faible et une éventuelle infection par le H.P.V. ne peut pas être totalement écartée.

Lorsque l'on analyse la fiche de profil pays pour la France au sujet du cancer, établi par l'O.M.S. (cf. Annexe 9), on constate que les deux cancers gynécologiques avec le plus fort taux d'incidence en 2014, ce sont en première position le cancer du sein avec 54 245 cas en 2014

et en quatrième position le **cancer du corps de l'utérus** avec 6 852 cas en 2014. Le cancer du col de l'utérus ne figure pas dans le tableau des cinq cancers ayant le plus fort taux d'incidence en 2014. Il est intéressant de noter que le cancer du corps de l'utérus ne fait l'objet d'aucune campagne de dépistage associée alors qu'il s'agit du même organe du corps humain de la femme : l'utérus.

Pourquoi n'existe-t'il pas de lien entre ces deux cancers notamment lors du dépistage ? Il pourrait être intéressant et pertinent de lier les deux cancers lors du dépistage. Surtout que l'examen de diagnostic du cancer du corps de l'utérus est l'échographie pelvienne (cf. Annexe 10 et 11), et que cette échographie pelvienne permet également d'observer au cours de ce même examen, également un autre organe du corps humain féminin : les ovaires. Pour le cancer de la vulve, il n'y a aucune recommandation précise de dépistage émise par l'H.A.S.

B. Les actions politiques actuelles : les deux campagnes nationales de dépistage

L'I.N.C.A. coordonne actuellement deux grandes campagnes de dépistages organisées autour du cancer du sein depuis plusieurs années, et depuis 2018, le cancer du col de l'utérus. Ces campagnes consistent à envoyer des invitations gratuites par courrier aux femmes ayant atteint l'âge cible déterminé par la campagne pour réaliser des examens de dépistage. Sur le site de l'O.M.S.⁵, au niveau international, depuis août 2020, l'Assemblée mondiale de la Santé a également voté une nouvelle stratégie mondiale, très ambitieuse, autour de la volonté de faire disparaître complètement ce cancer, car le cancer du col de l'utérus est un cancer évitable lorsqu'il est diagnostiqué à temps. En France aussi, la campagne autour de la prévention du col de l'utérus est une campagne très récente qui est devenue officielle depuis 2018. Du fait de sa récente mise en œuvre, elle ne bénéficie pas de la même notoriété et de la même communication que celle du cancer du sein qui elle dispose, depuis plusieurs années, de son mois dédié « octobre rose » et de sa course à pied caritative « Odyssée ».

Campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus

Afin de mieux comprendre les inégalités d'accès au dépistage, j'ai consulté les données épidémiologiques disponibles sur le site internet Géodes. Géodes est l'observatoire cartographique des indicateurs épidémiologiques produits par Santé publique France. Ce site internet permet d'avoir accès à certaines données épidémiologiques sur le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus. Les autres cancers tels que le cancer du corps de l'endomètre et celui des ovaires ne sont pas représentés. D'après mon entretien du 21 mai 2021, avec Madame X. (cf. Annexe 6), chargée de mission à l'I.N.C.A., « Le cancer du col de l'utérus est peu fréquent car on a environ 3000 nouveaux cas par an et c'est surtout un cancer évitable,

⁵ O.M.S. Consulté le 02-05-21 à l'adresse suivante <https://www.who.int/fr/news-room/events/detail/2020/11/17/default-calendar/launch-of-the-global-strategy-to-accelerate-the-elimination-of-cervical-cancer>

aujourd'hui on a la vaccination anti HPV qui est efficace, on a aussi un test fiable pour le dépistage de ce cancer. Par contre on constate qu'en France, encore aujourd'hui, c'est un dépistage qui marqué par **des inégalités de recours**, c'est un des seuls cancers pour lequel on peut voir que le pronostic se dégrade avec un taux de survie à 5 ans, après le diagnostic, diagnostic qui est en diminution ces dernières années, avec des taux de dépistage qui étaient aux alentours de 60%, il y a juste 40% de femmes qui ne participent pas. C'est pour faire face à ces inégalités d'accès pour augmenter le taux de participation que l'on a décidé de mettre en place un programme de dépistage organisé. Il y a plusieurs textes en fait qui ont encadrés la mise en place de ce dépistage organisé. Il a été en fait inscrit dans un premier temps et c'est vraiment ça qui a amorcé son lancement, **dans le plan cancer 2014-2019**. C'est là qu'il apparaît pour la première fois dans ce plan, et en 2018, il y a un arrêté qui a été publié, dans le cahier des charges qui est annexé, et ce cahier des charges décrit les modalités d'organisation de ce programme. On a sur notre site, un nouvel arrêté paru très récemment, en fin d'année dernière, avec un nouveau cahier des charges qui lui vient modifier l'organisation du dépistage tel qu'il était jusqu'à très récemment avec l'arrivée d'un nouveau test et de deux stratégies différentes de dépistage pour les femmes. Avant 30 ans, on est sur l'ancien modèle, qui existe depuis 2018, et qui est le dépistage tous les 3 ans des femmes par cytologie, et maintenant depuis fin d'année dernière, les femmes de plus de 30 ans, on a changé de test, on est passé sur le test HPV, ce qui permet d'espacer les dépistages, puisque maintenant, c'est un dépistage qui a lieu tous les 5 ans, pour les femmes de plus de 30 ans ». Ainsi il existerait pour ce cancer de très fortes inégalités de recours. Elle précise également que « Les grands objectifs du programme c'est en fait de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col et d'atteindre au taux de participation qui soit de 80%, pour la population cible. Aujourd'hui on est à peu près aux alentours de 60%, l'idée c'est aussi de rendre ce dépistage plus accessible aux populations vulnérables, les plus éloignées du système de santé ». L'I.N.C.A. a intégré dans ses programmes d'action le constat des inégalités sociales de santé pour les femmes les plus vulnérables, mais ce constat ne permet pas forcément de mettre en place des mesures structurelles assez fortes pour permettre à ces femmes d'avoir accès aux soins et aux dépistages, car le problème majeur est que tant que ces femmes restent en situation de vulnérabilité, elles sont confrontées à des inégalités sociales de santé.

Taux de couverture du dépistage de cancer du col de l'utérus

Le taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus (2012-2017) par frottis cervico-utérin chez les femmes âgées de 25 à 65 ans pour la région Île de France s'élève à 52.2⁶ %, mais si on fait une analyse plus fine par région, on constate **des disparités régionales notamment pour les départements du Val d'Oise et de la Seine Saint Denis** qui disposent d'une couverture de dépistage pour ce cancer beaucoup plus faible.

⁶ Source : Géodes (www.geodes.santepubliquefrance.fr)

1 Taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin chez les femmes âgées de 25 à 65 ans standardisé sur l'âge (%) 2017-2019



Le taux de couverture est calculé par le rapport entre le nombre de femmes âgées de 25 à 65 ans, ayant eu un **remboursement pour au moins un frottis cervico-utérin**. Les estimations de population de femme sont basées sur les données de recensement de l'Insee. D'après les données du site Géodes, il est possible d'effectuer pour cet indicateur une répartition des données par âge. Avec les données récoltées sur le site de Géodes, j'ai pu établir un tableau comparatif par âge :

Tranche d'âge	Taux de couverture Île de France	Taux de couverture France entière	Ecart entre les deux taux de couverture
25-29	49,9	64,6	14,7
30-34	54,9	64,7	9,8
35-39	57	65,5	8,5
40-44	57,2	63,9	6,7
45-49	56,6	61,8	5,2
50-54	55,7	52,3	-3,4
55-59	48,9	47,2	-1,7
60-65	43,9	43,9	0

Comparaison du taux de couverture du dépistage du col de l'utérus⁷

Ce tableau semble indiquer que des écarts assez faibles existent entre la France et la région Île de France. On remarque que globalement pour la France et pour l'Île de France, les données affichent une tendance baissière lorsque la tranche d'âge augmente, surtout pour la tranche d'âge des 60-65 ans. **On ne dispose pas des données au-delà de 65 ans**, car la campagne cible la population de 25 à 65 ans. On remarque aussi que le taux de couverture pour la tranche d'âge en Île de France des 25-29 ans est assez faible également et se rapproche du taux de

⁷ Source : Géodes (www.geodes.santepubliquefrance.fr)

couverture de la tranche d'âge des 55-59 ans en Île de France. Ces résultats concordent avec la réponse de Madame X., à la question « pourquoi certaines femmes se font diagnostiquées tardivement ? » Madame X. a répondu « qu'aujourd'hui on a effectivement, plusieurs profils de non participantes. Majoritairement, on observe que parmi les femmes qui réalisent leur dépistage, on a un taux de participation chez les femmes les plus jeunes et **qu'on a une chute de la participation aux alentours plutôt de 50 ans**. Jusqu'à 50 ans, les femmes sont généralement assez observantes de leur suivi gynécologique, généralement, elles vont fréquemment consulter, notamment, pour la prescription de contraceptifs et que le dépistage est fait à cette occasion... A partir de 50 ans, les femmes ont tendance à moins consulter soit parce qu'elles sont ménopausées et qu'elles ne vont plus forcément chez leur gynécologue, elles ralentissent leur suivi gynécologique et par la même occasion, elles se font moins fréquemment dépistées et aussi, comme le cancer du col est lié à une infection HPV sexuellement transmissible, **il y a aussi beaucoup de femmes qui pensent qu'à l'arrêt des rapports, le dépistage n'est plus nécessaire, c'est effectivement une des raisons de la baisse de la participation à partir de cet âge** ».

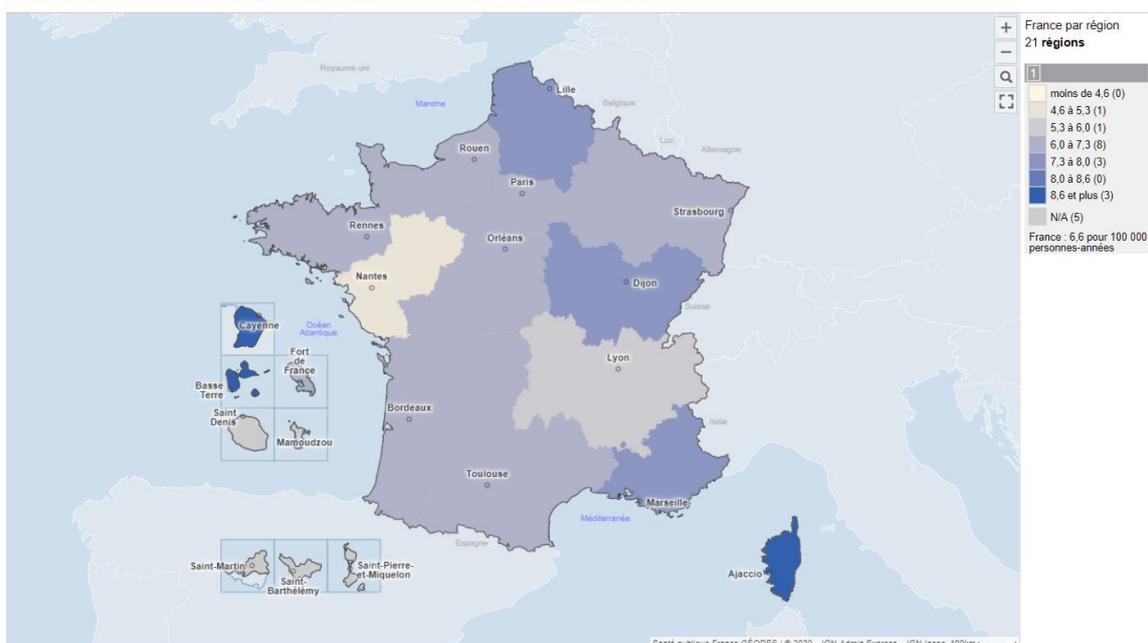
L'I.N.C.A. a constaté que l'avancé en âge favorise le diagnostic tardif, mais paradoxalement, elle propose un programme de dépistage organisé pour les femmes de 26 ans à 65 ans, alors que le programme de dépistage organisé du cancer du sein s'étend jusqu'à l'âge de 74 ans.

Taux d'incidence standardisé du cancer du col de l'utérus

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus en 2007-2016 est de 6.8⁸ pour 100 000 femmes en Île de France. C'est un taux calculé selon les prédictions d'incidence (données médico-administratives issues du SNDS et des données d'incidence issues des registres de cancers du réseau Francim). Quand on effectue une comparaison au niveau national, on s'aperçoit que la Guyane présente le plus fort taux d'incidence avec un taux de 22.5 pour 100 000 femmes. Vient ensuite en deuxième position, la Corse avec un taux de 9.2 et en troisième position la Guadeloupe avec un taux de 8.7. Ces données permettent de s'interroger sur les disparités régionales de dépistage. Selon la carte ci-après, on s'aperçoit des disparités régionales en fonction du nombre de femmes touchées par un cancer du col de l'utérus sur l'ensemble de la France, la Corse et les départements d'outre-mer. Il est intéressant de noter que l'incidence est très élevée pour deux îles. Pourquoi les différences entre la métropole et les îles sont si importantes ? Des inégalités d'accès aux soins seraient-elles également à l'origine de ces écarts ? La construction des politiques régionales de santé entre la métropole et les territoires d'outremer sont-elles identiques ? Il ne m'a pas été possible d'étudier cet axe de réflexion dans le cadre de mon mémoire, mais lorsque j'ai examiné les différents P.R.S., région par région, j'ai eu le sentiment que les P.R.S. des territoires d'outre-mer étaient moins détaillés, et les enjeux moins précis. Bien sûr, cet argument reste à vérifier avec des méthodes de recherche plus approfondies.

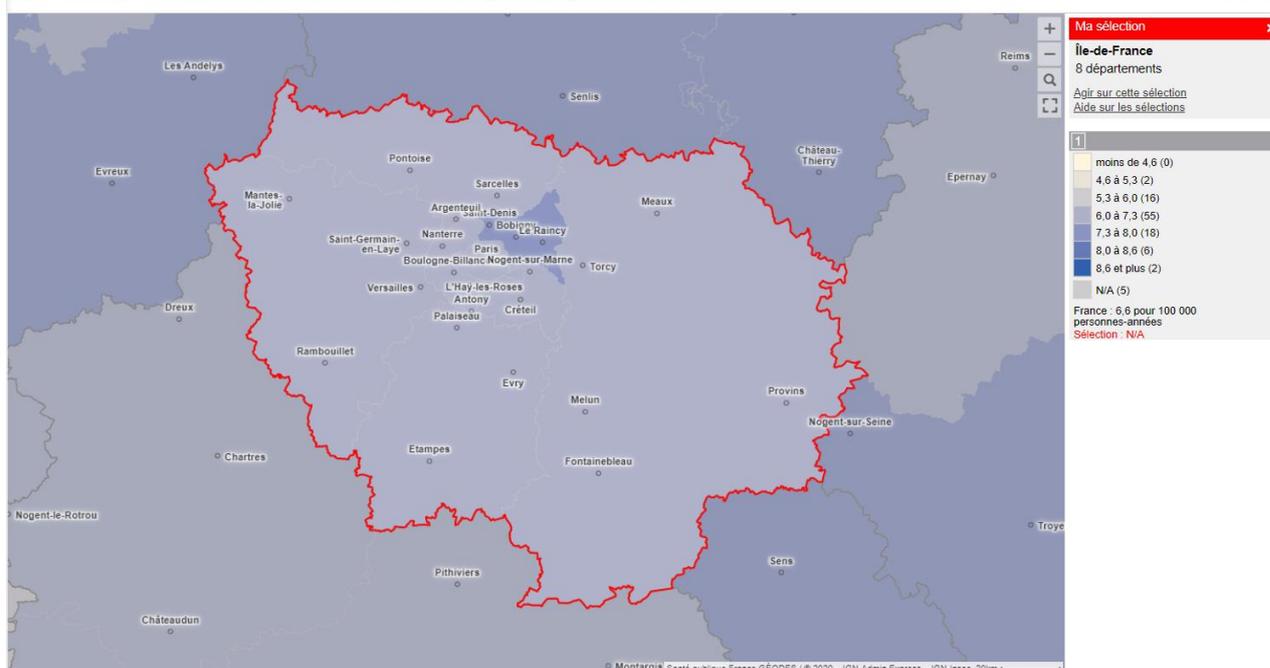
⁸ Source : Géodes (www.geodes.santepubliquefrance.fr)

1) Taux d'incidence standardisé lissé du cancer du col de l'utérus en 2007-2016 (pour 100 000 personnes-années)



1) Taux d'incidence standardisé lissé du cancer du col de l'utérus en 2007-2016 (pour 100 000 personnes-années)

ACTIONS ⚙

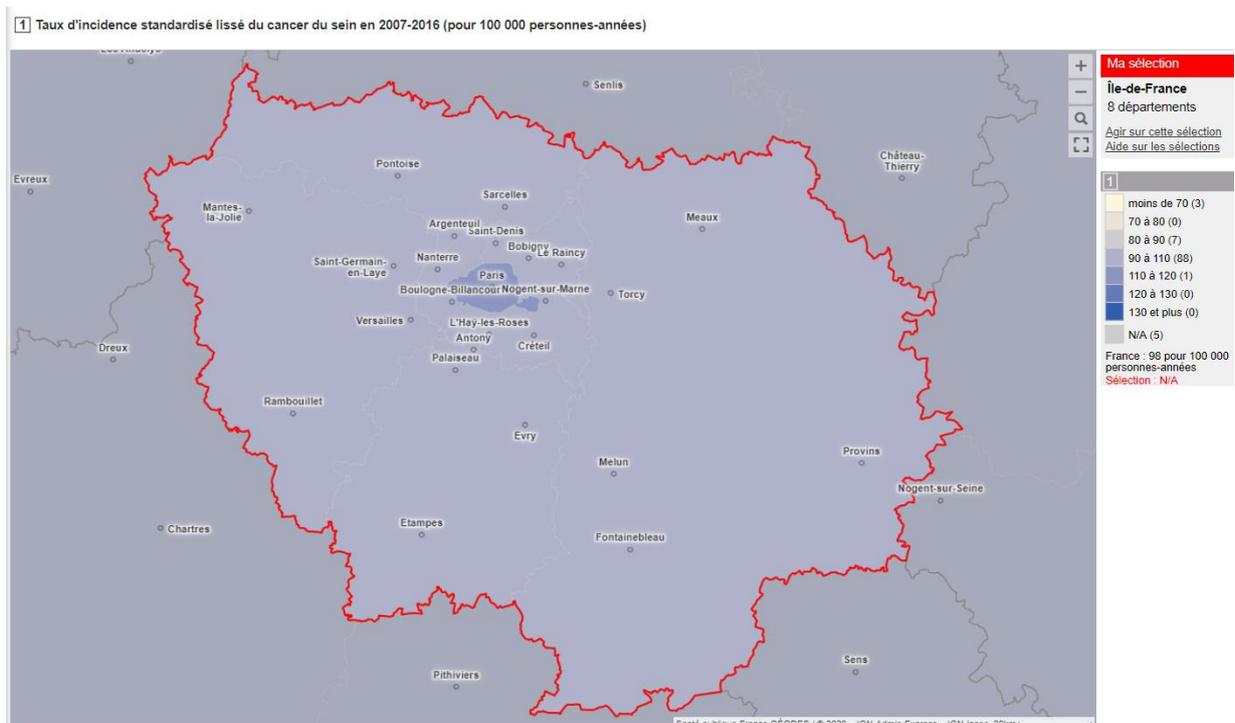


Lorsque l'on observe le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus au niveau régional de l'Île de France, on s'aperçoit que **c'est le département de la Seine Saint Denis que présente le taux d'incidence le plus élevé**, il s'élève à 7.3 pour 100 000 femmes. **C'est également le département qui est également le moins couvert par la campagne de dépistage, et aussi le département le plus pauvre de la région**). Madame Y. m'a confirmé lors de notre entretien du 19 avril 2021 que les gynécologues étaient peu présents sur ce territoire. Cela confirme notre hypothèse selon lequel il y a bien un lien de causalité entre la pauvreté et l'accès aux soins et au dépistage, et qu'il s'agit bien d'inégalités de recours et d'accès.

Il y a donc une corrélation réelle entre pauvreté et dépistage, et donc présence d'inégalités sociales d'accès aux soins et aux dépistages. La désertification médicale accentue également les inégalités sociales de santé déjà existantes.

Campagne de dépistage du cancer du sein

Contrairement au cancer du col de l'utérus, on observe très peu de disparités régionales sur le taux d'incidence, ce taux s'élève à 104⁹ pour 100 000 femmes pour la région Île de France. Par contre si on prend en compte un autre indicateur présent sur Geodes, à savoir le taux de mortalité pour 100 000 femmes, on s'aperçoit d'une différence régionale avec la région Hauts de France et la Normandie qui présentent toutes les deux, les taux de mortalité les plus élevés pour le cancer du sein. Il y a un taux de 22 pour la région Hauts de France, 17 pour la Normandie et 16 pour la région Île de France. Lorsqu'on analyse le taux d'incidence du cancer du sein dans la région Île de France, on s'aperçoit que les taux les plus élevés se situent à Paris, ville où la densité de la population est la plus forte.



J'ai réalisé une trame d'entretien pour un entretien avec Madame L., une chargée de mission spécialiste de la campagne du cancer du sein, à l'I.N.C.A. (cf. Annexe 6), j'ai convenu avec elle d'un retour écrit de ma trame d'entretien, retour que j'ai reçu le 26 mai 2021.

Je n'ai pas obtenu de réponses à mes trois premières questions : « Pouvez-vous m'expliquer comment le cancer du sein a été amené à faire l'objet d'une campagne nationale de dépistage ? Avez-vous des chiffres clés à me communiquer éventuellement ? Comment celle-ci s'organise ? Au niveau national ? Au niveau local ? Quel est la tranche d'âge des

⁹ Source : Géodes (www.geodes.santepubliquefrance.fr)

femmes concernée par la campagne ? Comment cette tranche d'âge est établie ? » Après consultation du site e-cancer.fr, j'ai trouvé que la tranche d'âge des femmes concernées par le dépistage se situe entre 50 et 74 ans.

Même si le dépistage organisé du cancer du sein s'arrête pour les femmes à 74 ans, le plan d'action¹⁰ pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein, publié en avril 2017 prévoit une vigilance et un suivi personnalisé chez les femmes à partir de 75 ans (page 13). Ce suivi, assuré par les médecins, va tenir compte « des recommandations de bonnes pratiques qui vont être actualisées par la H.A.S. ».

A la question « Quels sont, selon vous, les différents freins rencontrés par les femmes pour se faire dépister du cancer du sein ? » J'ai obtenu une réponse très complète et intéressante sur les inégalités sociales d'accès aux soins et aux dépistages des cancers.

« Les freins pouvant obstruer la participation au dépistage organisé du cancer du sein sont multiples : **la persistance d'inégalités sociales et territoriales** malgré l'attention particulière portée par l'institut sur ces deux points. (expérimentation de « mammobile », qui permettrait à terme de proposer un dépistage mobile pour les régions de France les plus isolées ou les plus touchées par les déserts médicaux et le manque de cabinets de radiologies.) Concernant les inégalités sociales (accès à l'information, simplification des messages de prévention, etc.) ; il s'agit là aussi d'un point d'attention. Les documents d'information à destination du grand public sont en cours de rénovation, afin d'être plus accessible (méthodologie du « facile à lire facile à comprendre »). La traduction en créole des campagnes de prévention a aussi été réalisée cette année pour l'ensemble des territoires d'outre-mer. Enfin, **il persiste des freins liés aux représentations sociales et aux craintes des femmes** (douleur de la mammographie ; peur du résultat ; manque d'information générale sur le fonctionnement du dépistage organisé (ne savent pas toujours que la prise en charge est à 100% pour toutes par exemple). » Les propos de Madame L. confirment bien la présence d'inégalités territoriales de santé très fortes autour du cancer du sein. On note que l'I.N.C.A. par des projets comme la « mammobile » souhaite réduire ces inégalités en rapprochant le soin vers les femmes en situation de vulnérabilité sociale importante.

Pour conclure cette partie, l'analyse des données Géodes, et le retour de ma trame d'entretien à Madame L., m'ont permis d'établir l'existence d'inégalités territoriales de santé importantes pour le cancer du sein et pour le cancer du col de l'utérus (disparités importantes avec le département de la Seine Saint Denis). J'aurais bien aimé étendre ma recherche aux autres cancers gynécologiques (ovaires, endomètre, vulve, ...) mais je n'ai pas réussi à avoir un accès aux données. J'ai essayé de contacter le C.R.D.C. en Île de France, mais je n'ai à ce jour reçue aucune réponse. Il ne m'a donc pas été possible d'obtenir des données plus précises sur les autres cancers gynécologiques sur le territoire de l'Île de France.

¹⁰ Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein, publié en avril 2017 consulté le 26-05-21 à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>

C. Les multiples inégalités d'accès aux soins et aux dépistages

Déjà en 2010, date de création des A.R.S., des études apparaissaient sur le constat des inégalités sociales de santé. Le sociologue Pierre Aïach avait déjà affirmé que « le cancer est au cœur des inégalités de santé » (Pierre Aïach, 2010 : 205). Brigitte Dormont, professeur à Paris School of Economics, explique, dans un entretien retranscrit dans la revue *Economie politique* n°80, en 2018, (page 8), « qu'en France, dans l'ensemble, la qualité de la technique des soins est excellente. En revanche, les inégalités sociales de santé sont plutôt élevées qu'ailleurs ». Ainsi, les inégalités sociales de santé, et celles liées aux cancers sont des enjeux de santé importants.

La vulnérabilité sociale

Le fait d'être en situation de vulnérabilité sociale est un facteur aggravant de risque. En effet, les femmes en situation sociale précaire ont un taux de non-participation au dépistage plus important que les femmes issues de catégories sociales supérieures, avec de bonnes conditions de vie. Ce constat m'avait été confirmé lors d'un entretien que j'avais effectué avec un médecin généraliste à Asnières sur Seine en janvier 2020, lors de mon stage de licence. Elle travaillait au sein du centre de santé depuis plusieurs mois, et elle avait constaté que les femmes avec des revenus plus élevés rencontraient moins de difficulté pour prendre un rendez-vous. Elles savaient déjà avec quel médecin spécialiste prendre un rendez-vous, et elles prenaient le rendez-vous-même si celui-ci était plus coûteux et qui n'était pas totalement pris en charge par l'assurance maladie (dépassement d'honoraires par exemple). Dans un rapport de l'I.N.C.A. Etude médico-économique phase1 sur la généralisation du cancer du col de l'utérus, (page 19), le critère de la vulnérabilité chez les femmes a été pris en compte dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, avec notamment des facteurs socio-économiques indicateurs de précarité sociale : le chômage, un niveau d'étude bas, avoir des faibles revenus, résidé dans un quartier défavorisé, ...

Lorsque j'ai participé en octobre 2019, à la manifestation « Belleville en rose » pour le dépistage du cancer du sein dans le cadre du programme national d'octobre rose, dans le quartier de Belleville à Paris, j'ai rencontré une habitante du quartier, une femme qui m'a fait part de ses difficultés à obtenir un rendez-vous chez un médecin malgré sa douleur persistante sous le bras, la barrière de la langue et ses faibles revenus ne lui permettait d'avoir accès au dépistage.

Madame Y., coordinatrice des A.S.V. dans un arrondissement de Paris m'a accordé un entretien le 19 avril 2021. Elle m'a expliqué qu'après des années d'expérience dans le département des Hauts de Seine et à Paris qu'elle pense que le « soin doit venir aux personnes ». Selon elle, il existe de nombreux problèmes d'accessibilité aux soins. Il y a des problèmes d'accessibilité physique, les structures sont installées loin du domicile des personnes, il y a des difficultés d'accès à cause des transports. Mais il y a aussi des problèmes d'accessibilité financière : certains soins sont très coûteux pour des personnes ayant des difficultés financières. Elle a également évoqué la dimension culturelle qui intervenait

également. En effet, lors de son expérience passée, elle avait réalisé une plaquette d'informations préventive avec les habitantes car elle avait constaté que ces dernières ne se sentaient pas représentées dans les campagnes publicitaires de prévention contre le cancer, comme par exemple, le fait de s'identifier à une femme de confession religieuse différente. Elles avaient des difficultés à s'identifier à une autre femme éloignée de sa propre image, elles ne se sentaient donc pas concernées par la campagne de dépistage. Ainsi tous ces retours d'expérience, ainsi que les constats des chercheurs s'accordent à dire que les inégalités sociales de santé pour les cancers existent et sont très importantes.

Les catégories sociales les moins favorisées ont moins recours au médecin et y recourent plus tard. **Pour ces catégories, le diagnostic des cancers est plus tardif, et cette prise en charge différée diminue les chances de survie** ». Les inégalités sociales de santé face au cancer sont de plusieurs types, elles se cumulent également entre elles.

Les personnes appartenant à des milieux défavorisés ne bénéficient pas du même accès aux soins, pourtant ce sont des ressortissants comme les autres, ils devraient avoir accès aux soins de la même façon que les autres catégories sociales, et ne pas subir le non-recours aux soins. Du fait de ces difficultés d'accès, ils sont confrontés à des ruptures du parcours de soins. L'A.R.S. de la région Bourgogne France Comté, a inséré dans son P.R.S. un exemple illustré de toutes les ruptures de parcours de soins qui peuvent intervenir pour les personnes atteintes du cancer (cf. Annexe 8).

L'A.R.S. en a identifié **sept points de rupture** au total ce qui est un chiffre assez élevé. Les ruptures du parcours de soins qui ont été identifiés sont : une problématique d'adéquation des actions de prévention, des inégalités d'accès au dépistage sur l'ensemble de la région, des difficultés d'accès à une offre de soins de proximité liées à une démographie médicale non favorable, un point de rupture dans la prise en charge des populations vieillissantes, une problématique de prise en charge des coûts de transports pour les patients, des difficultés d'accès des patients aux protocoles de recherche technique, et un manque de coordination entre les différents acteurs dans le suivi des patients.

Tous ces points de rupture sont transférables à de nombreuses autres régions, même si ces points de rupture n'ont pas été identifiés par les autres A.R.S. Ces points de rupture ont été également évoqués tout au long de mon mémoire, par différents retours d'expérience. Il est également clairement établi qu'il existe un lien entre vulnérabilité sociale et diagnostic tardif, en effet, des difficultés d'accès aux soins avec des points de rupture de parcours de soins favorisent les diagnostics tardifs (Derbez, Rollin, 2016 : 55).

L'échographie mammaire : un frein pour les futurs dépistages

Madame Y., coordinatrice A.S.V. à Paris, m'a fait part d'un constat lors de notre entretien du 19 avril 2021. En effet, elle m'a expliqué une des faiblesses du dispositif de prise en charge du dépistage organisé du cancer du sein. Ainsi, selon elle, il existe un problème lors de la prise en charge financière du coût de la mammographie, car celle-ci s'accompagne parfois d'un examen complémentaire, une échographie qui elle n'est pas prise en charge financièrement.

Ce surcoût financier, pour les femmes les plus vulnérables est important, et cela peut contraindre à abandonner le dépistage. Dans le retour de l'entretien écrit avec Madame L., à la question « Pensez-vous qu'il existe un frein au dépistage par rapport au coût de l'échographie qui accompagne la mammographie et dont la prise en charge est peut-être difficile à comprendre ? » J'ai obtenu la réponse suivante : « L'échographie est désormais réalisée, dans le cadre du dépistage organisé, avec un tarif opposable supprimant la possibilité de dépassements d'honoraires, par avenant conventionnel. La seule différence avec la prise en charge à 100% de la mammographie de dépistage est l'avance de frais, quand cela est requis. Pour certaines personnes en difficultés financières, l'avance de frais ne leur est pas possible. **Bien qu'il existe des moyens permettant de s'en affranchir (CMU, carte « avance santé », etc.), certains n'en sont pas équipés ou ne savent pas qu'ils peuvent en bénéficier.** Dans ces cas précis, l'avance de frais peut constituer un frein au soin, même lorsque l'examen est remboursé a posteriori ». Cette réponse exprime bien le problème de ce surcoût financier évoqué précédemment dans la prise en charge financière du dépistage du cancer du sein.

Le problème de l'accès à l'I.R.M. et à la mammographie

Mais, le diagnostic des cancers est essentiellement basé sur le recours à des examens réalisés par des appareils d'imagerie médicale de haute technologie comme les I.R.M. et la mammographie.

Comme l'indique le P.R.S. de la région Normandie (cf. Annexe 7), il existe également des disparités régionales au niveau des équipements d'imagerie médicale sur les différents territoires. Le délai d'accès à certains examens d'imagerie médicales sont allongés, ce qui entraînent également des retards de diagnostic. Cette difficulté est précisée à la page 7 et 8 du Rapport de synthèse de l'évaluation du troisième plan cancer¹¹ où il est stipulé, page 7, « qu'il a des raisons de penser que les inégalités se sont aggravées » et que, page 8, « la situation s'est même détériorée ».

Ce problème a également été mentionné par Madame L., chargé de missions à l'I.N.C.A., ainsi à la question « Pensez-vous qu'il existe des disparités régionales concernant l'équipement en imagerie médicale sur le territoire national ? », la réponse a été « Oui, malheureusement. Il existe des territoires pauvrement dotés en moyens humains et/ou matériels. Cette lutte a toujours fait parties des priorités dans les précédents plans cancers. L'I.N.C.A. a aussi financé des projets expérimentaux ».

Les problèmes d'accès aux soins et aux consultations liées à l'équipement médical sur les territoires existent et entraînent des diagnostics tardifs. Or on sait que dans le cas du cancer, un diagnostic tardif peut avoir des conséquences dramatiques sur le pronostic vital des individus. Ainsi, **réduire ces disparités d'équipement est un enjeu majeur de politique de santé.** Mais la prise en compte de façon uniforme sur l'ensemble des territoires de cet enjeu

¹¹ Rapport de synthèse Evaluation du troisième plan cancer 2014-2019 IGAS N°2019-104R/ IGESR N°2020-103, consulté le 6 mai 2021 à l'adresse suivante : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-104r_synthese_d.pdf

de santé n'est pas garantie, car d'après mon analyse des différents P.R.S., cette problématique n'a été évoquée avec précision que dans le P.R.S. de la région Normandie. On peut donc s'interroger sur la coordination des différentes politiques régionales de santé entre elles et comment ces questions politiques font l'objet d'une hiérarchisation et d'une coordination entre elles afin d'être en concordance avec la politique nationale de santé émise par l'Etat centralisé. Les politiques de santé publique suivent une démarche rationnelle (Loriol, 2002 : 103), selon un modèle de management technocratique propre aux institutions publiques. Mais, cette approche technocratique, trop éloignée du terrain, et peu flexible, peut s'éloigner des besoins réels des ressortissants, et ne pas intervenir assez sur les réelles problématiques de terrain et ainsi faire perdurer des difficultés d'accès à un parcours de soin complet et sans rupture.

Le facteur de l'âge : être une femme de plus de 50 ans

Dans un rapport de l'I.N.C.A. Etude médico-économique phase1 sur la généralisation du cancer du col de l'utérus, (page 19), il a été mis en évidence qu'être une femme âgée de plus de 50 ans était un facteur de non-participation aux campagnes de dépistage.

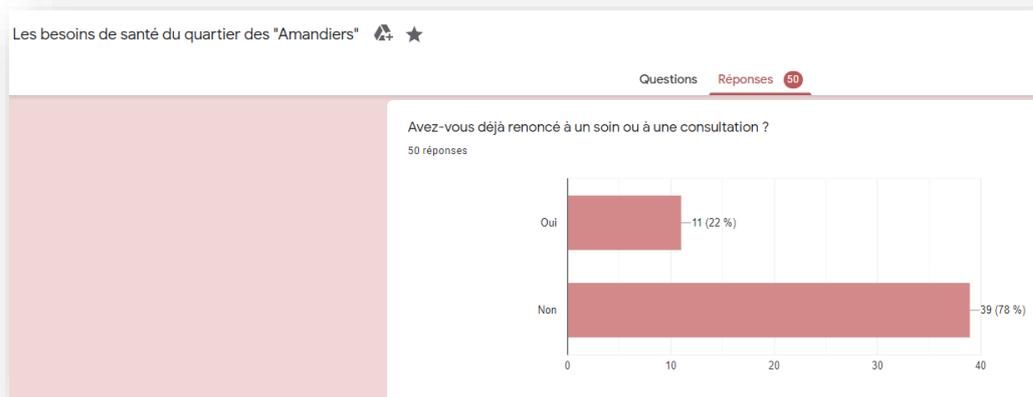
Ainsi selon plusieurs études (page 18), et l'entretien réalisé avec Madame Y., à l'I.N.C.A., l'avancée en âge est un facteur de non-participation. En effet, comme cela a déjà été évoqué à la page 23, les femmes abandonnent au cours de leur vie, leur suivi gynécologique, pour plusieurs raisons, elles n'en comprennent pas l'utilité, elles pensent qu'elles n'en ont plus besoin car elles sont ménopausées et elles n'ont plus besoin de contraceptifs, ...

Les pratiques médicales influencent également la prise de décision des femmes. Ainsi, le fait de ne pas être satisfaite d'un médecin et, dans un contexte de désertification médicale, ne pas chercher à le remplacer par un autre, se traduit par un abandon des soins mais également un abandon du dépistage. Cette diversité des pratiques médicales sur les territoires contribue à pérenniser ces problématiques de santé et le recours tardif au dépistage.

D. Approche approfondie du non recours aux soins

Les inégalités sociales de santé sont étroitement liées au non recours aux soins. Lors de mon expérience professionnelle dans un centre social parisien en 2019, j'avais déjà constaté lors de mon questionnaire sur les besoins de santé des habitants du quartier des Amandiers à Paris que le renoncement aux soins était déjà présent. Ce quartier est situé dans le 20^{ème} Arrondissement de Paris, dont une partie est composé d'un quartier défavorisé, classé en zone politique de la ville (où les revenus par habitant sont très bas comparés au reste du territoire).

En effet, sur cinquante habitants interrogés, il y avait onze personnes qui avaient déjà renoncé à un soin ou à une consultation. C'est un chiffre assez important, et cela évoque bien la notion de renoncement aux soins.



Extrait du Questionnaire 2019 auprès des habitants dans le quartier des « Amandiers »

Le non-recours aux soins est une notion complexe, multifactorielle. Elle englobe une multitude de notions sous-jacentes très subtiles. Ainsi, Le non recours peut être classé selon la typologie suivante (Revil Héléna, Warin Philippe Warin, 2019 :399) : la non-reconnaissance, la non-orientation, la non-proposition, la non-réception et la non-demande. Cette typologie du non-recours s'applique à notre étude de cas, la lutte des cancers gynécologiques en Île de France.

La non-reconnaissance est le fait pour les ressortissants de ne pas avoir connaissance de l'offre de soins ou des campagnes de dépistages organisées. Ainsi, les femmes les plus vulnérables qui sont éloignées du parcours de soins du fait de leur situation précaire sociale, n'ont pas connaissance par exemple, du lieu d'exercice des médecins spécialistes comme les gynécologues, elles peuvent également ne pas savoir quel type de spécialiste consulté entre une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste.

La non-orientation est le fait pour les ressortissants de ne pas être guidés dans leur accès aux droits de la santé. Ainsi, personne ne va être en mesure de les guider pour accéder à cette offre de soins ou de dépistage. Par exemple, une femme peut savoir qu'il existe un dépistage organisé du cancer du sein, mais elle ne sait pas comment prendre rendez-vous pour la mammographie car elle ne sait ni lire ni écrire. La non-proposition dans notre cas va surtout être rapprochée de la désertification médicale et de la pénurie des outils de diagnostic comme l'I.R.M. ou la mammographie, par exemple, dans une commune rurale, l'accès aux médecins et aux machines de diagnostic est difficile (délais de rendez-vous longs sur plus de six mois, nécessité de se déplacer assez loin avec un véhicule pour trouver un centre I.R.M., ...).

La non-réception et la non-demande se réalisent quand l'accès aux soins ou aux dépistages est portée à la connaissance des ressortissants mais que cet accès n'est pas utilisé et n'est pas demandé, par peur du diagnostic par exemple, ou pour des raisons culturelles ou religieuses avec par exemple la peur de se déshabiller devant un homme gynécologue quand on est une jeune fille. Ainsi, les multiples facettes qui composent la notion du non-recours pour les ressortissants de la politique publique de santé sont vérifiables et effectives dans notre thématique sur la lutte pour l'accès aux soins et aux dépistages. Les ressortissants de ces

politiques publiques, c'est-à-dire les individus ou groupes pour lesquelles les politiques sont construites, n'ont pas la possibilité de s'exprimer face à l'action publique qui est mise en place.

Les politiques publiques de santé sont élaborées sans que celles-ci apportent des modifications structurelles importantes. Elles ne permettent pas de réduire véritablement les « conditions économiques et sociales à l'origine des problèmes de santé » (Bergeron, Castel, 2018 :416). Elles sont construites pour agir sur le comportement des ressortissants et les responsabiliser face à certains comportements à risque, mais elles n'agissent pas directement sur les inégalités sociales auxquelles elles sont confrontées.

E. L'impact de la pandémie du Covid sur les actions de dépistage

Outre tous les freins de non recours, s'ajouté également les effets du contexte actuel de la pandémie du Covid-19. Madame Y., coordinatrice Atelier Santé Ville à la mairie de Paris, lors de notre entretien du 19 avril 2021, m'a fait part de son constat sur le fait qu'une grande partie des actions de prévention auprès du cancer ont été annulées ou reportées à cause de l'apparition de la pandémie, à la mi-mars 2020. Cette idée est également clairement exprimée dans la revue du bulletin du cancer de juin 2020 à la page 621. En effet, des nouvelles recommandations d'urgence ont été prise mi -mars 2020. Une priorisation des soins a été opérée, avec notamment la fermeture des blocs opératoires, un arrêt du dépistage systématique du cancer du sein et un arrêt ou un report des consultations en oncologie. Par exemple, à l'institut Curie, il y a eu une baisse de 34% du nombre de premières consultations pour un premier cancer, en comparaison avec les chiffres de 2019 et de mars et avril 2020.

ACTUALISATION - EPIDÉMIE COVID-19 (MISE À JOUR DU 15/04/2020)

Durant la période de confinement, faut-il réaliser les examens de dépistage des cancers (du sein, du côlon, du rectum, du col de l'utérus) ?

Les programmes nationaux de dépistage des cancers (dépistage des cancers du sein, du colon et du rectum et du col de l'utérus), qui s'adressent aux personnes asymptomatiques, **sont temporairement suspendus, notamment l'envoi des invitations.**

De manière générale, les démarches de dépistage des cancers doivent être considérées comme **non prioritaires** au regard du risque d'exposition et de dissémination du Coronavirus COVID-19 et des mesures de confinement en vigueur.

Source Site internet de l'I.N.C.A. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce> (Consulté le 5 mai 2021)

Un extrait de l'entretien de Madame L. à la réponse à la question « Pensez-vous que l'épidémie de Covid a eu un impact sur le dépistage et la prévention du cancer du sein ? Avez-vous des chiffres comparatifs sur 2 ans à me communiquer éventuellement ? » permet également de confirmer ce recul des dépistages. La réponse a été la suivante : « Oui, l'épidémie de covid a eu un impact fort sur la campagne de dépistage du cancer du sein puisque l'activité des centres régionaux de coordination de dépistage des cancers ont été pour la plupart complètement interrompue lors **du 1^{er} confinement**. Aucun bilan institutionnel n'a encore été réalisé (que ce soit côté Santé Publique France, Ministère, A.R.S. ou I.N.C.A.), mais des estimations ont pu statuer sur une diminution de presque de moitié du nombre de mammographies réalisées au cours de l'année 2020. Les chiffres officiels du taux de participation n'ont pas encore été publiés ».

D'après les premières estimations des experts, « *Les premières projections mathématiques dont on dispose indiquent que l'augmentation de la mortalité par cancer du sein se situera entre 1 et 5% dans les 10 ans qui viennent* » explique Nancy Abou-Zeid, directrice scientifique de la fondation ARC pour la recherche contre le cancer¹².

F. L'impact de la désertification médicale

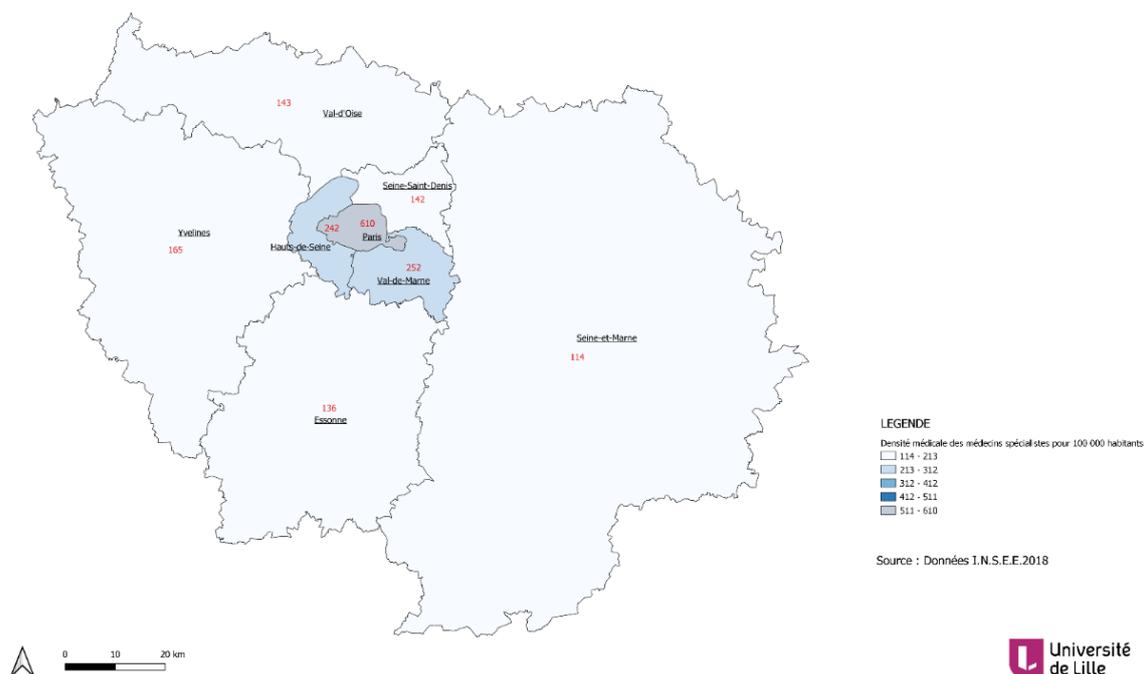
Le cancer est une maladie difficile à guérir, elle nécessite des soins et des consultations particulières. Son dépistage est également particulier avec le recours à des machines de haute technologie. Le dépistage et la prévention des cancers passent par l'accès aux soins et notamment par les consultations médicales auprès des médecins, médecins généralistes et spécialistes. Or, il existe des inégalités d'accès au dépistage mais également **des inégalités d'accès à l'innovation thérapeutique**. En effet, les disparités d'équipements médicaux sur un territoire, comme expliqué précédemment, mais également le nombre de médecins spécialistes en exercice sur un territoire ou la présence d'un service d'oncologie à proximité du domicile des patients vont influencer la qualité de la prise en charge de manière et donc le pronostic vital, de manière significative. J'ai centré mon étude sur la région Île de France, mais il existe également des inégalités territoriales liées à la désertification médicale au niveau national.

La désertification médicale en Île de France

En Île de France, les disparités médicales sont très fortes. La carte ci-dessous présente les disparités régionales de la répartition du nombre de médecins spécialistes en Île de France, toutes spécialités médicales confondues.

¹² Extrait consulté le 26-05-21 à l'adresse suivante : https://www.allodocteurs.fr/maladies/cancer/cancer-du-sein/cancer-du-sein-continuer-a-se-faire-depister-malgre-le-covid_30024.html

Densité médicale des médecins spécialistes pour 100 000 habitants dans la région Ile de France en 2018



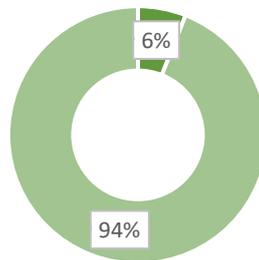
Il apparaît que les départements les mieux dotés sont Paris, Les Hauts de Seine et le Val de Marne. Le département de la Seine Saint Denis qui est un département limitrophe de la capitale présente le nombre le plus faible de médecins de tous les départements limitrophes à Paris. Ces chiffres sont en concordance avec les chiffres du taux d'incidence du cancer du col de l'utérus (page 25), ce qui est cohérent car ce département est le moins bien doté en médecins spécialistes comme les gynécologues. Les gynécologues sont les principaux acteurs du premier diagnostic du cancer du col de l'utérus, car c'est eux qui réalisent l'examen permettant de détecter ce cancer.

Les médecins spécialistes en gynécologie peu représentés

Quand on examine, le nombre de médecins spécialistes en gynécologie, on s'aperçoit d'abord la part très faible des médecins spécialistes par rapports aux médecins généralistes. Et quand on affine l'analyse sur uniquement les médecins spécialistes, on constate que la discipline de gynécologie est très peu représentée. En effet, selon les chiffres disponibles sur le site de la D.R.E.S.S, il apparaît clairement que la spécialité de gynécologie est une spécialité médicale sous représentée par rapport aux autres spécialités médicales, de l'ordre de 6% en 2018.

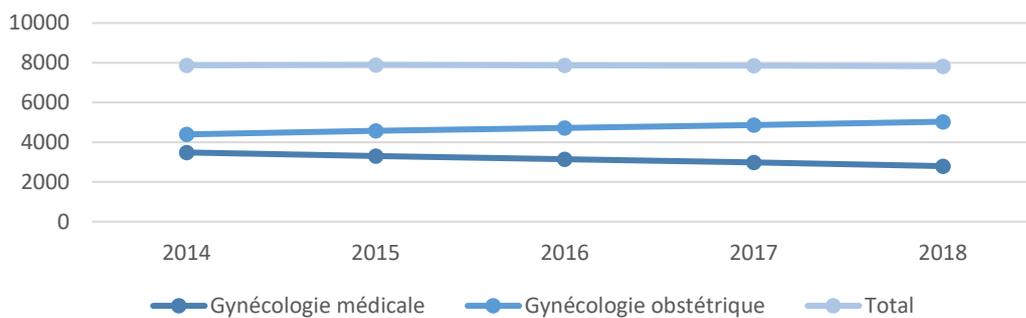
Ainsi, selon ces mêmes données, quand on compare l'évolution du nombre de médecins spécialistes sur cinq ans, on s'aperçoit que l'évolution du nombre de médecins est très stable et en tendance baissière pour la gynécologie médicale, discipline prioritaire pour le dépistage des cancers.

% des médecins spécialisés en gynécologie en 2018 (Source : data.drees.sante.gouv.fr)



■ Médecins spécialisés gynécologie ■ Médecins autres spécialités

Evolution du nombre de médecins spécialistes en gynécologie sur 5 ans (Source : data.drees.sante.gouv.fr)



De plus, l'exercice de cette discipline est complexe car elle est partagée entre plusieurs professionnels de santé comme les sages-femmes qui sont spécialisées dans le suivi de la grossesse et les médecins généralistes qui peuvent également faire des prescriptions médicales en lien avec la gynécologie. La diversité des pratiques médicales autour de cette discipline médicale peut entraîner une certaine confusion des rôles, au niveau des patientes, et dans le cadre du dépistage cette confusion peut avoir des effets pervers. En effet, une patiente déjà suivie par une sage-femme par exemple peut avoir tendance à abandonner son suivi gynécologique régulier, car elle se dit que sa grossesse est terminée et qu'il n'y a plus besoin de continuer à se faire suivre.

Pour résoudre la désertification médicale, il pourrait être facile de se dire qu'il faut simplement augmenter le nombre de médecins en exercice sur le territoire, mais c'est loin d'être aussi simple. En effet, le fait d'augmenter le *numerus clausus* (nombre maximal d'étudiants qui peuvent s'inscrire en première année du premier cycle des études médicales ou odontologiques) ne va pas permettre de diminuer la désertification médicale et la répartition géographique des médecins sur le territoire (Dormont, 2018 : 12). Les médecins vont continuer de vouloir s'installer dans des zones attractives pour s'assurer une patientèle régulière et fidèle.

Ainsi, comme l'évoque Brigitte Dormant, dans son article dans la revue L'économie politique, page 12, il y aurait peut-être nécessité de développer une nouvelle politique publique de soutien à l'installation des nouveaux médecins dans les régions les plus défavorisées, afin de lutter contre la désertification médicale.

III. Conclusion

D'après l'O.M.S., le cancer est la deuxième cause de décès dans le monde¹³, il fait environ 10 millions de morts par an. Ainsi, les actions de santé publique à travers la promotion de la santé pour favoriser les diagnostics précoces sont des actions de santé publiques primordiales à mettre en œuvre par les acteurs étatiques pour protéger la santé de leurs ressortissants. Avec le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie, le cancer est une maladie qui va continuer de croître dans les années à venir.

A l'échelle nationale, la politique nationale de lutte contre le cancer avec le déploiement successif des trois plans cancer mis en place depuis 2003 n'a pas permis de réduire efficacement les inégalités territoriales sociales de santé dans les territoires, notamment les inégalités d'accès aux soins (imagerie médicales, consultations spécialisées en gynécologie, désertification médicales) et aux dépistages. Pourtant ces inégalités d'accès jouent un rôle important dans les chances de guérison des malades. En effet, le diagnostic tardif est associé, dans le cas du cancer à des chances de guérison plus faibles.

Le H.C.S.P., lors de l'évaluation à mi-parcours du deuxième plan cancer 2009-2013, a signalé le fait que les inégalités de santé ne faisaient pas assez l'objet d'une surveillance approfondie (Buzyn A. 2017 : 55). Ainsi, **le diagnostic du territoire et l'évaluation des besoins** de la population seraient des leviers qui pourraient mobilisés par l'action publique pour réduire efficacement les inégalités sociales de santé de manière générale, mais également pour celles qui font l'objet de mon étude ici, celles liées à la maladie du cancer.

La nouvelle stratégie décennale mise en place par Emmanuel Macron, en février 2021, va-t-elle enfin permettre de réduire les inégalités, de manière durable et optimale ? D'après les résultats évoqués dans le cadre de ce mémoire, on constate un certain nombre de points critiques actuels de la mise en œuvre des politiques de prévention et de dépistage des cancers gynécologiques chez la femme. Déjà, l'analyse des contenus des différentes politiques régionales à travers une étude comparée des P.R.S. n'a pas permis de mettre en évidence une coordination des actions entre les A.R.S. et les politiques de lutte contre le cancer pilotées par l'I.N.C.A. La très faible représentation des cancers gynécologiques dans les contenus des P.R.S. permettent de confirmer cette affirmation. Pourtant les A.R.S. organes déconcentrés de l'Etat mettent en œuvre directement la politique nationale de santé. Une autre critique qui pourrait être émise est que la majorité des politiques publiques de santé axées sur la prévention et le

¹³ O.M.S. Principaux faits du cancer consulté le 6 mai 2021 à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

dépistage pour les cancers gynécologiques sont ciblées uniquement sur deux cancers celui du sein et celui du cancer du col de l'utérus. Bien que le cancer du sein soit celui le plus meurtrier et ayant le taux d'incidence le plus élevé, et que celui du cancer du col de l'utérus est totalement évitable, cela ne veut pas dire que la prévention pour les autres cancers gynécologiques comme celui des ovaires, du corps de l'utérus ou même de la vulve doivent être totalement invisibilisés.

Et pourtant, dans la réalité des pratiques médicales, c'est ce constat qui apparaît, les deux autres cancers également très meurtriers que sont le cancer des ovaires et le cancer du corps de l'utérus ne sont pas assez pris en compte dans les campagnes de prévention et de dépistage et dans les orientations prédéfinies et fixées par les plans cancers. Pourtant, une simple homogénéisation du dépistage, avec par exemple, la prescription d'une échographie pelvienne à partir de la préménopause permettrait également de dépister ces cancers, car cet examen est l'examen de première intention dans le diagnostic de ces deux cancers (cf. Annexe 10 et 11). Il y a un phénomène de déni d'agenda qui apparaît au niveau de la construction des enjeux de santé et une priorisation des actions pour certains cancers par rapport à d'autres. Cette priorisation est-elle la résultante d'un problème d'évaluation de la situation sanitaire ou une volonté politique clairement établie ? Le cancer du corps de l'utérus est également un cancer très meurtrier, il est, selon l'O.M.S. le 8^{ème} cancer le plus meurtrier en 2021. Au cours des rares entretiens que j'ai pu obtenir, je n'ai pas pu répondre plus précisément à cette question. Peut-être que la complexité du processus décisionnel qui est mis en place dans la construction de la politique de santé, avec notamment une pluralité d'acteurs, avec des jeux d'intérêts divergents, conduit à faire une priorisation de certains axes dominants de prévention. Ces politiques de prévention semblent également bénéficier d'une certaine acceptabilité sociale, du fait qu'elles reposent sur des données scientifiques, elles font difficilement l'objet d'une remise en cause de la part des acteurs qui la construisent mais également de la part des ressortissants eux-mêmes.

Ce consensus entre tous les acteurs ne permet pas finalement de se focaliser sur le « pourquoi des objectifs » des politiques mises en place. Par exemple, à l'heure actuelle, les acteurs ne s'interrogent pas sur la pertinence de combiner plusieurs dépistages en un seul, il a été établi qu'il y aurait deux campagnes distinctes avec des tranches d'âge différentes pour le dépistage de seulement deux cancers gynécologiques.

Les politiques publiques de prévention et de dépistage des cancers gynécologiques ne ciblent pas encore assez leurs actions sur les conditions sociales difficiles des femmes vulnérables, éloignées du parcours de soin, ou en rupture avec ce parcours. Même si de nouveaux projets voient le jour comme le concept de la « mammobile », camion itinérant qui propose des mammographies dans les régions les plus isolées, pour aller à l'encontre des femmes vulnérables, ces actions restent à l'heure actuelle encore assez peu développées. Les campagnes de dépistages ne ciblent pas encore assez leurs actions contre le non-recours, elles envoient des courriers d'invitation indifféremment à toutes les femmes à partir d'un certain âge, à des examens de diagnostic. Ces campagnes sont ciblées pour des conduites individuelles uniformes des ressortissants. Mais, les femmes en situation de vulnérabilité, sont soumises à des freins de non recours très spécifiques. Il existe « des formes particulières de

non-recours aux soins » pour les personnes en situation de précarité (Derbez, Rollin, 2016 : 60). Ces comportements de santé spécifiques demandent en retour une adaptation spécifique, avec un accompagnement plus poussé et approfondi des ressortissants, ces actions pourraient être menées en amont par une meilleure coordination entre plusieurs acteurs locaux avec les travailleurs sociaux, les professionnels de santé, de manière individuelle mais également collective.

La prise en compte structurelle des conditions sociales dans la lutte contre les inégalités par ces politiques pourrait avoir des impacts plus efficaces pour réduire sur le long terme les inégalités. Les causes de renoncement aux soins et les ruptures de parcours de soins pour les populations les plus vulnérables socialement sont souvent multiples : la barrière de la langue, les blocages psychologiques et culturels, la désertification médicale, le sous équipement médical, les problèmes de représentation liées à la maladie, le coût financier, ... Ces causes ont des conséquences dramatiques sur le cancer, car un renoncement aux soins, dans le cadre de cette maladie, a des effets négatifs sur les chances de survie. Le diagnostic et le suivi des soins dans ce cadre sont essentiels.

Ainsi, les différents acteurs qui interviennent dans la construction des politiques publiques de prévention et de dépistage des cancers gynécologiques doivent continuer de s'orienter vers une meilleure coordination, notamment au niveau régional et national entre l'I.N.C.A., les A.R.S. réparties sur les territoires ; les C.R.C.D.C., les partenaires associatifs (Ligue contre le cancer, association ARC), les partenaires institutionnels (notamment l'H.A.S. qui émet des recommandations), les professionnels de santé (avec une homogénéisation des pratiques médicales afin de rendre le parcours de soin plus efficace). Cette coordination est également à mettre en œuvre, également à l'échelon régional, avec une meilleure coordination des acteurs locaux, notamment à travers la mise en œuvre des politiques locales de santé à travers les C.L.S. et les P.R.S.

Ainsi, ces politiques ne devraient plus se contenter de pérenniser des programmes existants mais également prendre en compte de nouvelles actions innovantes basées sur une « évaluation des impacts » et une « identification des conditions de réussite (organisationnelles, structurelles et politiques) » (Yatim, Minvielle, 2016 : 32). Ainsi la phase d'évaluation des projets mis en place, dans le cadre de ces politiques de prévention et de dépistage, peut constituer, dans le futur, la phase clef de réussite des nouvelles réformes des actions publiques entreprises tant au niveau local, régional ou national. Cette nécessaire phase va permettre de remettre en cause le modèle de management organisationnel bureaucratique omniprésent dans les institutions publiques. Une coordination optimale entre les acteurs va permettre d'apporter « un équilibre » (Yatim, Minvielle, 2016 :46) entre les différents acteurs avec une meilleure mise en œuvre des actions de prévention et de dépistage.

Selon Victoria Pagani, il existe « un risque de prioriser d'autres intérêts que celui de la santé ... si aucune place n'est accordée à une réflexion éthique » (page 328). Ainsi la prise en compte de cette notion d'équité de santé est essentielle, elle permet de favoriser la justice sociale, c'est pourquoi la prise en compte de la réduction des inégalités sociales de santé dans les futures politiques publiques de santé est essentielle et doit être poursuivie par tous les acteurs.

Références bibliographiques

- Aïach Pierre, *Les inégalités sociales de santé*, Editions Economica, 2010
- Bergeron Henri, Castel Patrick, *Sociologie politique de la santé*, Editions PUF, 2018.
- Boussaguet, Laurie, Sophie Jacquot, et Pauline Ravinet. *Dictionnaire des politiques publiques. 5^e édition entièrement revue et corrigée*. Presses de Sciences Po, 2019.
- Buzyn, Agnès. « Le Plan cancer 2014-2019 : un plan de lutte contre les inégalités et les pertes de chance face à la maladie », *Les Tribunes de la santé*, vol. 43, no. 2, 2014, pp. 53-60.
- De Maillard, Jacques, et Daniel Kübler. *Analyser les politiques publiques*. Presses universitaires de Grenoble, 2016.
- Derbez Benjamin, Zoé Rollin. « III. Cancer et inégalités sociales de santé », Benjamin Derbez éd., *Sociologie du cancer*. La Découverte, 2016, pp. 53-72.
- Durnova, Anna, et Philippe Zittoun. « Les approches discursives des politiques publiques. Introduction », *Revue française de science politique*, vol.63, no. 3-4, 2013, pp. 569-577.
- Dormont Brigitte, « "Le plan santé évite les sujets qui fâchent" », *L'Économie politique*, vol. 80, no. 4, 2018, pp. 8-16.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed [06 Mai 2021].
- Haschar-Noé, Nadine, et Émilie Salaméro. « La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental ». Négociations et compromis sous tensions », *Sciences sociales et santé*, vol. 34, no. 2, 2016, pp. 81-105.
- Héquet Delphine, Rodrigues Manuel, Tardivon Anne, Langer Adriana, Dahan Meryl, Rouzier Roman, Takanene Silvia, Kirova Yulia, Bidard François-Clément, Cottu Paul, *Impact de l'épidémie de COVID-19 sur les demandes de prise en charge initiale pour cancer du sein*, *Bulletin du Cancer*, vol. 107, Issue 6, 2020, pp. 620-622.
- Humblet Perrine, *Inégalités sociales de santé et politiques publiques*, *Revue Santé conjugulée* n° 40, Avril 2007.
- Loriol, Marc. *L'impossible politique de santé publique en France*. Érès, 2002.
- Morelle Aquilino, Tabuteau Didier, *La santé publique*. Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2010.
- Pagani, Victoria, et al. « Élaboration des normes de prévention : une réflexion éthique nécessaire », *Santé Publique*, vol. 30, no. 3, 2018, pp. 321-331.

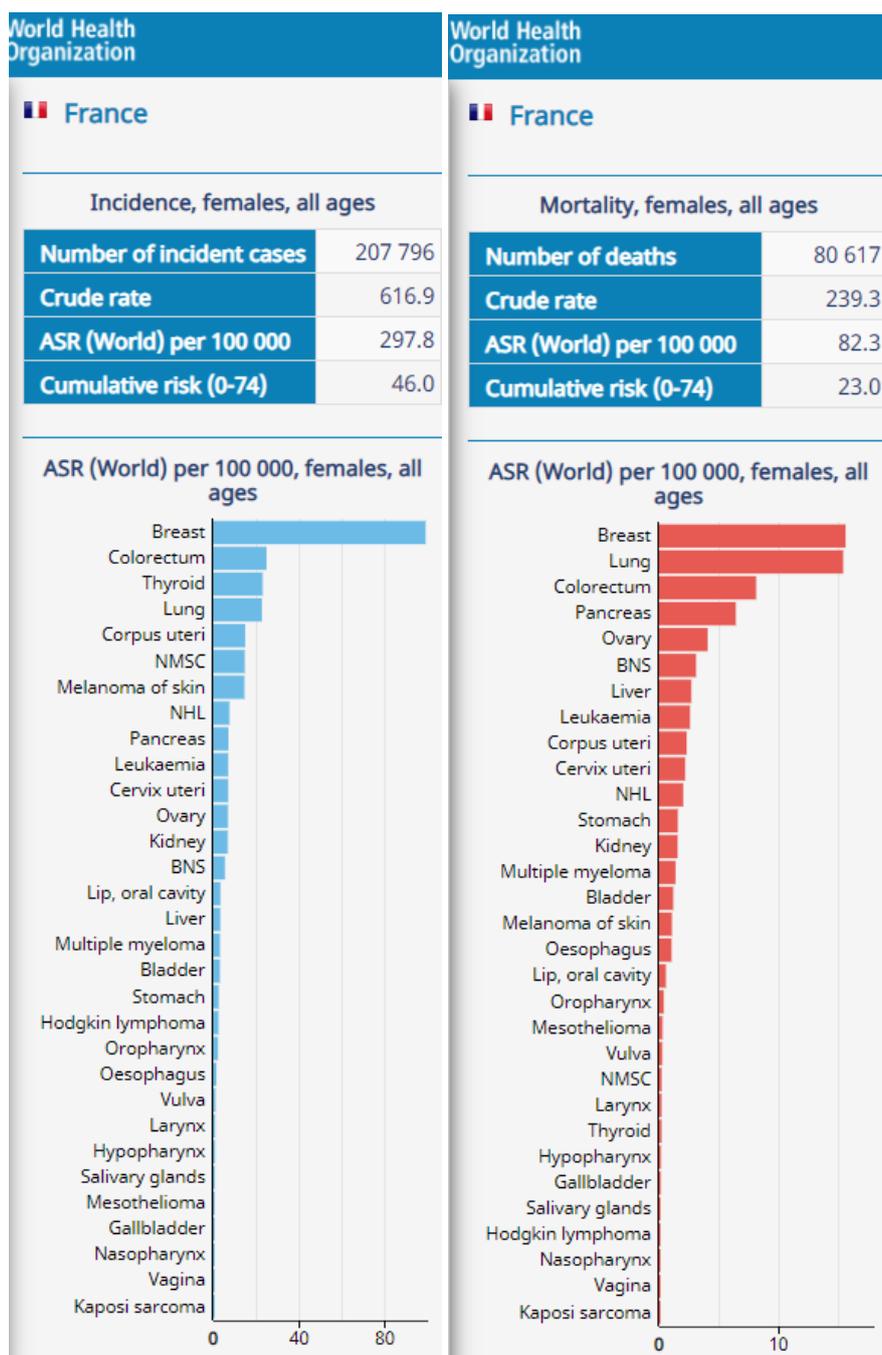
Solar, O. et A. Irwin. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Yatim Fatima, Minvielle Étienne, « Quel mode d'action publique pour améliorer la coordination des soins ? », *Politiques et management public*, vol.33/1,2016, pp.27-48.

Liste des Annexes

Annexe 1 : Incidence et mortalité des cancers chez les femmes en France	Page 43
Annexe 2 : Questionnaire sur les cancers gynécologiques	Page 44
Annexe 3 : Extrait du P.R.S des Hauts de France – Schéma régional de santé 2018-2021	Page 49
Annexe 4 : Trame d’entretien I.N.C.A. – Cancer du col de l’utérus	Page 50
Annexe 5 : Trame d’entretien I.N.C.A – Cancer du sein	Page 52
Annexe 6 : Liste récapitulative des entretiens	Page 53
Annexe 7 : Extrait du P.R.S. 2018-2023 Région Normandie	Page 54
Annexe 8 : Extrait du S.R.S 2018-2023 Région Bourgogne France Comté	Page 55
Annexe 9 : Profil de la France par rapport au cancer selon l’O.M.S. (2014)	Page 56
Annexe 10 : Guide patient – La prise en charge du cancer de l’endomètre	Page 57
Annexe 11 : Guide patient – La prise en charge du cancer des ovaires	Page 58

Annexe 1



Incidence et mortalité des cancers chez les femmes en France (Source U.I.C.C., 2021)

Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2020). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed [06 Mai 2021].

Annexe 2

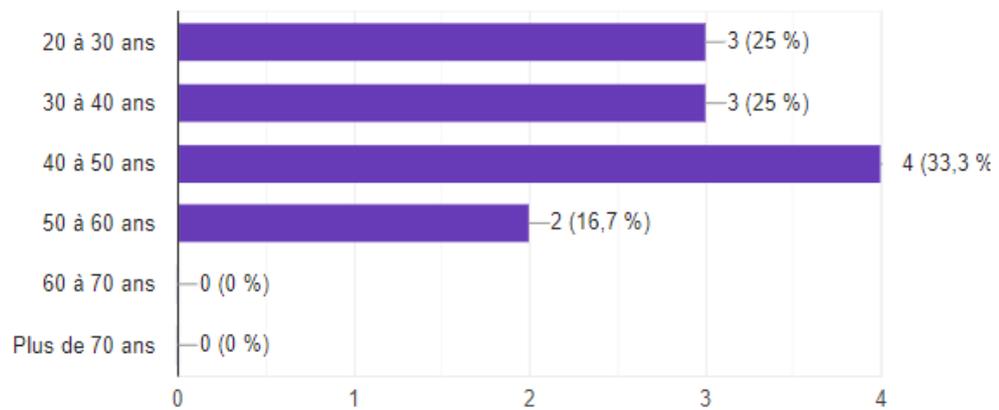
Questionnaire sur les cancers gynécologiques

12 réponses

[Publier les données analytiques](#)

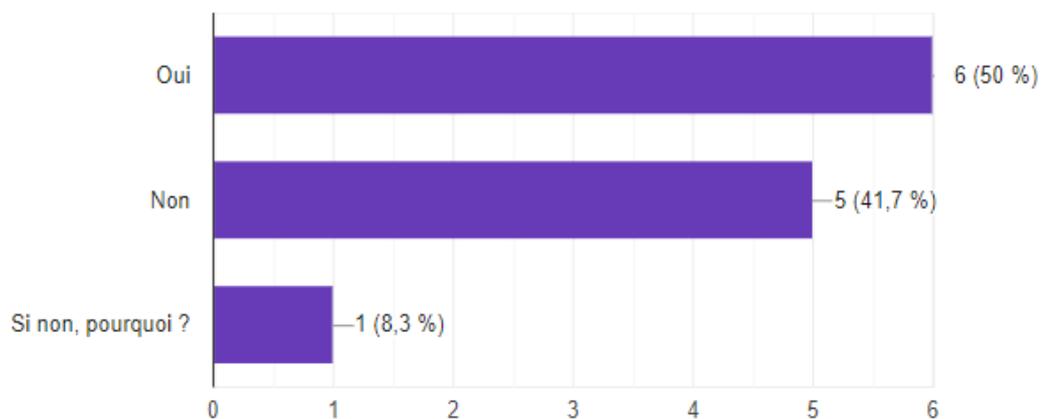
Quel est votre âge ?

12 réponses



Avez vous déjà réalisé un dépistage d'un cancer (sein ou col de l'utérus) dans le cadre du programme national de dépistage ?

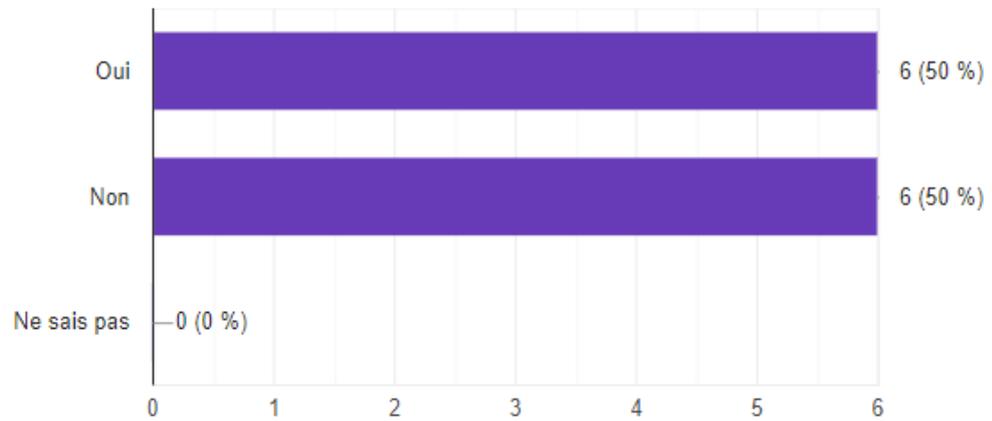
12 réponses



Annexe 2 (suite)

Avez vous déjà réalisé des examens de dépistage d'un cancer de votre propre initiative ?

12 réponses



Si non, pourquoi ?

5 réponses

Juste frottis

Pas de facteurs genetiques et trop jeune pour le depistage du cancer du sein

Pas eu d'information

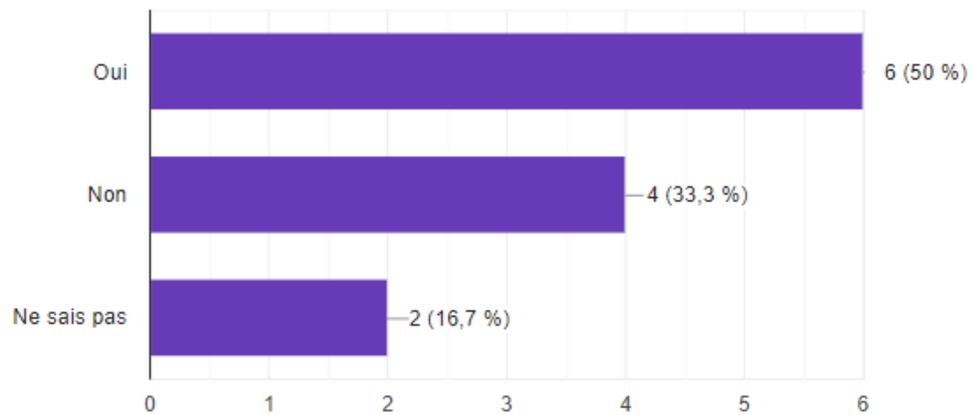
Suivi gynécologue régulier

Le dépistage dans le cadre du programme national m'a permis d'éviter une telle démarche.

Annexe 2 (suite)

Pensez-vous avoir bénéficié d'assez d'informations au sujet des examens de dépistage des cancers ?

12 réponses



Si non, pourquoi ?

2 réponses

Pas assez répondu pour les plus jeunes uniquement frottis et peu de gynécologues et de disponibilité ms

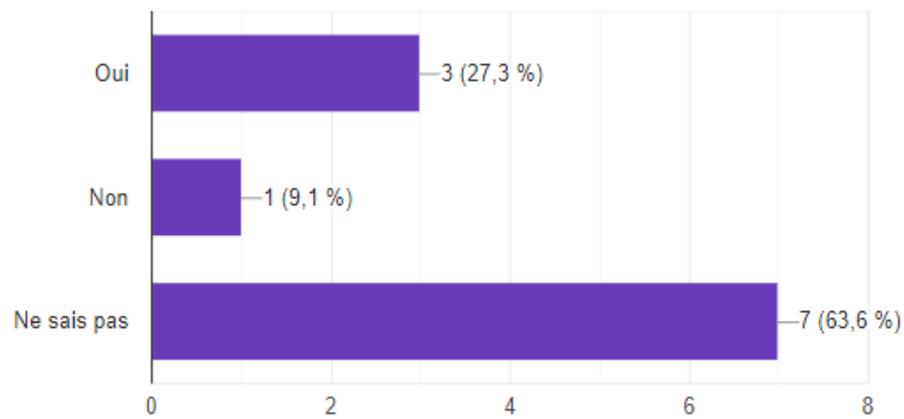
On devrait davantage informer que, dans le cas du cancer du sein, la mammographie n'est pas toujours suffisante.

Annexe 2 (suite)

Si vous avez déjà été confrontée ou êtes confrontée à un cancer gynécologique (corps de l'utérus, col de l'utérus, sein, ovaire), pensez-vous que le diagnostic aurait pu être plus précoce ?

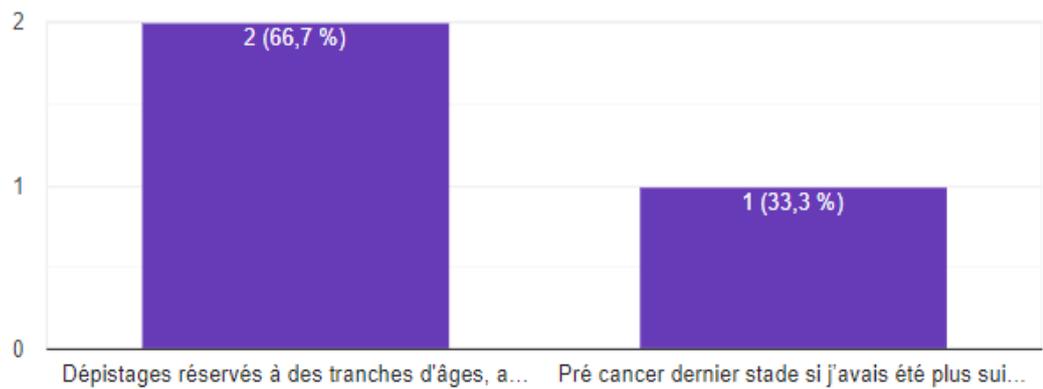


11 réponses



Si oui, pour quels raisons ?

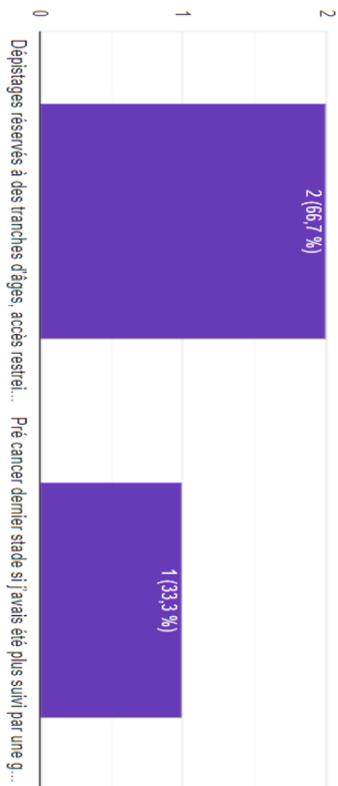
3 réponses



Annexe 2 (suite)

Si oui, pour quels raisons ?

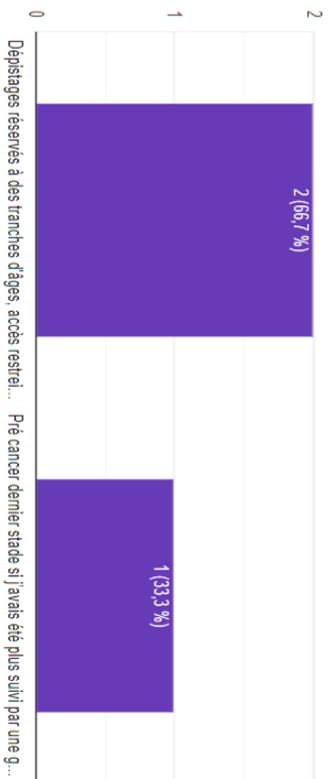
3 réponses



Pré cancer dernier stade si j'avais été plus suivi par une gynécologue « fixe » peut être le suivi aurait été plus régulier il est très dur de trouver une bonne gynécologue de nos jours

Si oui, pour quels raisons ?

3 réponses



Dépistages réservés à des tranches d'âges, accès restreints à des plus jeunes. Les médecins tablent sur "des risques" de cancers selon l'âge d'abord, selon des "probabilités". Les fameuses probabilités sont des raisonnements déléterés.

Annexe 3 : Extrait du S.R.S. 2018-2023 Hauts de France



RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES LIÉES AUX CANCERS

ORIENTATION STRATÉGIQUE 2

PROBLÉMATIQUES PRIORITAIRES

Le risque de décéder d'un cancer a diminué aussi bien chez l'homme que chez la femme: les taux standardisés de mortalité ont diminué de -1,5% par an chez les hommes et -1% par an chez les femmes sur la période s'échelonnant de 1980 à nos jours. Cette diminution s'accompagne d'une augmentation globale de la survie. Ces tendances cachent cependant de fortes disparités selon la localisation cancéreuse.

Avec 15 150 décès en moyenne par an, la région Hauts-de-France est la région la plus touchée par le cancer. Même si une diminution de la mortalité est également constatée en Hauts-de-France, cette baisse a été moins soutenue, ayant pour corollaire une augmentation du différentiel de mortalité dans notre région comparativement au niveau national. La surmortalité par cancer est ainsi estimée à 18% en Hauts-de-France avec des disparités territoriales très importantes variant de +7% à +34%. Compte tenu des différentiels de mortalité plus marqués sur certains territoires, une approche territorialisée pour la déclinaison du PRS doit être envisagée avec une vigilance pour les territoires de Lens-Hénin-Beaumont, du Béthunois, du Valenciennois et du Boulonnais où la mortalité est la plus importante.

De plus, au regard du diagnostic territorial, cinq cancers prioritaires peuvent être identifiés pour les Hauts-de-France dans la mise en œuvre du PRS : le cancer du sein, du colorectal, du poumon, de la prostate et des voies aérodigestives supérieures.

Le cancer du col de l'utérus doit également faire l'objet d'une attention particulière en raison de la mise en place du programme de dépistage organisé.

Les objectifs du PRS Cancer reposent sur les orientations du Plan Cancer 2014-2019. Ce troisième Plan cancer s'inscrit dans la continuité des Plans cancers précédents aux bilans contrastés : si les deux premiers Plans cancers ont en effet permis des avancées majeures dans la sécurisation et la qualité des soins en cancérologie, de structurer des organisations, de développer les innovations thérapeutiques et d'augmenter l'accès aux essais cliniques, des manquements ont pu être pointés.

Il apparaît en effet que le dépistage des cancers demeure le parent pauvre des Plans cancer précédents.

On constate également des inégalités d'accès aux dépistages organisés et des pratiques pas toujours conformes aux recommandations nationales.

La coordination des parcours, notamment le lien ville hôpital, est également à améliorer. L'organisation des prises en charges complexes ou spécifiques comme celles des enfants, des adolescents ou des personnes âgées doivent également se structurer afin d'éviter les pertes de chance.

Les innovations médicales et technologiques, le virage ambulatoire ont bouleversé les modes de prise en charge en cancérologie obligeant, d'une part, à adapter les organisations et, d'autre part, à s'assurer de la sécurisation des parcours et de l'équité d'accès.

Compte tenu de la chronicisation de la maladie, préserver la continuité de vie des malades est devenu un enjeu important. Or, l'accompagnement des malades a été peu investi et les objectifs de lutte contre les inégalités sociales liées aux cancers n'ont pas été pleinement satisfaits.

Enfin, la recherche d'efficacité dans la mise en œuvre du Plan cancer 3 a des impacts sur les organisations régionales et sur l'évaluation des actions mises en œuvre en Hauts-de-France.



Annexe 4 : Trame d'entretien I.N.C.A. Cancer du col de l'utérus

1. Pouvez-vous m'expliquer comment le cancer du col de l'utérus a été amené à faire l'objet d'une campagne nationale de dépistage ? Avez-vous des chiffres clefs à me communiquer éventuellement ?
2. Comment la campagne s'organise-t-elle ? Au niveau national ? Au niveau local ?
3. Quel est la tranche d'âge de la population visée ? Pourquoi ?
4. Pouvez-vous m'expliquer les raisons qui poussent les femmes à se faire diagnostiquer tardivement pour le cancer du col de l'utérus ?
5. Quels sont, selon vous, les différents freins rencontrés par les femmes pour se faire dépister du cancer du col de l'utérus ?
6. Quels sont les moyens qui pourraient être mis en place pour sensibiliser les jeunes filles à se faire vacciner contre le HPV, au-delà des barrières psychologiques, religieuses ou culturelles ?
7. Pensez-vous que les professionnels de santé sont assez sensibilisés à cette campagne pour en faire la promotion ? Sont-ils également à la vaccination contre le HPV ?
8. Les médecins généralistes devraient-ils être plus sensibilisés à cette campagne ?
9. Par quels moyens sont-ils sensibilisés à la campagne ?
10. Quels sont les moyens qui pourraient être mis en place pour mieux les sensibiliser ?
11. Pensez-vous qu'il existe des disparités régionales concernant les gynécologues en exercice sur le territoire ? Sont-ils tous correctement équipés du matériel nécessaire pour faire des frottis, des échographies et des colposcopies ?
12. Pensez-vous que le métier de gynécologue est en déclin ? Avez-vous des données à ce sujet éventuellement ?
13. Pensez-vous qu'il existe un frein au dépistage par rapport au coût de l'examen du frottis ?

Annexe 4 (suite)

14. Quels sont les projets futurs d'amélioration de la campagne contre le cancer du col de l'utérus ? Le cancer du sein dispose d'octobre rose, est ce qu'il est envisagé de développer une communication du même type pour ce cancer ? ou bien d'autres pistes sont envisagées ?
15. Pensez-vous qu'il serait possible de faire également de la prévention pour le cancer de l'endomètre en même temps que celui du col de l'utérus ? Notamment avec une sensibilisation aux échographies pelviennes à partir d'un certain âge, pour les femmes ménopausées par exemple ?
16. Pensez-vous que l'épidémie de Covid a eu un impact sur le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus ? Avez-vous des chiffres comparatifs sur 2 ans à me communiquer éventuellement ?

Annexe 5 : Trame entretien I.N.C.A. Cancer du sein

1. Pouvez-vous m'expliquer comment le cancer du sein a été amené à faire l'objet d'une campagne nationale de dépistage ? Avez-vous des chiffres clefs à me communiquer éventuellement ?
2. Comment celle-ci s'organise ? Au niveau national ? Au niveau local ?
3. Quel est la tranche d'âge des femmes concernée par la campagne ? Comment cette tranche d'âge est établie ?
4. Quels sont, selon vous, les différents freins rencontrés par les femmes pour se faire dépister du cancer du sein ?
5. Pensez-vous que les professionnels de santé sont assez sensibilisés à cette campagne pour en faire la promotion ?
6. Par quels moyens sont-ils sensibilisés à la campagne ?
7. Pensez-vous qu'il existe des disparités régionales concernant l'équipement en imagerie médicale sur le territoire national ?
8. Pensez-vous qu'il existe un frein au dépistage par rapport au coût de l'échographie qui accompagne la mammographie et dont la prise en charge est peut-être difficile à comprendre ?
9. Quels sont les projets futurs d'amélioration de la campagne contre le cancer du sein ?
10. Pensez-vous que l'épidémie de Covid a eu un impact sur le dépistage et la prévention du cancer du sein ? Avez-vous des chiffres comparatifs sur 2 ans à me communiquer éventuellement ?

Annexe 6 : Liste récapitulative des entretiens

	Fonction	Conditions de l'entretien	Durée de l'entretien	Date de l'entretien
Madame Y	Coordinatrice ASV Paris	Réunion virtuelle Zoom	1h	19-04-21
Madame Z	Chargé de projet I.N.C.A.	Réunion virtuelle Zoom	1h	20-14-21
Madame X	Chargé de projet I.N.C.A.	Entretien téléphonique	1h	21-05-21
Madame L	Chargé de projet I.N.C.A.	Retour écrit de la trame d'entretien	NA	26-05-21
Madame N	Association Maison Rose à Paris	Pas d'entretien	NA	NA

Annexe 7 : Extrait du P.R.S. de la région Normandie 2018 – 2023 (page 63)

L'imagerie médicale

Premier élément du diagnostic, l'imagerie est une étape essentielle du parcours de soins. Sur ce domaine l'offre prend toute son importance dans la mesure où plus l'adéquation aux besoins est forte, plus la réponse est rapide. L'objectif n°2 du plan cancer 2014-2019 illustre ce point en prévoyant de réduire de 27 jours à 20 jours un délai national d'accès à l'examen d'IRM. Plus ce délai est important plus il entraîne une perte de chances. Les plans AVC et Alzheimer soulignent également cette problématique.

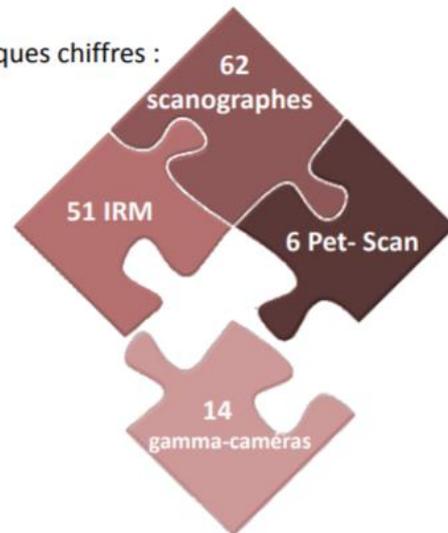
Les temps d'accès aux équipements sont assez variables sur le territoire national et sont donc source de retards de prise en charge (le taux d'équipement est faible par rapport à la moyenne européenne (ex: IRM en France: 10/million d'habitants, contre 20/million d'habitants en Europe de l'ouest – source : plan cancer 2014-2019).

Ce constat est à l'origine des plans d'action (Programme de gestion du Risque, SROS, etc.) déclinés en région devant répondre à ces enjeux de santé publique. Il s'agit de mettre en œuvre notamment :

- Une diversification du parc IRM régional via la procédure des autorisations,
- Une optimisation des délais de prise en charge d'imagerie cérébrale (optimisation des organisations et travail sur la pertinence des prescriptions),
- Un renforcement des coopérations,
- Un développement de la télémédecine

Imagerie Médicale

Quelques chiffres :



Focus : Principales autorisations d'appareils d'imagerie – Normandie 2016

Pet scan : Le PET Scan (Tomographie par Émission de Positrons) est un examen isotopique qui consiste à injecter un produit légèrement radioactif (isotope) dans le corps, qui va se fixer sur les tumeurs et/ou métastases.

Scanographe : scanners

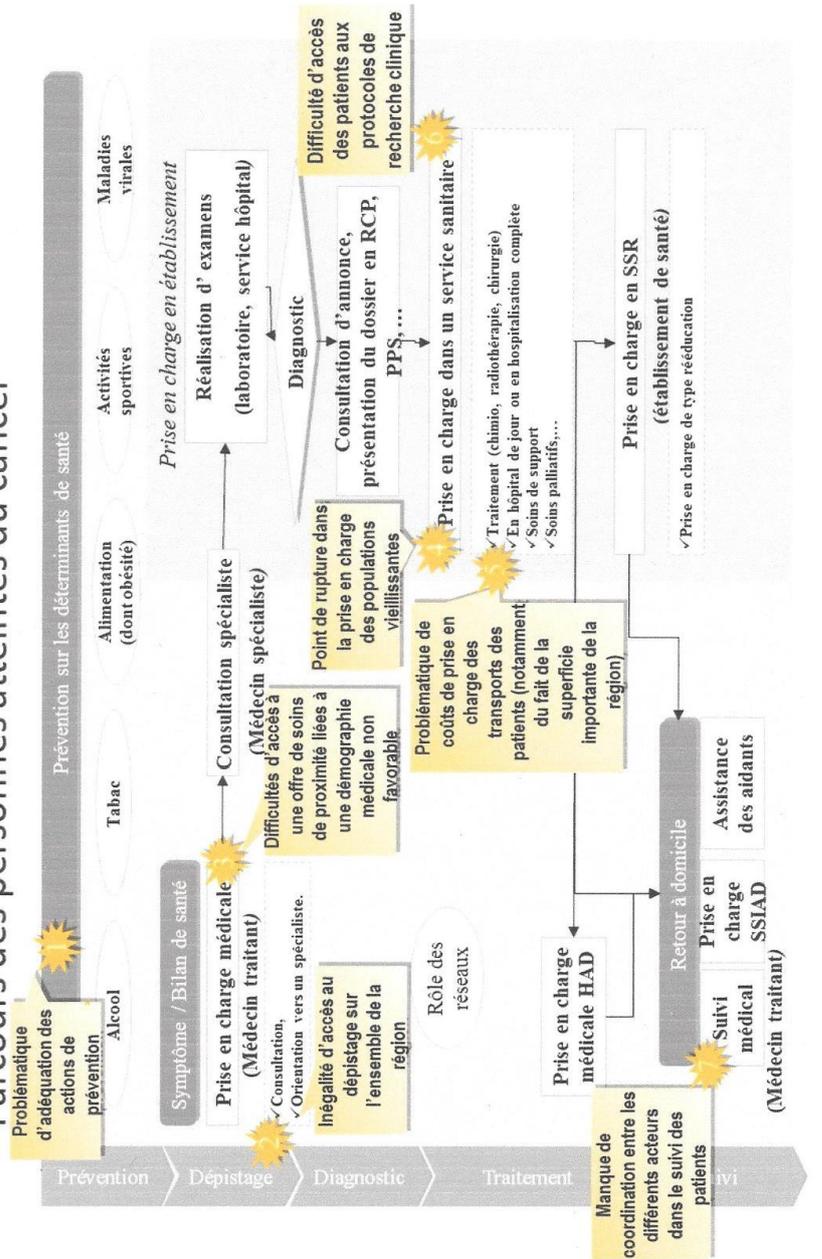
IRM : Imagerie par résonance magnétique

Gamma-caméra : appareil d'imagerie médicale qui produit une image fonctionnelle par l'administration d'un médicament radiopharmaceutique (MRP) dont on détecte les rayonnements qu'il émet une fois qu'il a été capté par l'organe ou la cible à examiner (scintigraphie).

Annexe 8 : Exemple des points de rupture dans le parcours de soins (SRS Bourgogne -France Comté 2018-2023)

4.1.2 Identification des points de rupture

Parcours des personnes atteintes du cancer



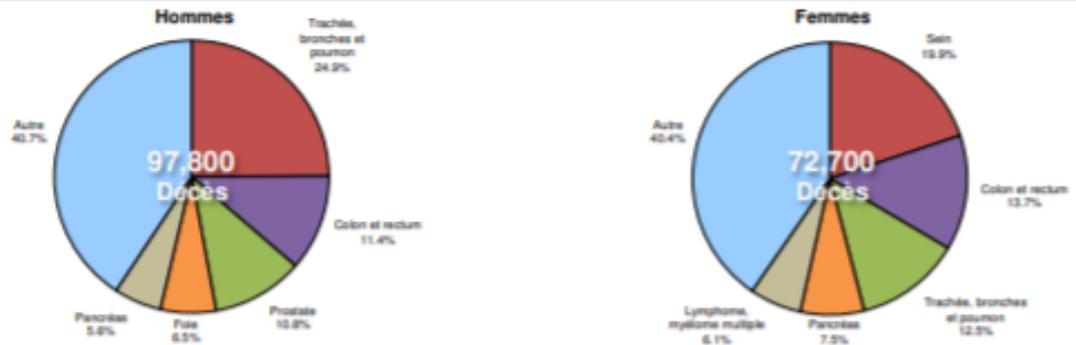
Annexe 9 : Profil de la France par rapport au cancer selon l'O.M.S. (2014)

France

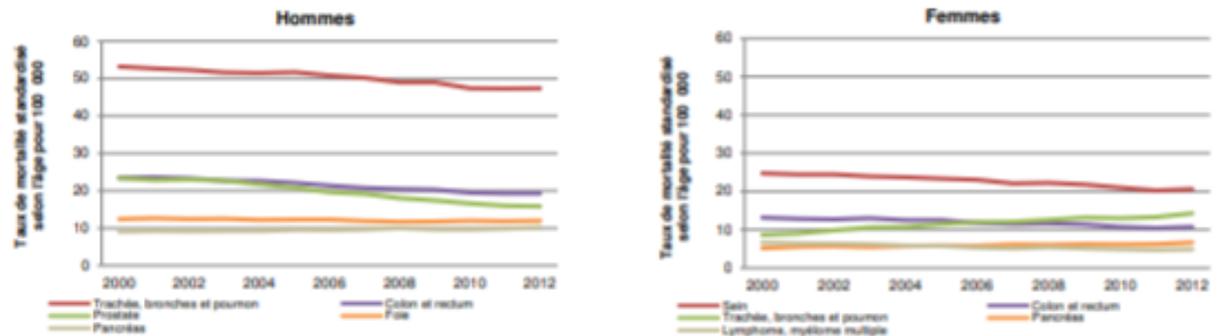
Population totale: 63,937,000
Groupe de revenu: Élevé

Nombre total de décès: 554,000
Espérance de vie à la naissance: Total:82 Hommes:79 Femmes:85

Profil de mortalité par cancer



Evolution de la mortalité par cancer standardisée selon l'âge



Incidence du cancer



Facteurs de risque pour les adultes

	Hommes	Femmes	Total
Tabagisme actuel (2011)	39.1%	32.1%	35.5%
Consommation totale d'alcool par habitant, en litres d'alcool pur (2010)	17.8	7.1	12.2
Activité physique insuffisante (2010)	21.2%	31.2%	26.4%
Obésité (2014)	25.3%	26.1%	25.7%
Utilisation de combustibles solides à l'intérieur des habitations (2012)	-	-	0.0%

Organisation mondiale de la Santé - profils des pays pour le cancer, 2014

Consultable à l'adresse : https://www.who.int/cancer/country-profiles/fra_fr.pdf (le 6 mai 2021)

Annexe 10 : Guide patient – la prise en charge du cancer de l'endomètre (H.A.S, Juillet 2011)

Le diagnostic et le choix de vos traitements

■ Comment est fait le diagnostic ?

Le bilan comprend un examen clinique* (incluant un examen gynécologique) et une échographie pelvienne*.

Le diagnostic du cancer est établi par l'examen anatomopathologique* d'un échantillon de tissu prélevé par biopsie*.

Une IRM pelvienne* est ensuite réalisée afin d'évaluer l'extension de la tumeur. Selon les besoins, d'autres examens peuvent être prescrits.

Ces examens permettent de proposer un traitement adapté à votre situation, selon le type de cancer, son degré d'extension (le stade), son degré d'agressivité (le grade), votre état général et les éventuelles contre-indications aux traitements.

■ Comment est fait le choix de vos traitements ?

Le choix ne repose pas sur l'avis d'un seul médecin. Des médecins de spécialités différentes se réunissent lors d'une réunion, appelée « Réunion de concertation pluridisciplinaire* » (RCP). Compte tenu de votre situation, et en s'appuyant sur des référentiels de bonne pratique*, ils élaborent une proposition de traitement.

Celle-ci vous est ensuite expliquée, au cours d'une consultation du dispositif d'annonce*, par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Elle doit tenir compte de votre avis et faire l'objet de votre accord.

Un programme personnalisé de soins* (PPS) vous est alors remis. Il est également adressé à votre médecin traitant*.

Il peut aussi vous être proposé de participer à un essai clinique*.

■ Quels sont les professionnels de la santé qui vous prennent en charge ?

Vous êtes prise en charge dans un établissement qui dispose d'une autorisation de traiter les cancers gynécologiques (liste des établissements autorisés de votre région disponible sur www.e-cancer.fr).

Une équipe spécialisée rassemble toutes les compétences nécessaires. Elle travaille en lien régulier avec votre médecin traitant (un médecin généraliste le plus souvent).

Selon votre situation, plusieurs professionnels peuvent être impliqués : gynécologue, chirurgien, oncologue* médical et radiothérapeute, pathologiste*, anesthésiste, infirmier, psychologue, assistante sociale, etc.

* Glossaire en pages 6 et 7.

Bien s'informer pour mieux participer

- N'hésitez pas à poser toutes vos questions aux professionnels qui s'occupent de vous. C'est en dialoguant que les décisions adaptées à votre situation pourront être prises ensemble.
- Notez éventuellement vos questions pour préparer les consultations.
- À chaque étape, vous pouvez être accompagnée par un proche ou la personne de confiance* que vous avez désignée.

Annexe 11 : Guide patient – la prise en charge du cancer des ovaires (H.A.S., Juin 2010)

Le diagnostic et le choix de vos traitements

■ Comment est fait le diagnostic ?

Le bilan comprend une échographie abdomino-pelvienne* complétée dans certains cas par une IRM pelvienne*. Il inclut aussi un examen clinique* et le dosage du marqueur tumoral* CA-125. Un scanner abdomino-pelvien* permet d'évaluer l'extension de la maladie.

La confirmation du diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique* de la tumeur et des organes enlevés au cours d'une chirurgie.

■ À quoi servent ces examens ?

Ces examens permettent de vous proposer un traitement adapté à votre situation, selon le type de votre cancer, l'extension de la maladie (son stade), son degré d'agressivité (son grade), votre état de santé général et les éventuelles contre-indications aux traitements.

■ Comment est fait le choix de vos traitements ?

Des médecins de spécialités différentes se réunissent lors d'une réunion appelée réunion de concertation pluridisciplinaire* (RCP). Compte tenu de votre situation et en s'appuyant sur des référentiels de bonne pratique*, ils élaborent une proposition de traitement. Celle-ci vous est ensuite expliquée par le médecin qui vous prend en charge et doit faire l'objet de votre accord. Un programme personnalisé de soins* (PPS) vous est alors remis. Il peut également vous être proposé de participer à un essai clinique*.

■ Quels sont les professionnels de santé qui vous prennent en charge ?

Vous êtes prise en charge par une équipe spécialisée dans un établissement qui dispose d'une autorisation de traiter les cancers gynécologiques (liste des établissements autorisés de votre région disponible sur www.e-cancer.fr). Cette équipe rassemble toutes les compétences qui vous sont nécessaires. Elle travaille en lien régulier avec votre médecin traitant (un médecin généraliste le plus souvent). Selon votre situation, différents professionnels peuvent être impliqués : gynécologue, chirurgien, oncologue* médical, pathologiste*, radiologue, anesthésiste, infirmiers, diététicien, psychologue, assistante sociale, etc.

* Glossaire en page 6 et 7

Bien s'informer pour mieux participer

- N'hésitez pas à poser toutes vos questions aux professionnels qui s'occupent de vous.
- Notez éventuellement vos questions pour préparer les consultations.
- À chaque étape, vous pouvez être accompagnée par un proche ou la personne de confiance* que vous avez désignée.
- Au cours du traitement, les associations de patients peuvent aussi vous apporter une écoute ou vous permettre un partage d'expériences (voir coordonnées page 8).