

# — TABLEAU DE BORD DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN EN ÎLE-DE-FRANCE

— DONNEES 2016-2017

**Exploitation des données**



La santé en Île-de-France



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

Monsieur Luc Ginot, Directeur, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des Inégalités.

Madame le Docteur Véronique Drouglazet, Médecin Référent Prévention et Dépistage des Cancers, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des Inégalités, Pôle Besoins, Réductions des Inégalités et Territoires ; Département Identification des Besoins, Orientations en Santé Publique et Parcours.

### **Réalisation : EFECT**

Madame le Docteur Nadine Sannino, Médecin de santé publique, expert en évaluation de politique de santé publique, responsable du projet

Monsieur Mohamed Boucekine, statisticien

### **Partenaire : EPICONCEPT**

Monsieur Guillaume Jeannerod, PDG Epiconcept

Monsieur Guillaume Fiton, chef de projet dépistage, Epiconcept

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

Madame le Docteur Sandrine Bercier, ADOC 94

Madame le Docteur Sylvie Brechenade, PSVO 95

Madame le Docteur Agnès Bernoux, ADMC 91

Madame le Docteur Zahida Brixî, ADOC 94

Madame le Docteur Hélène Delattre, ADK 92

Madame le Docteur Alice Liautaud, ADECA 75

Monsieur le Docteur Aldis Kaufmanis, ADC 77

Monsieur le Docteur Akoï Koïvogui, CDC 93

Madame le Docteur Catherine Vincelet, ADMY 78

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

Monsieur le Docteur Bernard Asselain, épidémiologiste, Paris

Monsieur le Docteur Michel Deghaye, radiologue libéral, président d'ADC77

Monsieur le Docteur Marc Espié, Hôpital Saint-Louis (Paris), membre du bureau ADECA 75

Monsieur le Professeur Nicolas Sellier, APHP Jean Verdier, administrateur du CDC93

### **Avec la contribution de**

Monsieur le Professeur Eric Lepage, Monsieur Michel Seguin et Madame le docteur Axelle Menu, Département de la stratégie, ARS Ile-de-France.

# Sommaire

<b>Sommaire .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Synthèse et orientations .....</b>	<b>5</b>
1.1 Synthèse .....	5
1.1.1 Evolution de la mortalité par cancer du sein en Ile de France .....	5
1.1.2 Efficacité du DOCS .....	6
1.1.3 Qualité du DO .....	8
1.1.4 Participation/fidélisation des femmes au DO et couverture mammographique globale .....	10
1.2 Orientations décisionnelles .....	15
1.2.1 Approfondir certains constats dans des groupes de travail régionaux .....	15
1.2.2 Développer des actions d'amélioration de la qualité du DOCS et de la participation au DOCS .....	15
1.2.3 Améliorer le contenu du tableau de bord .....	16
<b>2 Introduction .....</b>	<b>18</b>
2.1 La place du dépistage organisé dans la lutte contre le cancer du sein .....	18
2.2 Organisation du DOCS .....	19
2.3 Le DO en Ile-de-France .....	21
<b>3 Le tableau de bord .....</b>	<b>22</b>
3.1 Principes et collecte des informations .....	22
3.2 Présentation du rapport .....	23
<b>4 Contexte du dépistage .....</b>	<b>24</b>
4.1 Population cible du dépistage .....	24
4.2 Mortalité et morbidité spécifiques .....	25
4.2.1 Définitions .....	26
4.2.2 Limites et difficultés .....	26
4.2.3 Résultats .....	26

<b>5</b>	<b>Fonctionnement du dépistage organisé .....</b>	<b>32</b>
5.1	Taux de participation au DO .....	32
5.1.1	Définitions .....	32
5.1.2	Résultats.....	33
5.2	Couverture mammographique.....	43
5.2.1	Définitions .....	43
5.2.2	Limites .....	44
5.2.3	Résultats.....	46
5.3	Fidélisation au dépistage .....	51
5.3.1	Définitions .....	51
5.3.2	Construction et limites .....	51
5.4	Les limites liées aux causes de non-participation .....	52
5.5	Présentation des profils.....	52
5.5.1	Résultats pour la cohorte 2016-2017.....	53
5.6	Accessibilité au dépistage.....	58
5.6.1	Les indicateurs.....	58
5.6.2	Définitions .....	59
5.6.3	Résultats.....	59
5.7	Modalités du fonctionnement .....	62
5.7.1	Les indicateurs.....	62
5.7.2	Définitions .....	63
5.7.3	Résultats 2017 et évolution depuis 2012 .....	64
<b>6</b>	<b>Efficacité du dépistage.....</b>	<b>70</b>
6.1.1	Les indicateurs.....	70
6.1.2	Définitions .....	70
6.1.3	Résultats 2016 et évolution depuis 2009 .....	71

<b>7</b>	<b>Qualité du dépistage.....</b>	<b>76</b>
7.1	Délai de disponibilité des résultats .....	76
7.2	Délais d'accès aux traitements.....	78
7.2.1	Les indicateurs.....	79
7.2.2	Définitions .....	80
7.2.3	Résultats.....	80
7.3	Qualité des pratiques .....	83
7.3.1	Définitions .....	83
7.3.2	Résultats.....	84
7.4	Qualité des lectures .....	89
7.4.1	Définitions .....	89
7.4.2	Résultats.....	89
<b>8</b>	<b>Annexe 1 : Rappels des pratiques professionnelles des SG en matière de relance .....</b>	<b>93</b>
<b>9</b>	<b>Annexe 2 : Historique, difficultés, et principales modifications depuis le modèle initial.....</b>	<b>94</b>
9.1	Historique et périodes d'élaboration.....	94
9.2	Difficultés rencontrées.....	95
9.2.1	Accès à l'information.....	95
9.2.2	Qualité et précision des données.....	96
9.2.3	Articulation avec les démarches nationales.....	96
9.2.4	Articulation avec les démarches locales .....	96
9.3	Suppression d'indicateurs et justifications.....	96
9.4	Modification, précision ou création d'indicateurs .....	97
9.5	Modifications de forme : amélioration dans la lecture du tableau de bord.....	98
<b>10</b>	<b>Annexe 3 : tableaux .....</b>	<b>99</b>
<b>11</b>	<b>Annexe 4 : classification TNM .....</b>	<b>109</b>
<b>12</b>	<b>Liste des sigles utilisés.....</b>	<b>111</b>

# 1 SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS

## 1.1 Synthèse

Note à l'attention du lecteur : pour les définitions utilisées dans la synthèse ou les précisions souhaitées, se référer au rapport complet du tableau de bord 2016-2017

En 2017, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à 399 626 (214 021 hommes et 185 605 femmes)<sup>1</sup>, constituant aujourd'hui la première cause de mortalité des français devant les maladies cardiovasculaires. Chez la femme, en France comme en Europe, le **cancer du sein** est le plus fréquent. Sur la période 2007-2016<sup>2</sup>, il touche en moyenne 53172 femmes chaque année. Avec environ 11883 décès recensés en 2017, il reste la première cause de décès par cancer chez les femmes françaises, même si l'on assiste à une diminution des taux de mortalité standardisés.

La lutte contre le cancer est une priorité gouvernementale depuis février 2000 où le premier programme national (PNLCC 2000-2005) a été mis en place, suivi de trois plans cancers successifs<sup>2</sup>, qui ont généralisé successivement les dépistages organisés du cancer du sein (DOCS) du cancer colorectal (DOCCR) et du cancer du col de l'utérus (DOCCU). L'actuel Plan Cancer 2014-2019 rappelle la nécessaire attention à accorder à la réduction des inégalités de santé, l'importance d'un diagnostic précoce, notamment à travers le rôle des dépistages organisés et celle d'un accès le plus rapide possible aux soins pour limiter les pertes de chance.

Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) a été généralisé en 2002 en Ile de France comme partout en France mais 4 départements étaient déjà engagés dans les phases pilotes du programme, parfois depuis longtemps (Le Val d'Oise en 1991). Le tableau de bord a été créé dès le démarrage de cette généralisation pour suivre la montée en charge du DOCS dans chaque département francilien puis disposer d'une vision régionale et périodique sur sa mise en œuvre. La dernière analyse des données 2016-2017 permet de retenir les éléments suivants.

### 1.1.1 Evolution de la mortalité par cancer du sein en Ile de France

La région Ile de France fait partie des régions les plus touchées par la mortalité par cancer du sein chez la femme et sa réduction est, à terme, la contribution recherchée du programme de dépistage organisé, en conformité avec le Plan Cancer national. Rappelons néanmoins que d'autres facteurs majeurs, connus, agissent sur l'évolution de la mortalité spécifique comme les progrès thérapeutiques et la prévalence de la maladie. Le tableau de bord n'a

---

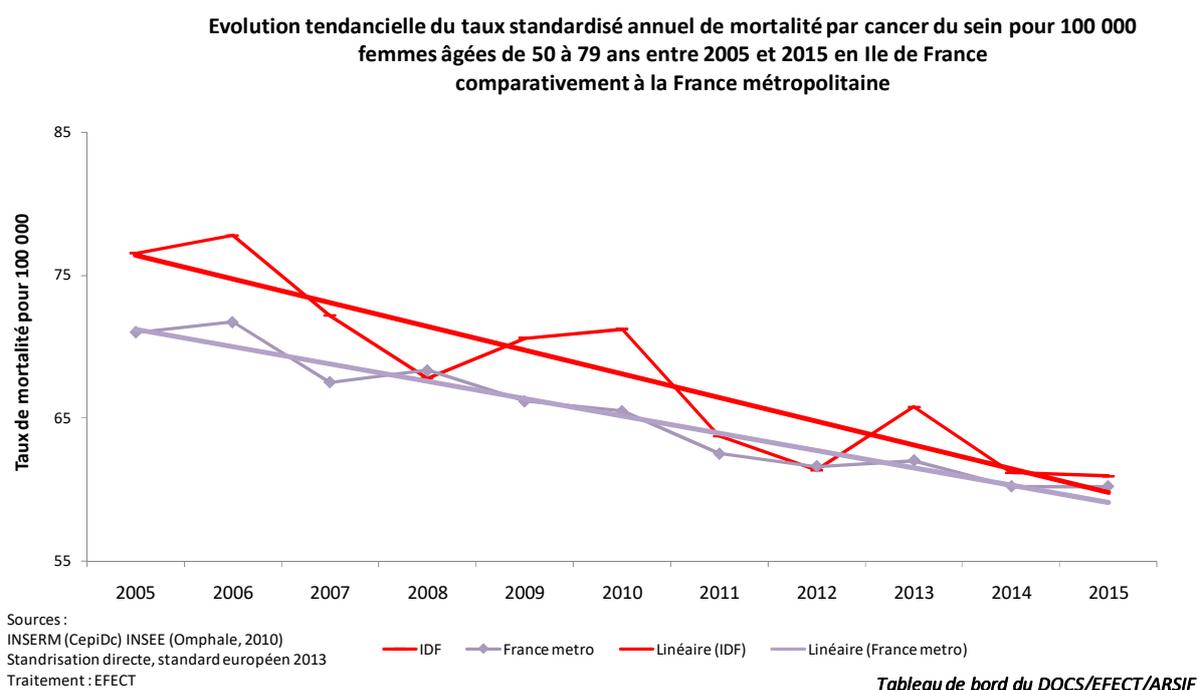
<sup>1</sup> Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France.Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 170 p. Disponible à partir des URL : <https://geodes.santepubliquefrance.fr>; <http://lesdonnees.e-cancer.fr/>; <http://www.santepubliquefrance.fr/>; <https://www.e-cancer.fr/>

<sup>2</sup> Plan Cancer 2003-2007 ; Plan Cancer 2009-2013, Plan Cancer 2014-2019

pas la vocation d'analyser l'importance de la contribution spécifique du dépistage organisé dans l'évolution de la mortalité par cancer du sein, celle-ci relevant d'analyses statistiques complexes, mais traite de l'évolution de cette mortalité spécifique en tant qu'élément majeur du contexte du DOCS dans la région.

Au cours des dix années qui constituent notre période d'observation, le constat est à la diminution significative de la mortalité spécifique par cancer du sein en Ile de France chez les femmes âgées de 50 à 79 ans.

Figure 1



Même si elle concerne tous les départements, cette baisse du taux de mortalité est plus marquée dans les départements de Paris, Yvelines et Val de Marne. Quatre départements présentent en 2015 un taux de mortalité inférieur à la valeur régionale de 61 pour 100 000 : la Seine et Marne, les Yvelines, la Seine Saint Denis et le Val de Marne.

## 1.1.2 Efficacité du DOCS

Au-delà de la capacité du programme à détecter des cancers, apprécié par le taux de cancers détectés qui doit se situer au-delà de 5‰ femmes dépistées selon la norme européenne qui fait référence, l'efficacité du programme s'évalue également par rapport à la taille des cancers détectés et à l'absence d'envahissement ganglionnaire des cancers invasifs dépistés.

En 2015-2016 (dernière campagne validée pour les données anatomopathologiques) en Ile de France **6,8‰** femmes dépistées ont présenté un cancer du sein, valeur stable depuis 2005. Il existe des variations

interdépartementales importantes, allant de 5,7 à 8,1 % femmes dépistées, même si tous les départements franciliens se situent dans la norme européenne attendue de détection des cancers précédemment évoquée.

En Ile de France comme partout en France, le rôle du deuxième lecteur, qui diagnostique les cancers que le premier lecteur n'aurait pas détecté, est important, avec 5,9% des cancers détectés au cours de la campagne 2015-2016. Si cette part a diminué au cours des 4 dernières campagnes dans la région (8,9% en 2009-2010), la baisse est plus ou moins marquée selon les départements. Cet indicateur, qui traduit indirectement la capacité collective à détecter en première lecture est un élément important de la surveillance de l'efficacité du dispositif.

Les résultats suivants qui présentent le pourcentage de cancers détectés selon leur type sont probablement sous estimés par manque d'exhaustivité des données relatives aux femmes dépistées positives au moment de l'analyse. **Ceci a permis d'initialiser pour la suite une consolidation de ces chiffres dans le cadre d'un travail régional d'amélioration de la qualité du recueil des données.**

Soulignant donc ces réserves, les valeurs régionales se situent néanmoins dans la norme européenne pour :

- Le pourcentage de CISC<sup>3</sup>, cancers de très petites tailles, à **12,9%** malgré des disparités départementales, les valeurs attendues et fixées par la norme européenne se situant entre 10 à 20% des cancers détectés.
- Le pourcentage de cancers **invasifs** de moins de 10 mm à 31,5% des cancers détectés (plus de 30% étant attendus).

Notons que la région se place juste à la limite de la norme européenne à l'égard du pourcentage de cancers invasifs sans atteinte ganglionnaire avec une détection de 72,2% pour l'IdF (calcul réalisé sans le département de Paris dont les données restent à valider), plus de 75% étant attendu. Deux départements se situent pour la campagne 2015-2016 au-delà de la valeur souhaitée pour cet indicateur : les 78 et 94.

Les normes européennes analysent séparément ces indicateurs tandis que la notion de bon pronostic doit, d'une part croiser ces 3 critères (le type de cancer, la taille et l'absence d'envahissement ganglionnaire), d'autre part prendre en compte le grade tumoral et l'activité/agressivité tumorale. La collecte de ces données présentes a priori dans les bases de données des SG n'a pas été jusqu'ici organisée pour être analysée.

Par ailleurs, des travaux cliniques récents ont introduit un seuil de taille tumorale à 20mm, utilisé dans cette exploitation du tableau de bord. L'analyse rapporte ainsi que 76,1% des cancers détectés au niveau régional mesurent moins de 20mm (de 72,8% dans le 94 à 81% à Paris). Mais la proportion de ces mêmes cancers <=20mm sans atteinte ganglionnaire se situe à 38,9% pour la région, en notant des fluctuations départementales importantes (de 39,6% dans le 95 à 52,2% dans le 91). Des travaux sur les stades T1NO sont en cours de soumission pour publication et encouragent la surveillance de ces stades. Ces deux éléments arguent en faveur de la nécessaire évolution des indicateurs d'efficacité du tableau de bord pour améliorer leur pertinence.

---

<sup>3</sup> Cancers in situ intracanalaires stricts

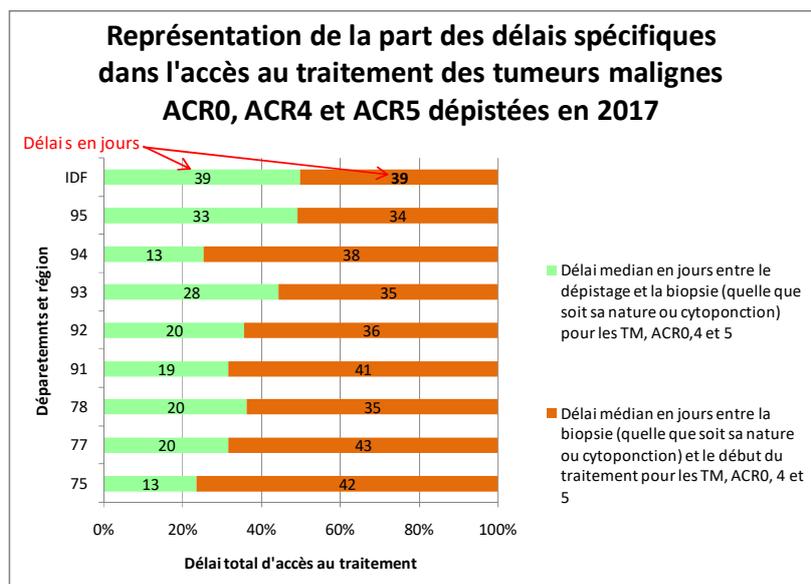
## 1.1.3 Qualité du DO

### Qualité organisationnelle

Depuis plusieurs années à présent, la disponibilité des résultats normaux (femmes bénéficiant d'une L2 normale) est stable et de l'ordre de 11 jours au niveau régional (15 jours étant le délai maximal souhaité). Ceci signifie que le médecin ou la patiente elle-même sont destinataires d'un courrier dans les 11 jours après la mammographie normale pour les deux lectures. Ce délai est de 21 jours pour les femmes domiciliées hors département. Les résultats des mammographies positives en L2 ou en cas de recours à une procédure de discordance sont adressés au médecin ou à la femme dans les 16 jours (valeur régionale qui varie de 10 à 21 jours).

En cas de dépistage positif, l'accès au traitement des tumeurs malignes, quel que soit ce traitement et la taille tumorale se fait en deux mois environ pour 50% des femmes (délai médian) et se montre stable avec un recul de 8 ans. L'âge des femmes ne se présente pas comme un facteur de variation de ces délais, contrairement à la taille tumorale. Selon la taille tumorale, ce délai s'allonge à 2 mois et demi au niveau régional (de moins de 2 mois à 3 mois selon les départements) pour les cancers in situ, tandis qu'il est plus court pour les autres tumeurs (inférieur à 2 mois). L'analyse des 2 composantes de ce délai d'accès aux traitements montrent que le délai écoulé entre la biopsie et l'accès aux traitements est le plus long.

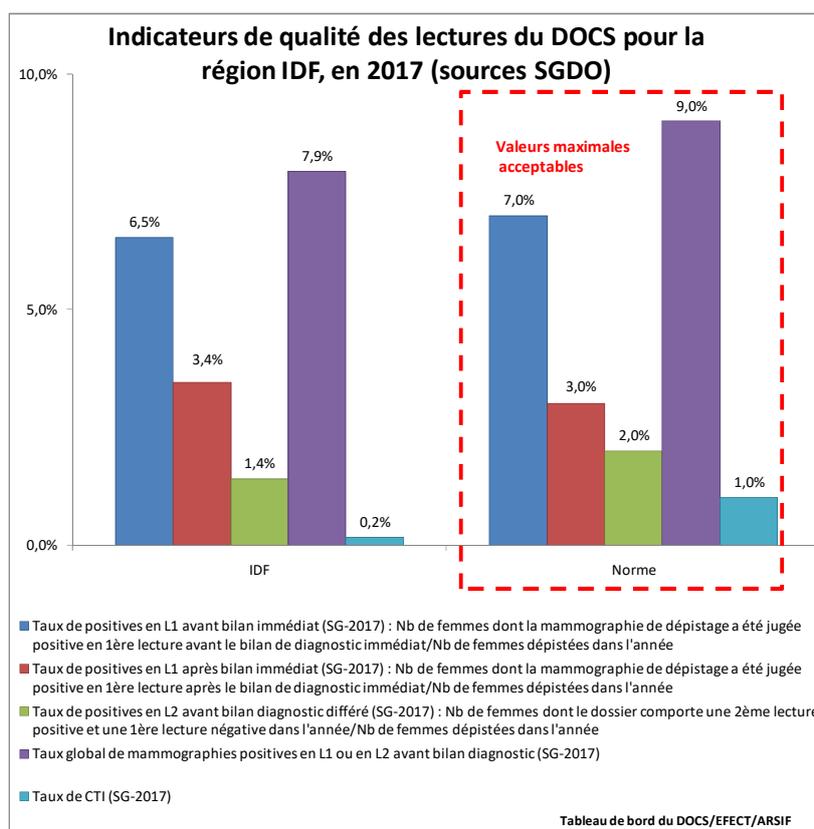
Figure 2



## Qualité radiologique

Appareils analogiques et numériques confondus, la qualité des lectures, du point de vue des indicateurs européens utilisés par Santé Publique France se montre satisfaisante pour la région dans son ensemble, avec cependant des améliorations pouvant encore être apportées pour certains départements principalement sur la première lecture (le taux de positif avant BDI devant tendre vers 7%) mais également sur la deuxième lecture. Notons que l'arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif au DOCS et portant modification du cahier des charges du DOCS a supprimé la possibilité de réaliser des mammographies analogiques dans le programme au profit exclusif des mammographies numériques.

Figure 3 :



Le taux de CTI, à 0,2% pour la région en 2017 a régulièrement diminué dans le temps. La proportion des CTI non refaits se montre stable au cours des quatre dernières campagnes (7 à 8%) mais tendrait à diminuer également (11% avant 2010), attestant d'une amélioration de la qualité des processus du programme.

## Qualité des pratiques

Le taux régional de Bilans de Diagnostics Différés non faits à 6 mois est observé à 22,8% mais varie entre départements de 12,9% à 34,2% pour l'année 2016. Comme pour les CTI, sur le plan organisationnel, il est difficile de déterminer dans ces résultats le rôle respectif des comportements des femmes, des stratégies de rappel des SG ou des conseils donnés par professionnels radiologues.

Actuellement, 36,4% des femmes ACR1 et ACR2 pour la région bénéficient d'une échographie en complément de leur mammographie de dépistage

Depuis 2005, il existe dans chaque département une augmentation des macro ou microbiopsies chez les femmes dépistées ACR4 et ACR5, soulignant cependant qu'elles ont évolué de 0,7% à 1,2 % en 2017 au niveau régional. Ce constat est extrêmement difficile à interpréter du fait de la qualité de l'information et de l'absence de norme. Les variations entre départements sont importantes et doivent interroger l'impact dans l'accès au traitement.

Les ACR3 représente 2% des femmes pour la région (de 1% à 3%). Rapporté au nombre de femmes dépistées positives, les ACR3 représente 40% des femmes au niveau régional (de 29% à 50%), les ACR3 en L1 après BDI constituant la part la plus importante des situations classées.

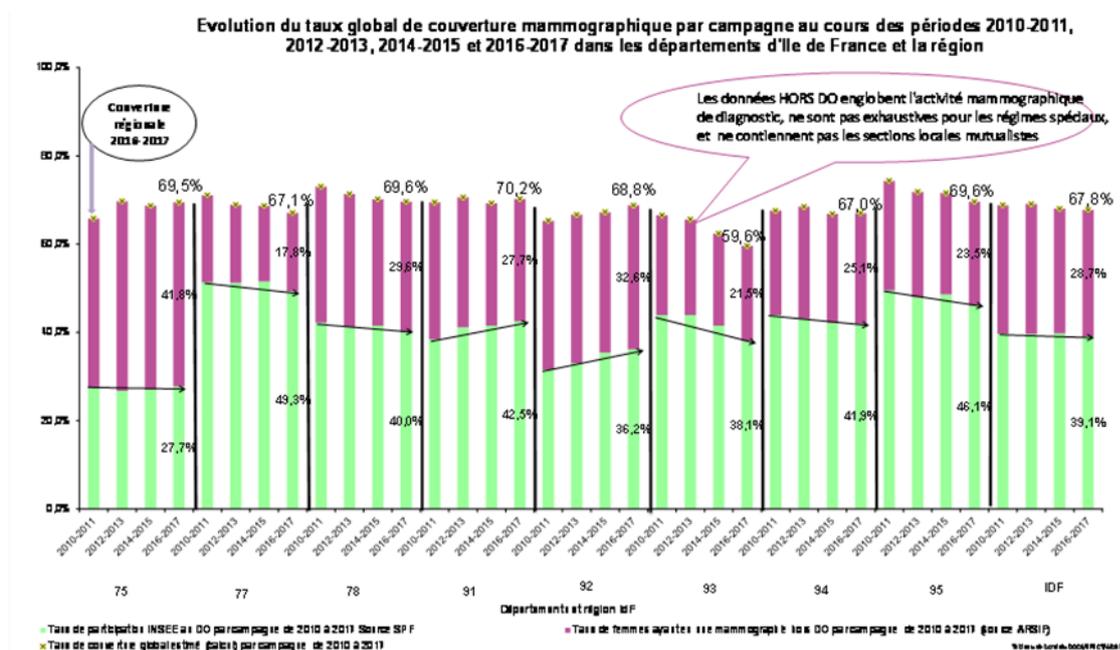
## 1.1.4 Participation/fidélisation des femmes au DO et couverture mammographique globale

Les données **annuelles** montrent que le taux régional actuel de participation INSEE au DOCS se situe à 38,5%. Comme cela avait déjà été mis en évidence lors des exploitations précédentes du tableau de bord, si ce taux annuel de participation au DO a régulièrement progressé au niveau régional jusqu'en 2009, avec toutefois des différences d'évolution départementales, la tendance actuelle à la diminution se confirme, comme sur le plan national.

La « couverture » régionale (recours à une mammographie « dans » ou « hors » DOCS) se montre cependant stable avec un recul important car elle globalise des évolutions départementales pourtant hétérogènes, principalement dans l'évolution de la participation au DOCS, à la hausse ou à la baisse selon les territoires. Comme le rappelle le graphe suivant, seul le 75 présente une tendance à l'augmentation de l'activité mammographique hors DO, qui augmente le taux de couverture mammographique global.

En analyse annuelle en 2017, ce taux de couverture se situe à 71% des femmes de la tranche d'âge ciblée, mais l'analyse sur la campagne 2016-2017, qui supprime les éventuels doublons (femmes réalisant des mammographies chaque année) place ce niveau de couverture à 67,8% pour la région, stable sur les 4 dernières campagnes. Rappelons que ces données surestiment la pratique de « dépistage » hors DO car elles englobent une part non évaluée de mammographies à visée diagnostique. D'autre part, elles sous-estiment les recours (du fait de l'absence des données) des personnes assurées dépendantes des sections locales mutualistes (non négligeables en Ile de France) et de certains régimes spéciaux.

Figure 4 :



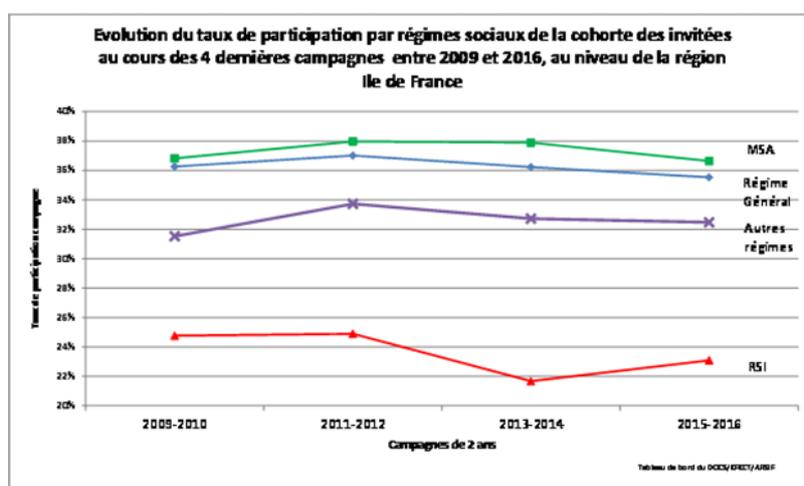
Ces éléments témoignent d'un chemin qui ne s'engage pas dans le sens attendu par le plan cancer 2014-2019 à savoir l'atteinte, fin 2018, d'un taux de participation de 75% dans le DOCS.

Pour tous les départements, la place du secteur privé reste prépondérante voire en augmentation dans la participation au DO (de 85,7 à 98,1% des dépistages) et le rôle des centres de santé pour les départements qui en sont dotés se confirme, au cours du temps, non négligeable (en dehors du 95 où le rôle du CMS est peu important, 4,1% à 9,9% de l'ensemble des mammographies réalisées dans le cadre du DO), surtout pour les départements présentant un niveau de participation au DO relativement faible (75, 92). La part des femmes dépistées en dehors du département (7,2% pour la région en 2017) a progressivement augmenté depuis la généralisation du DO, traduit la mobilité des femmes dans la région (adaptation du choix du cabinet à leur lieu de travail) et l'impact de la communication des SGDO mais comporte des conséquences organisationnelles non négligeables. En effet, la SG doit consacrer plus de temps et de secrétariat à la gestion des dossiers ce qui correspond à une augmentation de coût de gestion des dossiers. Pour la femme, il existe un allongement des délais d'accès aux résultats et un risque accru de perte des dossiers.

Si l'introduction de la mammographie numérique en 2008 n'a pas eu d'impact significatif sur le taux de participation, sa montée en charge (96% des femmes sont dépistées par mammographie numérique fin 2017) amène à s'interroger sur les modalités de la seconde lecture du programme qui évoluera dans doute dans les années futures (transmission sécurisée et lecture sur console actuellement non autorisée mais la « dématérialisation » des flux associés à la L2 est en cours d'expérimentation). Cependant, cette réflexion ne peut se faire que nationalement dans le cadre de la mise en œuvre d'un cahier des charges rigoureux encadrant cette évolution des pratiques (transmission, qualité des équipements, modalité de lecture).

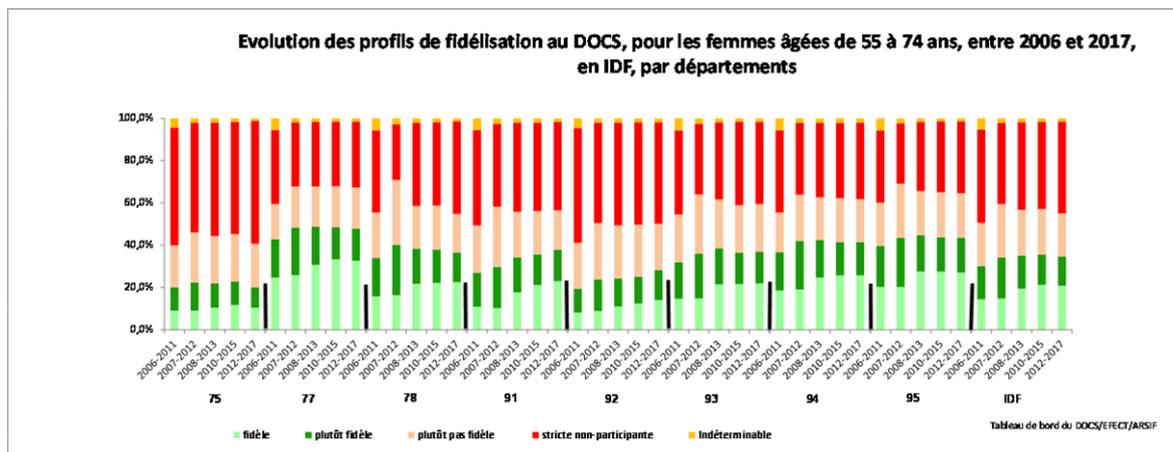
Les analyses portant sur la cohorte des femmes invitées en 2015-2016 montrent que les femmes entrantes dans le programme, âgées de 50 à 54 ans, sont toujours celles qui participent le moins au DO. Jusqu'à la campagne 2013-2014 la participation augmentait jusqu'à 70 ans puis stagnait ou diminuait au-delà. Avec cette exploitation, le constat est l'augmentation de la participation jusqu'à 64 ans puis à la stagnation ou à la diminution au-delà, dans la majorité des départements. Seuls les départements du 91 et 92 affichent une progression dans toutes les tranches d'âge. Les départements qui conservent une participation stable ou en progression au-delà de 70 ans sont le 75, 91, 92 et 94. En termes d'évolution dans le temps au cours de 4 campagnes successives, les variations départementales observées ont pour effet régional de diminuer la participation des femmes dans toutes les tranches d'âge sauf pour les femmes âgées de 60 à 69 ans où la participation demeure stable. Par régime d'assurance maladie, la participation demeure la plus faible pour les femmes couvertes par le RSI, pour tous les départements et ceci depuis la généralisation des dépistages.

Figure 5 :



L'analyse des profils de **fidélisation** des femmes dans le programme de dépistage, au cours des 4 dernières campagnes montre que tous les départements connaissent une forte proportion de femmes strictement non participantes malgré les hétérogénéités (43,4% au niveau régional, allant de 31,3% à 58% selon les départements). Ce niveau demeure stable au regard des données des exploitations précédentes avec de légères variations de la tendance dans les départements, qui semblent être fonction de la part des profils « plutôt pas fidèles ». En effet, dans tous les départements, les proportions de femmes fidèles et plutôt fidèles sont stables ou ont augmenté au cours des quatre dernières analyses réalisées et au niveau régional où l'on observe 34,6% de femmes plutôt fidèles au dépistage dont 20,7% fidèles (21,2% lors de la précédente analyse).

Figure 6 :



Centrées sur les femmes strictement fidèles, les variations départementales observées sont les mêmes que dans l'exploitation précédente, avec confirmation de l'émergence de **4 niveaux de fidélisation** :

- ◆ Pour le 77, 32,5% des femmes réalisent leur mammographie tous les deux ans dans le DO,
- ◆ Pour le 94 et 95, ce niveau se situe autour de 25-27%,
- ◆ Pour le 78, 91 et 93, ce niveau se situe autour de 21-22%,
- ◆ Pour le 75 et 92 : le niveau de fidélisation des femmes demeure inférieur à 15%. Soulignons cependant la progression régulière de la part de femmes fidèles dans le 92, qui est passé de 8% lors de l'analyse de la cohorte 2010-2011 à 14% actuellement.

La part des femmes fidèles, comme celles plutôt fidèles, tend à être plus nombreuses dans les départements ayant une participation forte dans le DO notamment dans le 77, le 95, le 94 mais également dans le 92 dont l'analyse conforte l'hypothèse du rôle majeur de la fidélisation dans le niveau observé de participation des femmes au dépistage.

Par ailleurs, pour tous les départements et au niveau régional, la part des femmes strictement non participantes tend à diminuer avec l'avancée en âge au profit des plutôt fidèles et fidèles.

Rapproché de la participation, l'analyse de la fidélisation suggère que ce ne sont pas toujours les mêmes femmes qui réalisent leur mammographie dans le cadre de campagnes successives et ceci doit être intégré dans l'estimation de la proportion de celles qui échappent à tout dépistage, dans ou hors DO. Ces éléments arguent en faveur d'un recours à la mammographie à une périodicité autre que 24 mois, pour certaines femmes.

La part des **femmes fidèles, comme celles plutôt fidèles, tend à être plus nombreuses dans les départements ayant une participation forte dans le DO** notamment dans le 77, le 95, le 94 mais également dans le 92 dont l'analyse conforte l'hypothèse du rôle majeur de la fidélisation dans le niveau observé de participation des femmes au dépistage.

Le tableau de bord ne permet pas de caractériser finement les femmes non-participantes ni de déterminer les facteurs liés à la « non-participation ». En effet, les données du tableau de bord permettent actuellement de

connaître la cause de non participation pour environ 15-20% des femmes non participantes pour l'ensemble de la région, depuis plusieurs années. Ces données sont issues pour l'essentiel des courriers de réponse des femmes aux structures de gestion et sont difficiles à collecter. Elles mettent en évidence le rôle dominant joué par l'antécédent de mammographie dans la non-participation des femmes au DO et souligne encore l'impact de la coexistence du DO avec la DDI.

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

Le taux de femmes sollicitées est un indicateur créé pour traduire le niveau d'activité déployé par les structures de gestion pour faire adhérer les femmes aux dépistages. Son analyse en parallèle de celle des modalités d'accès aux dépistages met en lumière que pour la région, plus les femmes répondent à l'invitation initiale, moins la multiplication des sollicitations est nécessaire. Ainsi, pour les femmes dépistées dont on peut penser que la sensibilisation est plus grande, le nombre moyen de sollicitations est plus faible que les non dépistées dans le DO. Le nombre moyen de sollicitations par femme dépistée, à **1,6** pour la région, doit être interprété avec les moyens dont disposent les SGDO et ceux qu'elles mettent en œuvre. Pour la région, 77% des sollicitations sont dédiées aux femmes non dépistées. Le département 75, dont le taux de participation est faible, et le département 92 sont ceux qui sollicitent le plus les femmes, plus de 80% des sollicitations concernant les femmes qui ne sont pas dépistées.

Les femmes dépistées ont répondu majoritairement aux invitations et aux relances dans tous les départements, mais le recours spontané est un mode d'accès possible au DO. De même, malgré les limites liées au recueil de données, le rôle (connu) des médecins (généraliste, radiologue, gynécologue) dans l'incitation à se faire dépister et dans l'orientation vers le DO s'exprime à travers les 4,9% observés pour les autres modes d'accès que l'invitation/relance au dépistage.

Le tableau de bord confirme, comme cela a déjà été mis en évidence dans d'autres travaux, que les départements les mieux dotés quantitativement à l'égard du parc mammographique comme en ressources professionnelles clés (densités de médecins généralistes, gynécologues et obstétriciens, et radiologues) ont les taux de participation et de couverture mammographique globale les plus bas. La participation des professionnels au DO relève donc plus d'éléments qualitatifs d'adhésion en lien avec leurs pratiques, que quantitatifs, en nombre de professionnels exerçant sur le territoire d'activité.

Quelle que soit la dotation des départements, le délai médian entre l'invitation (quelles que soient les relances éventuelles) et la réalisation du test de dépistage se situe à 2 mois ½ pour la région, variant de 2 à 3 mois selon les départements. Le délai entre deux invitations, à 22 mois pour l'ensemble des SGDO est strictement conforme au cahier des charges des DO.

## 1.2 Orientations décisionnelles

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

### 1.2.1 Approfondir certains constats dans des groupes de travail régionaux

A partir de l'organe de pilotage, garant de la politique publique portée par le programme de dépistage organisé du cancer du sein, plusieurs axes de réflexion pourraient être déployés au sein de groupes de travail pluralistes pour comprendre et expliquer :

- La variabilité de certains résultats rapportés par le tableau de bord entre les différents départements :
  - Avec l'ORSIF et Santé Publique France : le niveau du taux de mortalité spécifique par cancer du sein et son évolution.
  - Avec le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC): les taux de détection des cancers (global et par types de cancers).
  - Avec le département de l'offre de soins de l'ARSIF : les délais d'accès aux traitements après biopsie.
- Le faible recours à la mammographie des femmes du RSI qui rejoint des constats plus généraux d'un recours aux soins moins important pour les travailleurs non salariés, et qui sont à rapprocher d'éléments déjà connus (freins méconnus des soignants et engendrés par les contraintes professionnelles, type de protection sociale, fonctionnement de l'offre du système de santé). Il reste nécessaire de clarifier le recours au DDI en complément du DOCS, et qui demeure difficile à analyser du fait des circuits et règles de liquidation des actes du RSI, et d'analyser plus finement pour cette sous population s'il existe des pertes de chance (taux de cancers détectés et taux de cancers de bons pronostics détectés).
- Les freins à la fidélisation dans le DOCS, après y avoir réalisé au moins une mammographie : mener un travail régional d'enquête se focalisant sur les femmes «plutôt pas fidèles».

### 1.2.2 Développer des actions d'amélioration de la qualité du DOCS et de la participation au DOCS

Le nouveau CRCDC se présente comme une réelle opportunité pour se saisir des résultats du tableau de bord et améliorer l'évolution de la mise en œuvre du DOCS en Ile de France :

- Développer des actions ciblées et personnalisées sur des sous-populations de femmes, comme le suggèrent les résultats de participation, de couverture mammographique et de fidélisation :

- Femmes sans dépistage depuis au moins 2 campagnes ;
- Femmes du régime d'assurance maladie RSI;
- Femmes «plutôt pas fidèles» au dépistage ;
- Femmes des tranches d'âge entrantes (50-54 ans) et sortantes (70-74 ans) ;
- Homogénéiser les stratégies de travail dans les 8 territoires et notamment :
  - Les relances des femmes dépistées positives pour améliorer le pourcentage actuellement élevé de femmes n'ayant pas effectué le bilan de diagnostic indiqué après leur mammographie.
  - Le retour d'informations aux professionnels sur les pratiques constatées : le taux de BDI non faits, rôle du L2, pratiques échographiques, pratiques biopsiques,... Analyser l'intérêt d'actions à porter au niveau régional pour garantir la qualité du programme (à l'égard des pratiques des professionnels).
- Poursuivre les efforts de communication en direction des professionnels pour gagner sur la participation des femmes actuellement en DDI, notamment de 50 à 54 ans.
- Suivre une sélection d'indicateurs caractérisant la qualité des lectures, l'efficacité du DOCS (notamment de détection des cancers de bons pronostics, à créer pour le tableau de bord (voir paragraphe suivant)), ainsi la qualité des pratiques, pour mettre en place des réponses adaptées.

### 1.2.3 Améliorer le contenu du tableau de bord

- Améliorer la qualité des informations colligées en routine au sein des structures territoriales. En effet, l'harmonisation du recueil de l'information au niveau régional, qui donne par ailleurs une opportunité de confrontation et de partage de la réflexion entre le CRCDC, l'ARSIF et l'Assurance Maladie, doit être enfin engagée pour la suite. Plusieurs types d'information identifiés de longue date comme devant faire l'objet de cette harmonisation ne l'ont pas été. A titre d'exemples : les modes d'entrée dans le dépistage, les causes de non participation, Le recodage des ACR0.
- Améliorer le système d'information en créant des contrôles de cohérence et des alertes relatives à la qualité des données (actuellement Néoscope, le logiciel métier de la structure de dépistage).
- Travailler à la création d'indicateurs pertinents pour un tableau de bord, et renforçant son intérêt pour :
  - Définir et suivre les indicateurs de cancers détectés de bon pronostic, intégrant le grade et l'agressivité tumorale, en complément du type, de la taille et de l'envahissement ganglionnaire (TNM).
  - Définir et suivre les indicateurs de suivi des femmes positives par les structures territoriales, et dont les premiers éléments ont été posés au cours de cette exploitation du tableau de bord.

- Développer l'axe de suivi des pratiques professionnelles en général et notamment les pratiques échographiques, le suivi des ACR3.
- Améliorer le circuit d'obtention des données depuis les RCP (détentrices de données anatomopathologiques précises), via le réseau régional de cancérologie (ONCORIF) qui est de son côté invité à se rapprocher de la structure de coordination régionale des dépistages ou les 3C de la région.
- Etablir les connexions avec les données organisationnelles, financières et économiques relatives aux dépistages. Aujourd'hui, le tableau de bord et les données financières recueillies dans l'application APACCHE ont des vies parallèles, bien qu'à l'origine du tableau de bord, en 2003, un volet économique avait été envisagé pour ce dernier, puis différé du fait de la création d'APACCHE. Au stade actuel du développement du programme, des éléments de réflexion économiques seraient utiles au pilotage régional dans la mesure où les dotations financières et l'activité portée sont étroitement liées.

# 2 INTRODUCTION

## 2.1 La place du dépistage organisé dans la lutte contre le cancer du sein

En 2017, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à 399 626 (214 021 hommes et 185 605 femmes)<sup>4</sup>, constituant aujourd'hui la première cause de mortalité des français devant les maladies cardiovasculaires.

Chez l'homme, les trois tumeurs solides les plus fréquentes sont celles de la prostate (48 427 nouveaux cas en 2013), du poumon (32 260) et les tumeurs colorectales (24 035). Chez la femme, il s'agit des cancers du sein (58 968), colorectal (20 837) et du poumon (16 849).

Dans son dernier rapport sur les cancers en France<sup>5</sup>, l'Institut national du cancer stipule que le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale augmente tandis que la mortalité diminue. Ceci s'explique par l'effet combiné de l'augmentation de l'incidence des cancers de bons pronostics et de la diminution de l'incidence des cancers de mauvais pronostics.

Le nombre de décès par cancer en 2017 est estimé à 150 303 décès (84 100 hommes et 66 203 femmes).

Chez la femme, en France comme en Europe, le **cancer du sein** est le plus fréquent. Sur la période 2007-2016<sup>2</sup>, il touche en moyenne 53172 femmes chaque année, il est plus fréquent que le cancer du poumon et que le cancer du côlon-rectum. 54% de nouveaux cas surviennent chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. Avec environ 11 883 décès recensés en 2017, il reste la première cause de décès par cancer chez les femmes, même si l'on assiste à une diminution des taux de mortalité standardisés, devant le cancer du poumon (10176) et le cancer colorectal (8 390).

Les dernières données comparatives de la survie par cancer du sein dans les 29 pays européens classent la France parmi les pays en tête avec une survie relative à 5 ans de 86,1 %, supérieure à la moyenne européenne (81,8 %). Ces données comprennent des cas diagnostiqués entre 2000 et 2007, dans une période qui correspond aux premières années de la mise en place des Plans cancer en France, avec un renforcement du dépistage, mais aussi à l'avènement d'importants progrès thérapeutiques dans cette maladie. On peut ainsi considérer que plusieurs facteurs contribuent à ces résultats.

En effet le cancer figure au premier rang des priorités gouvernementales depuis février 2000 où le premier programme national de lutte contre le cancer (PNLCC 2000-2005) a été mis en place, suivi de trois plans cancers

---

<sup>4</sup> Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France.Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 170 p. Disponible à partir des URL : <https://geodes.santepubliquefrance.fr>; <http://lesdonnees.e-cancer.fr/>; <http://www.santepubliquefrance.fr/>; <https://www.e-cancer.fr/>

<sup>5</sup> Les cancers en France en 2017, L'essentiel des faits et chiffres, Collection Etat des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, janvier 2018, Consultable en ligne. [http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france/](http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/)

successifs<sup>6</sup>. Ces derniers ont généralisé puis ré-affirmé le rôle majeur de la prévention et des dépistages organisés du cancer du sein (DOCS) et du cancer colorectal (DOCCR) dans la lutte contre le cancer.

L'actuel Plan Cancer 2014-2019 rappelle la nécessaire attention à accorder à la réduction des inégalités de santé, l'importance d'un diagnostic précoce, notamment à travers le rôle des dépistages organisés et celle d'un accès le plus rapide possible aux soins pour limiter les pertes de chance.

## 2.2 Organisation du DOCS

Le DOCS concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans domiciliées en France (métropole et DOM), en dehors de celles en cours de traitement pour cancer, ou surveillées après traitement, les femmes présentant des facteurs de risques importants et celles présentant un symptôme.

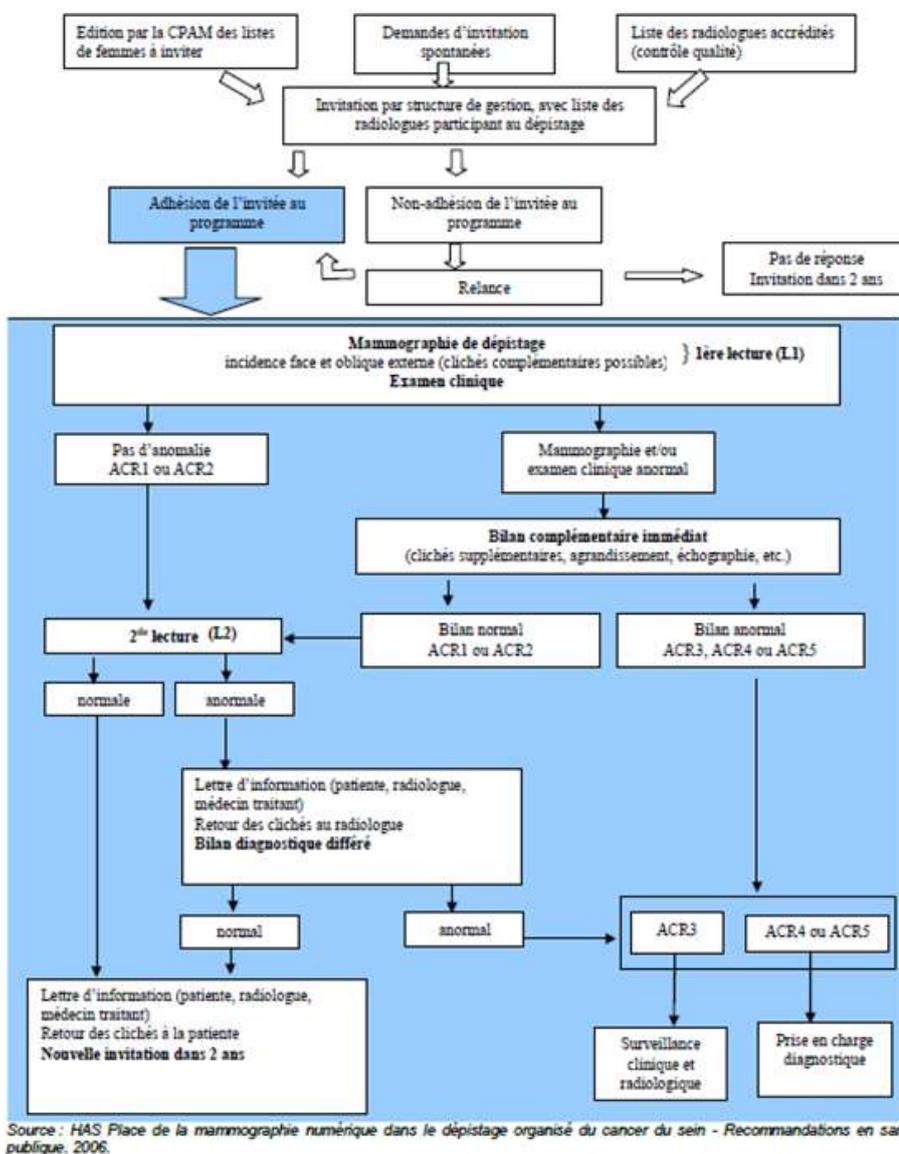
La particularité française du DOCS tient à sa cohabitation avec des pratiques de dépistage individuel.

La femme invitée réalise sa mammographie chez le radiologue de son choix, agréé pour avoir répondu aux critères de qualité nécessaires au dispositif. Les clichés réalisés et normaux en L1 (soit ACR1 ou ACR2) sont cas échéant, est placée en surveillance ou repart dans le circuit des invitations biannuelles. Les femmes présentant une négativité du dépistage sont réinvitées deux ans plus tard à pratiquer une nouvelle mammographie. **Le fait d'inviter l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans et de les suivre pendant la période de deux ans jusqu'à la vague d'invitations suivante s'appelle la campagne de dépistage.**

---

<sup>6</sup> Plan Cancer 2003-2007 ; Plan Cancer 2009-2013, Plan Cancer 2014-2019

Figure 7 : Représentation schématique du parcours de dépistage organisé du cancer du sein



Au niveau national, la Direction Générale de la Santé (DGS), avec l'expertise de l'INCa assure le suivi des programmes de dépistage tandis que les caisses nationales d'Assurance Maladie les financent majoritairement. De son côté, l'InVS est chargé de l'évaluation annuelle dite « épidémiologique » du programme (évaluation quantitative).

Au niveau local, l'organisation a été guidée par les trois premiers cahiers des charges nationaux (2001) qui ont été précisés par des arrêtés ultérieurs (arrêté du 29 septembre 2006 actuellement en vigueur). L'arrêté du 24 janvier 2008 publié au JO du 5 février 2008 a introduit la mammographie numérique dans le DOCS.

- Les structures de gestion des dépistages organisés (SGDO) sont depuis le démarrage chargées d'organiser et d'animer le dispositif de dépistage au niveau de leur territoire géographique d'activité qui peut être départemental ou interdépartemental. Placées sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur<sup>7</sup>, elles sont de statut associatif le plus souvent, groupements d'intérêt public (GIP) ou œuvres de caisses. Elles regroupent dans le conseil d'administration des représentants de l'assurance-maladie, des professionnels de santé et des usagers, et du conseil général s'il ne s'est pas désengagé.
- Les ARS créées en 2010 par la Loi HPST, ont à mettre en œuvre la politique de santé publique et veiller à la couverture des besoins de la population dans les différents champs constituant cette politique, dont le Plan Cancer, et, par là, les dépistages. Elles allouent les financements de l'Etat dont elles assurent le suivi aux côtés des représentants de l'assurance maladie dans le cadre des « dialogues de gestion », annuels et spécifiques à chaque structure de gestion. Aujourd'hui, elles animent le dispositif régional.

## 2.3 Le DO en Ile-de-France

Comme le montre le tableau 1, en 2002 en Ile-de-France, au moment de la création du tableau de bord, quatre départements sur huit étaient déjà engagés dans le dépistage organisé du cancer du sein : le Val d'Oise depuis 1991, les Yvelines depuis 1997, la Seine-Saint-Denis depuis 1999, et l'Essonne depuis 1999. C'est au cours de l'année 2003 que le dispositif de dépistage s'est étendu à l'ensemble des départements.

Toutes les structures de gestion sont associatives, à l'exception du 93 (GIP), et disposent du même logiciel de gestion (« Néoscope » de la société Epiconcept).

**Tableau 1 : Ancienneté de la structure de gestion et date de mise en application du nouveau cahier des charges**

Département	Année de création de la SG	Date de mise en œuvre du cahier des charges de 2001
Paris (75)	2002	15/05/2003
Seine et Marne (77)	2002	20/10/2003
Yvelines (78)	1997	01/09/2001
Essonne (91)	1999	01/05/2002
Hauts de Seine (92)	2003	01/10/2003
Seine St Denis (93)	1999	01/04/2002
Val de Marne (94)	2002	16/12/2002
Val d'Oise (95)	1991	01/06/2002

<sup>7</sup> Deux SGDO sur le plan national ne sont pas coordonnées par un médecin.

# 3 LE TABLEAU DE BORD

## 3.1 Principes et collecte des informations

**En donnant une lecture de la mise en œuvre, le tableau de bord a pour but d'aider au pilotage du dispositif dans la région, et d'orienter, aux différents niveaux décisionnels, les actions susceptibles d'améliorer l'accès et la participation des femmes au DOCS d'une part, et de maintenir la qualité du dépistage d'autre part.**

Il a été conçu en 2002-2003<sup>8</sup> :

- ◆ Dans le respect de la logique des différents cahiers des charges établis ;
- ◆ Selon un principe de mutualisation de l'information existante dans différentes sources ;
- ◆ Avec la volonté de disposer de l'information dans un délai compatible avec le pilotage du dispositif, c'est à dire au plus près de l'année « N » analysée.

Il n'a pas vocation à rassembler de manière exhaustive l'ensemble des informations dont l'exploitation s'inscrit dans l'évaluation quantitative menée par l'InVS ou qui relève de la recherche, mais des informations jugées utiles au regard des objectifs qu'il poursuit.

Depuis le démarrage, la centralisation des données utilisées est réalisée par la société EFECT qui produit l'analyse et le rapport, pour chaque exploitation.

- ◆ Depuis la création de l'ARSIF, en 2012 (pour l'exploitation des données de 2010 et de 2011), le Web a été utilisé grâce au partenariat établi avec la société Epiconcept, conceptrice du logiciel de gestion du DO. Cette modalité a permis de centraliser la collecte des données en provenance des SG et faciliter les mises à jour des requêtes d'extraction issues des bases de données des SG. Les données extraites sont validées par la SG puis transmises à EFECT qui les exploite.
- ◆ Les données de l'assurance maladie sont à présent transmises au consultant par le département de la Stratégie de l'ARSIF, sur demande, à partir d'un cahier des charges établi par EFECT.
- ◆ Les données de l'INSEM sont recueillies auprès du CepiDc de l'INSERM, chaque année.

Les rapports sont analysés au sein de deux groupes de travail : un groupe « interstructures de gestion » et un groupe d'experts du sujet. Les travaux sont ensuite présentés au Comité de suivi créé au sein de la Direction de la promotion de la santé et de la réduction des Inégalités, puis au COREG.

---

<sup>8</sup> Voir historique et difficultés rencontrées en annexe

## 3.2 Présentation du rapport

**Après avoir présenté le contexte régional du point de vue démographique et de l'évolution de la mortalité spécifique par cancer du sein, le rapport développe trois parties.**

La première partie présente la participation au DO et surtout la **couverture mammographique**, qui constitue la plus ancienne particularité du tableau de bord d'IDF, et la seule démarche sur le plan national à posséder un recul supérieur à 12 ans sur ces indicateurs. Ceci a été possible à partir des données de l'assurance maladie auxquelles ont accédé successivement : la DRASS grâce à l'animation inter-régimes d'assurance maladie qui avait été établie dès la construction du tableau de bord, puis le GRSP et enfin l'ARS.

Depuis 2012, avec l'exploitation des données 2010-2011, des changements sont intervenus :

- ◆ Les données utilisées pour l'assurance maladie sont inter-régimes et contenues dans le DCIR (Datamart de Consommations Inter Régimes, issu du SNIIRAM), à laquelle accède le département de la Stratégie de l'ARSIF qui fournit les données pour le tableau de bord (antérieurement, une base par régime était utilisée, dont ERASME pour le régime général).
- ◆ Les groupes de travail ont décidé d'adopter la campagne de deux ans comme principale unité d'analyse pour la couverture mammographique, comme pour la participation.
- ◆ Un nouvel axe d'analyse a été ajouté, traitant de la **fidélisation dans le dépistage**. Exploité pour la cinquième fois, cet axe constitue la **deuxième originalité du tableau de bord d'Ile de France, unique dans la régularité sur plan national**.

Cette première partie traite aussi des autres aspects de fonctionnement du programme.

La **deuxième partie du rapport** est consacrée à l'efficacité du programme (en termes de cancers dépistés et pourcentage de cancers de bons pronostics).

La troisième partie du rapport est consacrée à la qualité du dépistage (des lectures et du programme), incluant **l'accès au traitement dont l'analyse des délais constitue le 3<sup>ème</sup> apport original du tableau de bord**.

Conformément à la vocation d'un tableau de bord, le groupe de travail a pris le parti de se limiter à une analyse descriptive pour tous les indicateurs. Il apparaît en effet que le raisonnement « causal », essayant d'expliquer les observations, demande à prendre en compte plus finement les fonctionnements et intégrer les activités mises en œuvre sur le terrain. A ce titre, il relève d'une démarche d'évaluation et non d'un pilotage.

Cette analyse de suivi régional doit permettre d'engager un véritable travail de réflexion, a fortiori dans le cadre de la création du **centre régional de coordination**:

- ◆ Entre l'ensemble des actuelles structures de gestion, pour identifier les actions communes,
- ◆ Entre le **centre régional** et l'Agence Régionale de Santé, au sein du dialogue de gestion, en vue de proposer des pistes d'approfondissement et des actions d'amélioration spécifiques à chaque territoire d'activité,
- ◆ Au sein de l'ARSIF pour identifier ses propres leviers d'action.

# 4 CONTEXTE DU DEPISTAGE

## 4.1 Population cible du dépistage

Depuis l'exploitation des données 2005, le groupe technique a décidé d'utiliser, comme l'InVS, les projections omphale de l'INSEE pour définir l'effectif de population cible.

Depuis 2005, les projections de population communiquées par l'INSEE reposent le « scénario dit central »<sup>9</sup> :

- ◆ La méthode de calcul des 3 principaux facteurs de variation démographique (la fécondité, la mortalité et le quotient migratoire), est différente de ce qui était antérieurement utilisée.
- ◆ Pour les dernières projections communiquées en 2010, la base de population est celle estimée en 2009.

En 2017, la population des femmes ciblées par département est la suivante.

**Tableau 2 : Données démographiques relatives aux femmes de la région Ile-de-France, par département (Source INSEE, 2016 et 2017)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF
Nombre total de femmes en IDF (INSEE, 2016)	1146680	706104	742030	637353	848588	791113	700976	618119	6190963
Nombre de femmes 50-74 ans en IDF (INSEE, Omphale 2016)	303156	182196	199361	166003	210563	187767	181063	157160	1587269
Part des femmes de 50 à 74 ans parmi l'ensemble des femmes en 2016	26%	26%	27%	26%	25%	24%	26%	25%	26%
Nombre total de femmes en IDF (INSEE, 2017)	1144978	710959	744079	639650	852226	793042	703024	620120	6208078
Nombre de femmes 50-74 ans en IDF (INSEE, Omphale 2017)	305577	186104	201903	168274	214369	190486	183546	159768	1610027
Part des femmes de 50 à 74 ans parmi l'ensemble des femmes en 2017	27%	26%	27%	26%	25%	24%	26%	26%	26%

La proportion de femmes ciblées, au vu de la démographie départementale, est stable depuis 2005 par rapport à la population totale des femmes. En valeur absolue, elle est du même ordre de grandeur dans l'ensemble de la région, à l'exception de Paris où l'effectif de cette population est 1,5 fois à 2 fois supérieure aux différents départements franciliens.

<sup>9</sup>Projections de population 2007-2042 pour la France métropolitaine –INSEE, Omphale scénario central

## 4.2 Mortalité et morbidité spécifiques

Le contexte se caractérise aussi par les indicateurs habituels épidémiologiques. Le taux de mortalité constitue un indicateur de résultats à long terme sans que l'on puisse considérer le dépistage organisé comme le seul facteur impliqué dans son évolution.

Depuis plusieurs années, suite à la décision prise dans les groupes de travail du tableau de bord, le taux **standardisé et spécifique** de mortalité présenté porte sur **la tranche d'âge 50-79 ans**. L'âge de 50 ans pour la fourchette inférieure permet de prendre en compte les décès survenant rapidement après le dépistage (avant les cinq années de survie moyenne tous stades confondus)<sup>10</sup>. L'âge de 79 ans pour la fourchette supérieure a été décidé par le groupe de travail pour prendre en compte les cinq années de survie moyenne chez des femmes dépistées, au plus tard, à l'âge de 74 ans. La prise en compte d'un âge supérieur à 79 ans a également été discutée mais non retenue du fait de l'augmentation de la fréquence des autres causes de décès avec le vieillissement et la difficulté à considérer la spécificité du décès par cancer du sein.

Le tableau de bord dispose de suffisamment de recul pour présenter dans cette version deux types d'indicateurs et surtout leur évolution:

- ◆ L'évolution depuis 2005 du taux annuel de mortalité spécifique par cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 79 ans, standardisé sur la population Europe (standard 2013 produit par EUROSTAT<sup>11</sup>) dont on analyse la tendance.
- ◆ L'évolution du taux triennal de mortalité spécifique par cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 79 ans, standardisé sur la population européenne (même standard 2013), portant sur deux périodes complètes (les données 2015 n'ont pas été transmises).

Par ailleurs, les nombres annuels de décès sont présentés depuis l'année 2000 à titre informatif en annexe 1 (tableau 27).

**Concernant la morbidité, les ALD** représentent le seul indicateur d'incidence disponible puisque l'activité du CRISAPS IF alimenté par les cabinets d'anatomopathologie a été interrompue en 2010. L'utilisation des ALD expose à la qualité de leur notification, qui peut varier selon les départements. Le calcul de l'incidence standardisée traduit la fréquence annuelle comme pour la mortalité et appelle les mêmes remarques en termes de tendance. Depuis 2006, **ces données sont irrégulièrement publiées par la même source (Score-santé), rendant difficile leur exploitation qui n'est pas réalisée dans le cadre du tableau de bord.**

<sup>10</sup> « ...La survie à 5 ans du cancer du sein est passée de 81 % pour les cas diagnostiqués en 1990 à 89 % pour ceux diagnostiqués en 2002 ». La situation du cancer en France en 2013, Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, Janvier 2014, page 16.

<sup>11</sup> European Commission. Revision of the European Standard Population – Report of the Eurostat 's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2013, p121

## 4.2.1 Définitions

Indicateur	Définition	Source	Année
Taux annuel standardisé de mortalité spécifique par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées de 50 à 79 ans	Taux observé par départements, en Ile-de-France et en France s'il avait la même structure par âge que la population européenne des femmes	Numérateur : INSERM (cépidc) Dénominateur : INSEE, projection omphale scénario central, 2005 puis 2010 Standard européen 2013	2005 à 2015
Taux standardisé de mortalité spécifique par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées de 50 à 79 ans portant sur une période triennale	Taux observé par département et en Ile-de-France s'il avait la même structure par âge que la population européenne des femmes de la tranche d'âge concernée	Numérateur : INSERM (cépidc) Dénominateur : INSEE, projection omphale 2005 puis 2010, scénario central, 2007-2042 Standard européen 2013	2005-2007 2008-2010 2011-2013

## 4.2.2 Limites et difficultés

Nous ne pouvons utiliser les taux de mortalité antérieurs à 2005, du fait des modifications survenues dans la méthode de calcul INSEE de projection démographique et présentées dans le chapitre précédent. Nous disposons actuellement de 11 années (2005 à 2015) pour lesquelles ce dénominateur populationnel est calculé selon la même méthode.

## 4.2.3 Résultats

Les figures suivantes illustrent l'évolution de cette mortalité spécifique centrée sur la tranche d'âge des femmes de 50 à 79 ans, au cours de trois périodes triennales successives, entre 2005-2007, 2008-2010 et 2011-2013 et de 11 années (2005 à 2015), pour la région et par département.

Figure 8 :

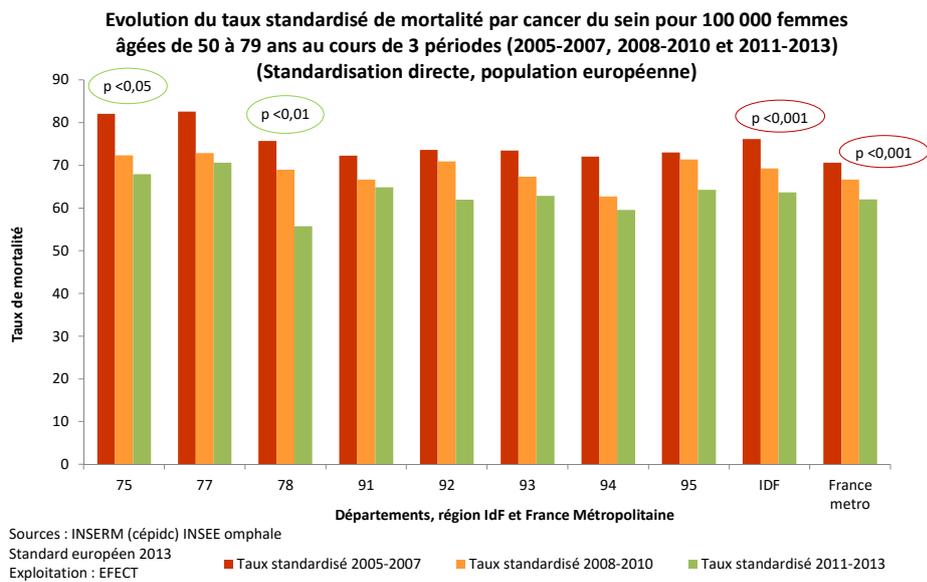


Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF

Figure 9 : Evolution tendancielle du taux annuel de mortalité par cancer du sein standardisé sur la population européenne (Standard 2013) pour la région IDF comparativement à la France Métropolitaine

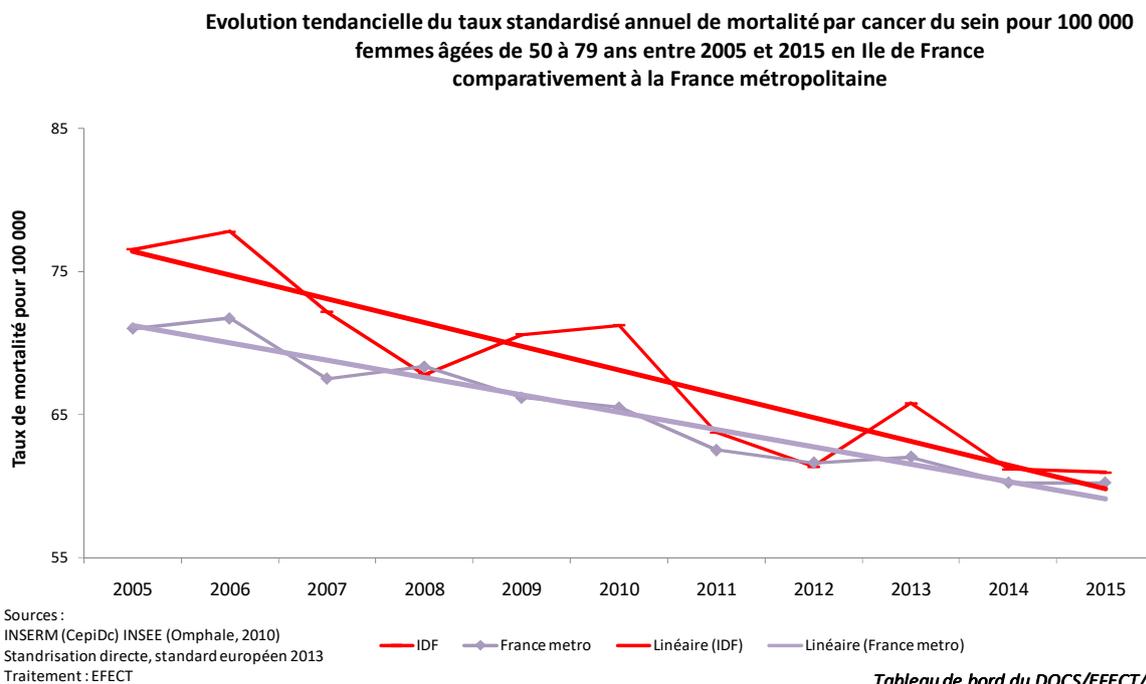
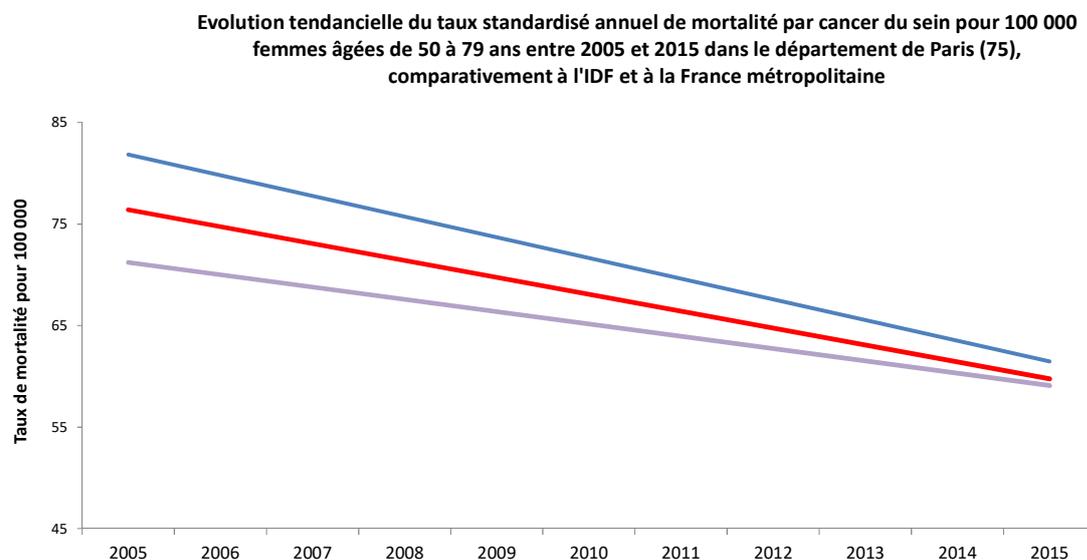


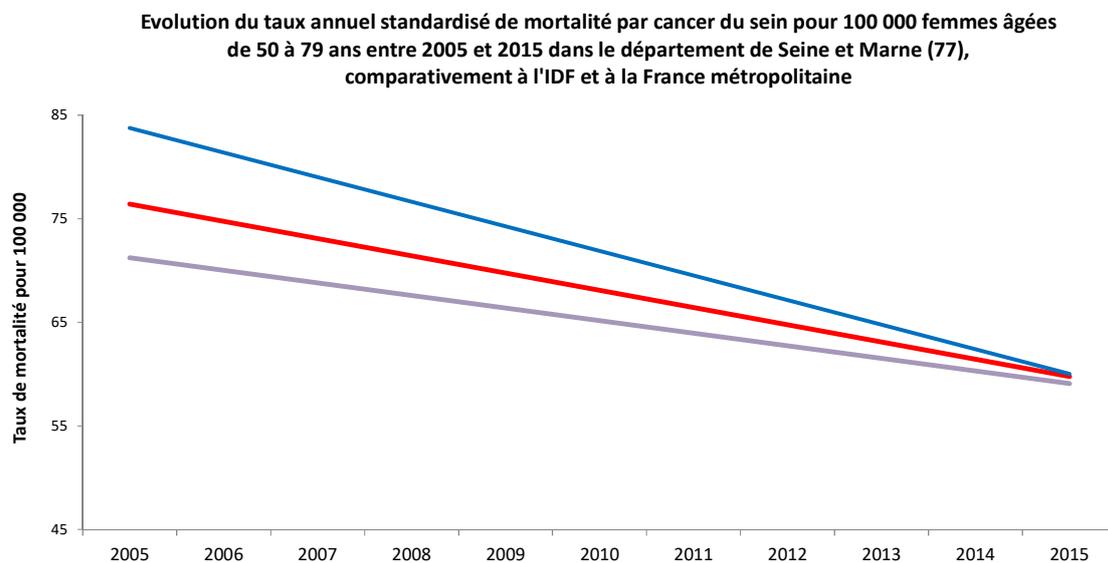
Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF

**Figure 10 : Evolution tendancielle du taux annuel de mortalité par cancer du sein standardisé sur la population européenne (Standard 2013) pour chaque département francilien, comparativement à la région IDF et à la France Métropolitaine**



Sources :  
 INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010) 75 IDF France metro Linéaire (75) Linéaire (IDF) Linéaire (France metro)  
 Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

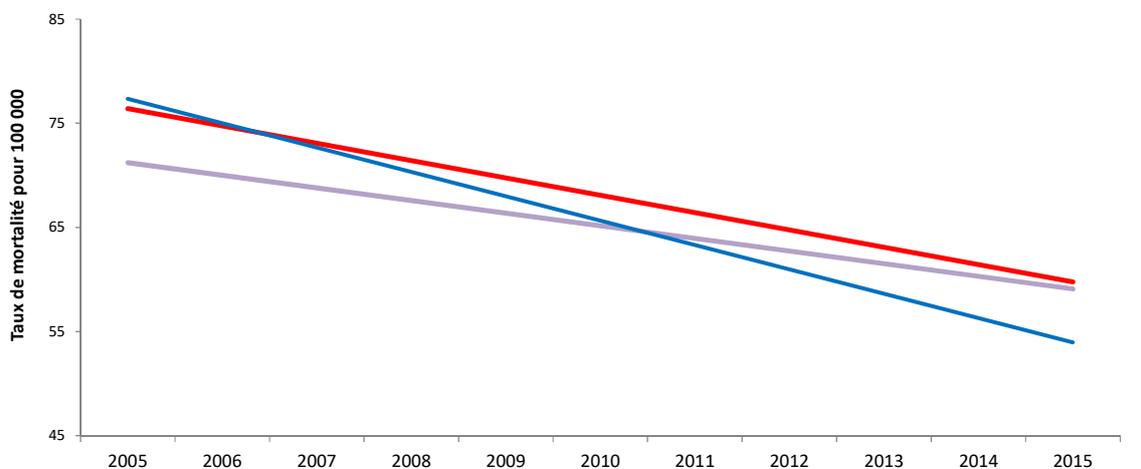
*Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF*



Sources :  
 INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010) IDF France metro 77 Linéaire (IDF) Linéaire (France metro) Linéaire (77)  
 Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

*Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF*

**Evolution du taux standardisé annuel de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées de 50 à 79 ans entre 2005 et 2015 dans le département Yvelines(78), comparativement à l'IDF et à la France métropolitaine**

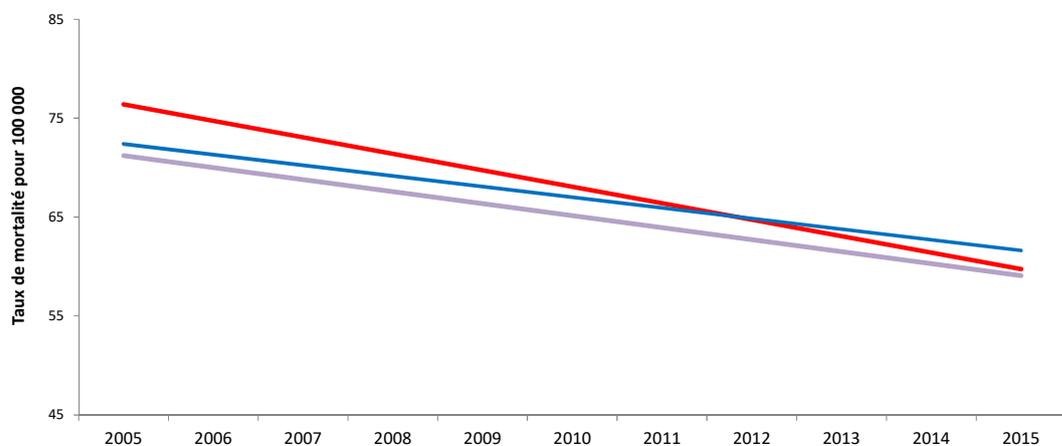


Sources :  
 INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010)  
 Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

IDF France metro 78 Linéaire (IDF) Linéaire (France metro) Linéaire (78)

**Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF**

**Evolution du taux standardisé annuel de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées de 50 à 79 ans entre 2005 et 2015 dans le département Essonne (91), comparativement à l'IDF et à la France métropolitaine**

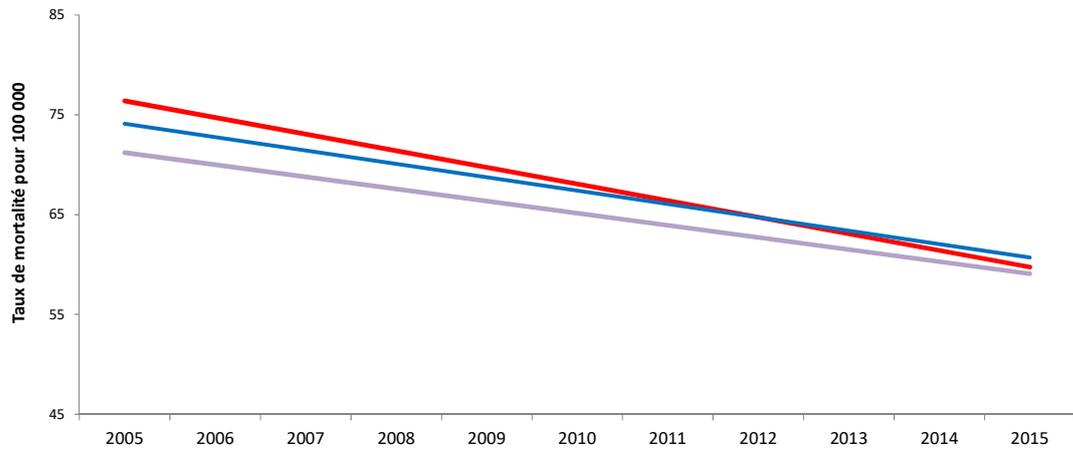


Sources :  
 INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010)  
 Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

IDF France metro 91 Linéaire (IDF) Linéaire (France metro) Linéaire (91)

**Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF**

**Evolution du taux standardisé annuel de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées de 50 à 79 ans entre 2005 et 2015 dans le département Hauts-de-Seine (92), comparativement à l'IDF et à la France métropolitaine**



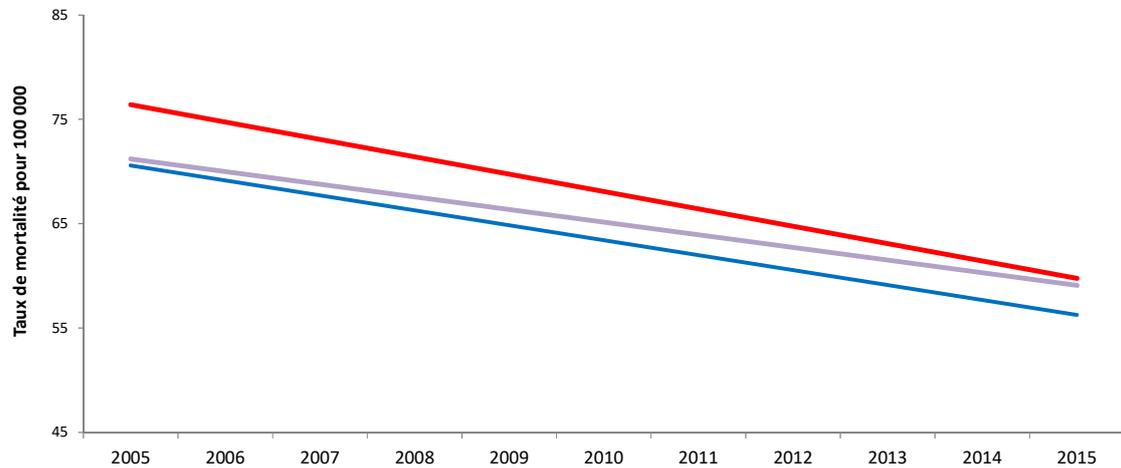
Sources :  
 INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010)  
 Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

IDF France metro 92 Linéaire (IDF) Linéaire (France metro) Linéaire (92)

*Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF*

**Evolution du taux standardisé annuel de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées**

**Evolution du taux standardisé annuel de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées de 50 à 79 ans entre 2005 et 2015 dans le département Val-de-Marne (94), comparativement à l'IDF et à la France métropolitaine**

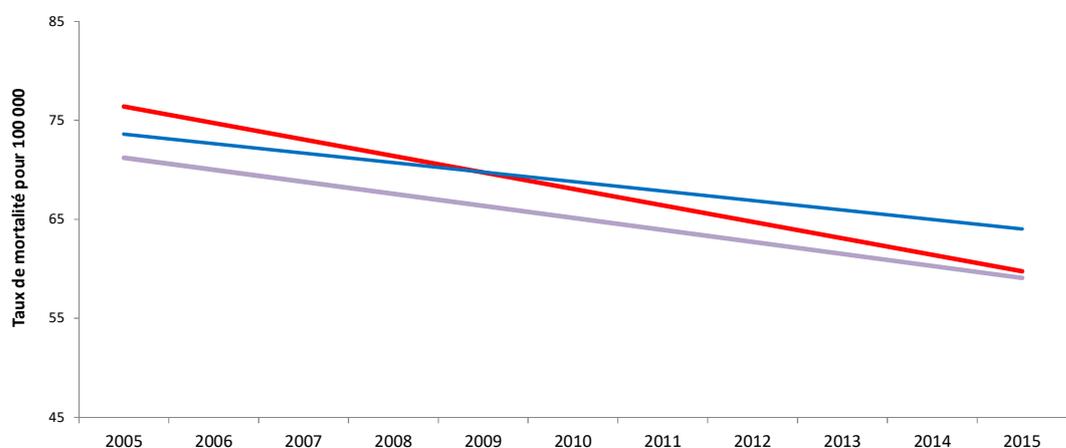


Sources :  
 INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010)  
 Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

IDF France metro 94 Linéaire (IDF) Linéaire (France metro) Linéaire (94)

*Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF*

**Evolution du taux standardisé annuel de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées de 50 à 79 ans entre 2005 et 2015 dans le département Val-d'Oise (95), comparativement à l'IDF et à la France métropolitaine**



Sources :  
INSEERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010)  
Standardisation directe, standard européen 2013  
Traitement : EFECT

IDF France metro 95 Linéaire (IDF) Linéaire (France metro) Linéaire (95)

*Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF*

Ces figures montrent que la mortalité tend à diminuer dans toute la région IDF, comme en France métropolitaine, mais de manière plus ou moins prononcée selon les départements de la région, en rappelant que la prévalence du cancer du sein et donc son incidence, comme les progrès thérapeutiques, interviennent dans la valeur du taux de mortalité.

Trois éléments importants apparaissent de cette analyse :

- ◆ La baisse du taux de mortalité entre 2005 et 2015 est plus marquée dans les départements de Paris, Yvelines et Val de Marne (où elle est plus importante que la baisse régionale observée au cours de la même période).
- ◆ Le niveau du taux de mortalité reste plus élevé dans les départements de Paris, Essonne, Hauts-de-Seine et Val d'Oise (>ou= à 61 pour 100 000, valeur régionale en 2015).
- ◆ Les Yvelines, La Seine et Marne, la Seine Saint Denis et le Val de Marne présentent les taux de mortalité spécifique les plus bas de la région en 2015, compris entre 56 et 59 pour 100000 femmes.

**Au sens statistique du terme**, la mise en évidence des différences pour les comparaisons entre périodes tient aux effectifs de décès sur lesquels nous travaillons et sur l'importance de la baisse du taux de mortalité entre les périodes analysées. Ainsi:

- ◆ Au niveau régional et national, les effectifs de décès sont plus importants qu'au niveau départemental et la puissance statistique est suffisante pour mettre en évidence de manière significative la différence entre les périodes triennales disponibles<sup>12</sup>.
- ◆ Au niveau départemental, les effectifs de décès demeurent insuffisants pour une puissance statistique optimale, et seule la baisse très importante du taux de mortalité des départements 75 et 78 permet de rendre les tests statistiques significatifs.

<sup>12</sup> Test statistique Loi normale et technique de bootstrap

# 5 FONCTIONNEMENT DU DEPISTAGE ORGANISE

## 5.1 Taux de participation au DO

### 5.1.1 Définitions

Trois indicateurs documentent le taux de participation :

- ◆ Le **taux de participation INSEE au DO sur une campagne de deux ans**, utilise le dénominateur INSEE, et estime le nombre de femmes dépistées sur la période. Il est analysé avec la couverture mammographique.
- ◆ Le **taux de participation invitées pour la cohorte 2015-2016** qui analyse la réponse des femmes effectivement invitées, selon le régime d'assurance maladie auquel elles appartiennent et leur tranche d'âge, **correspond au taux réel de participation**. La campagne analysée est la dernière « achevée », c'est-à-dire permettant de laisser aux femmes un délai de 6 mois au moins après la dernière relance pour réaliser leur mammographie, soit la campagne 2015-2016 pour notre analyse de 2017.
- ◆ Le **taux annuel de participation INSEE au DO** dont la construction utilise le dénominateur INSEE divisé par deux, estime le nombre de femmes dépistées par année. Les groupes de travail du tableau de bord ont décidé de recentrer le suivi de ce taux annuel sur la période des 3 dernières campagnes de 2ans pour l'ensemble des départements, et depuis 2005 pour la région.

Indicateur	Définition	Sources	Année
Taux de participation INSEE au DO sur une campagne de deux années	Numérateur : Nombre de femmes ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux années précédentes (entre le 1er janvier de l'année N-2 et le 31 décembre de l'année N-1) dans le cadre du DOCS Dénominateur : Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans l'année N-1 INSEE	Numérateur : SG Dénominateur : Projection INSEEomphale (2007-2042), en 2017	2016-2017
Taux de participation invitées sur deux années	Numérateur : nombre de femmes ayant réalisé une mammographie au cours de la période dans le cadre du DOCS Déclinaison de cet indicateur par régimes d'assurance maladie et par classes d'âge Dénominateur : nombre de femmes invitées la même période par les structures de gestion	Numérateur et dénominateur : SG	2015-2016
Taux annuel de participation INSEE au DO	Numérateur : Nombre de femmes ayant bénéficié d'une mammographie dans l'année dans le cadre du DO Dénominateur : Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans INSEE/2	Numérateur : SG Dénominateur : Projection INSEEomphale (2007-2042), en 2016 puis en 2017	2016 2017

## 5.1.2 Résultats

### Résultats de la participation sur une campagne de deux ans

#### 5.1.2.1.1 Etude de la participation de la cohorte des femmes invitées en 2015-2016 en 2015-2016

##### Participation par tranches d'âge

Figure 11 :

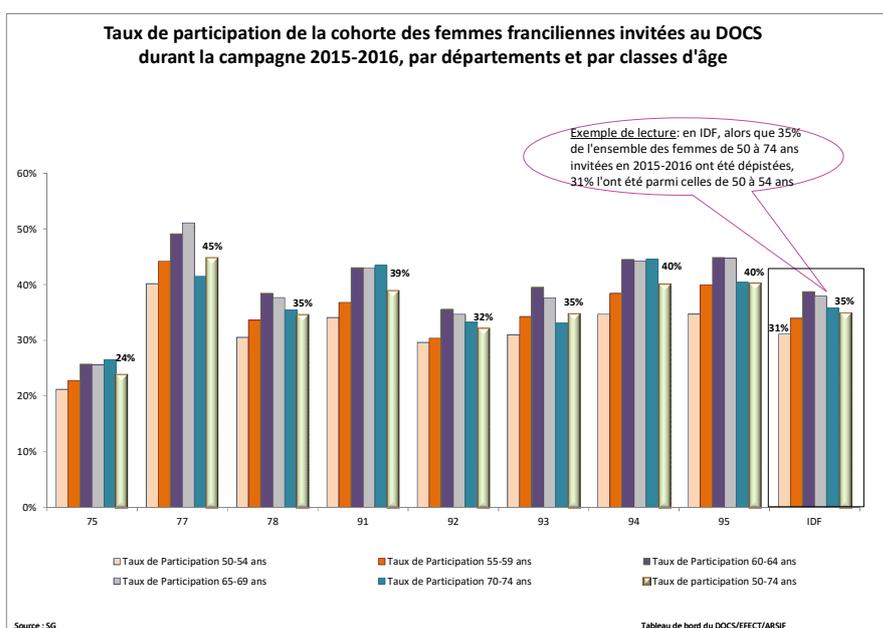


Figure 12

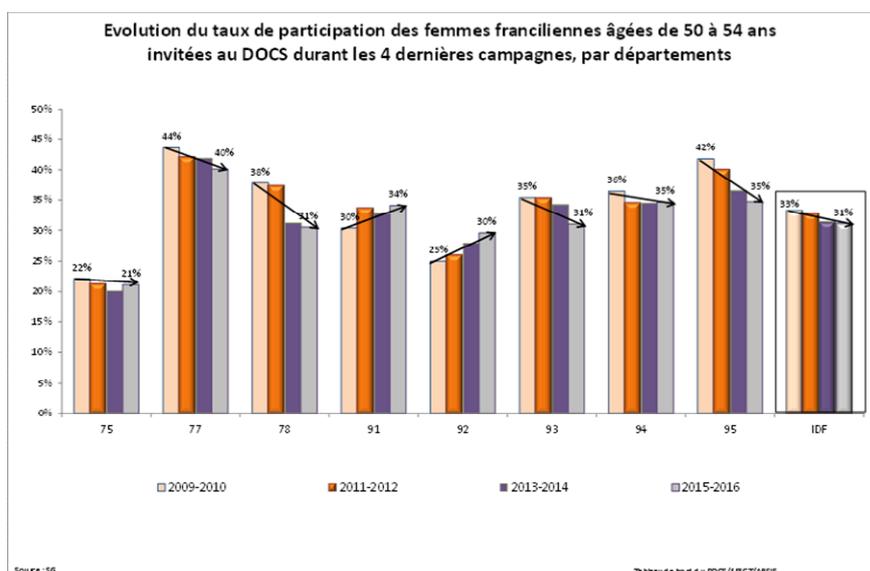


Figure 13

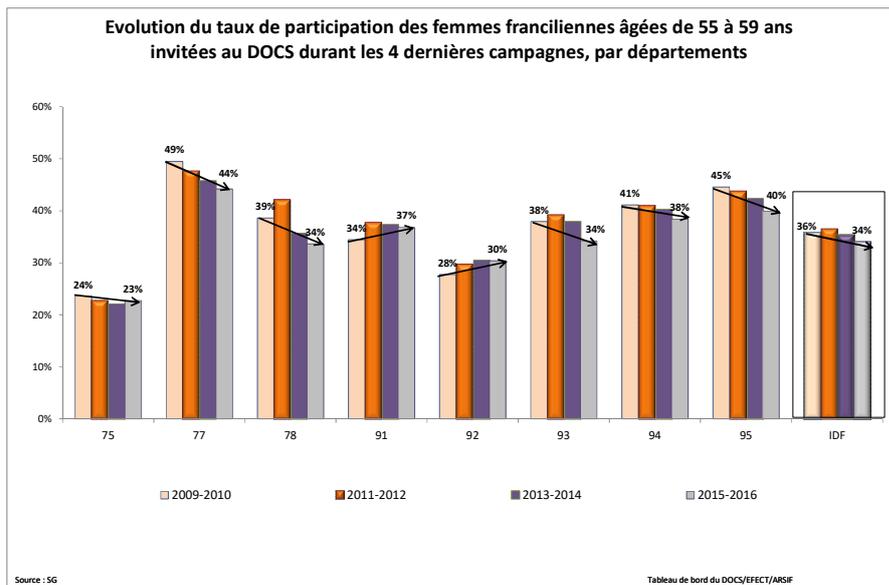


Figure 14

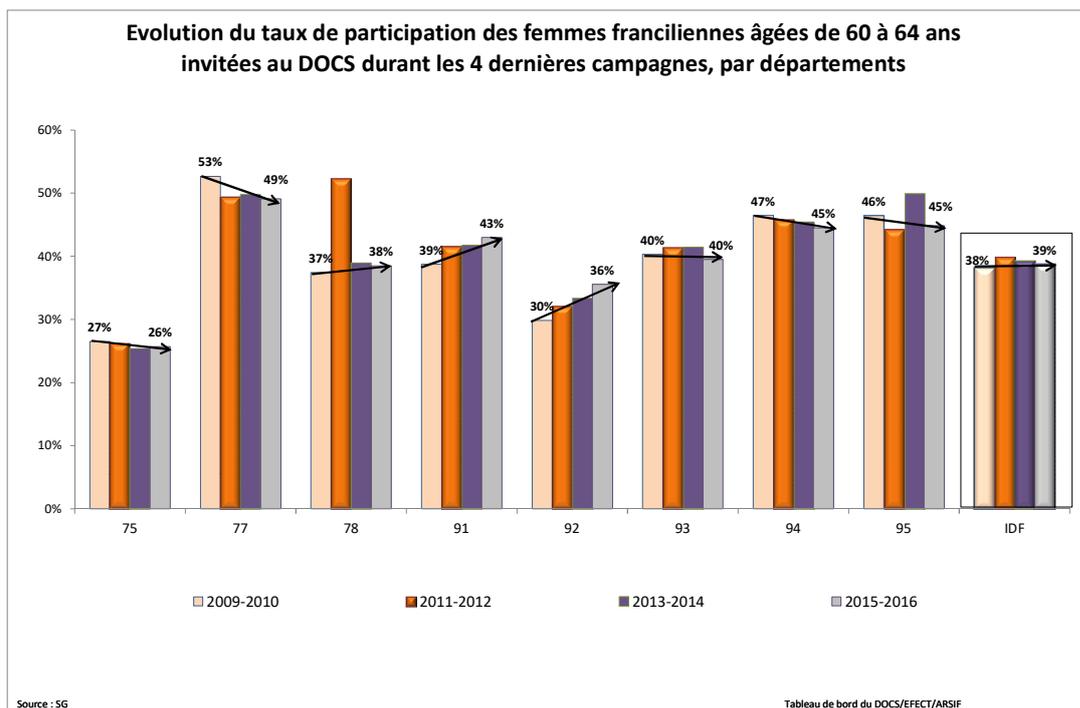


Figure 15

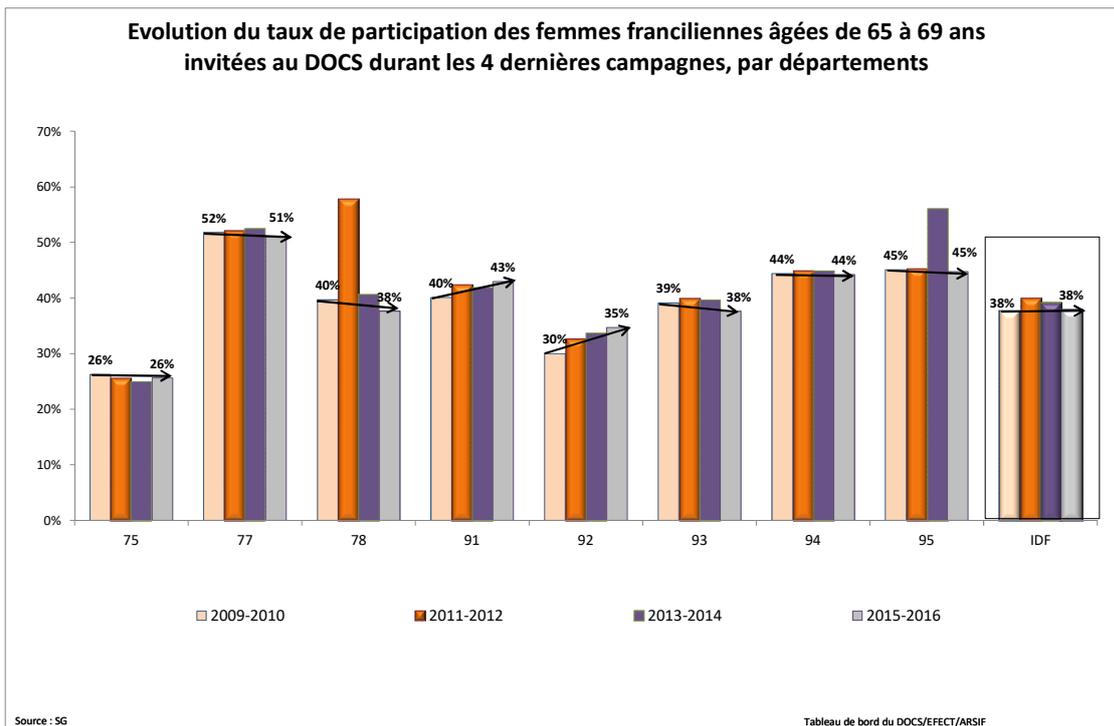
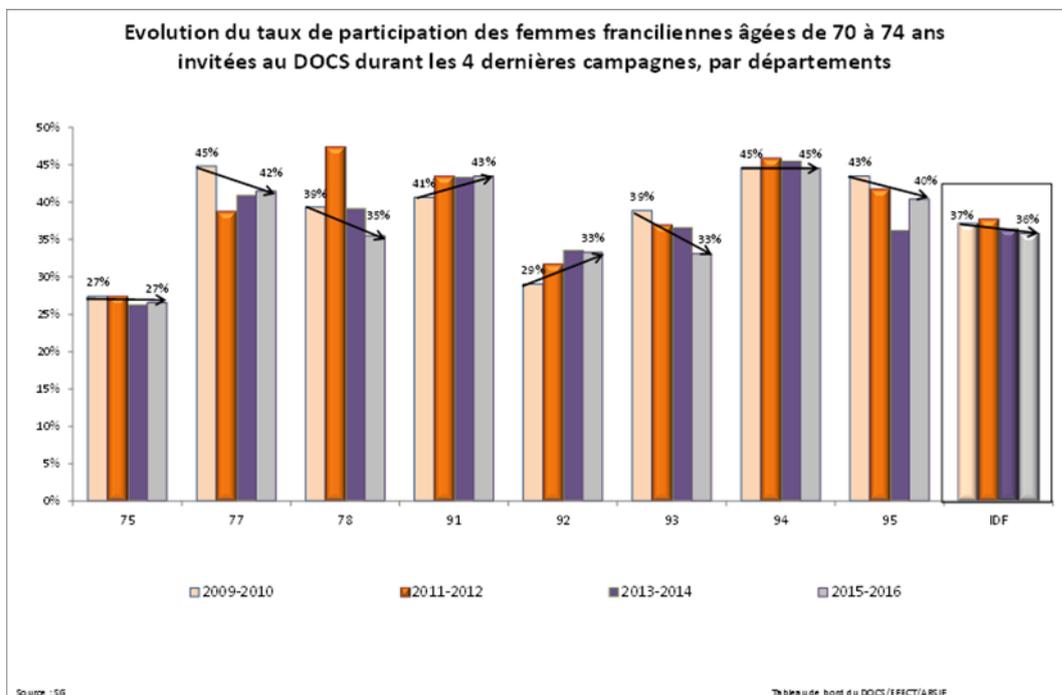


Figure 16



Les graphes précédents montrent que:

- ◆ En premier lieu : le taux de participation au DO analysé sous la forme d'une cohorte, c'est-à-dire prenant en compte le comportement des femmes ayant réellement été invitées, est inférieur au taux de participation INSEE (la cible du dénominateur étant un dénombrement démographique). Ainsi, en région IDF, le taux de participation des invitées est de 35% versus 39,1% pour le taux de participation INSEE.
- ◆ La participation varie en fonction de la tranche d'âge pour les femmes d'un même département. Les femmes de 50-54 ans sont celles qui participent le moins au DO, depuis le démarrage du DOCS. Jusqu'à la campagne 2013-2014 la participation augmentait jusqu'à 70 ans puis stagnait ou diminuait au-delà. Avec cette exploitation, le constat est l'augmentation de la participation jusqu'à 64 ans puis à la stagnation ou à la diminution au-delà, dans la majorité des départements. Seuls les départements du 91 et 92 affichent une progression dans toutes les tranches d'âge. Les départements qui conservent une participation stable ou en progression au-delà de 70 ans sont le 75, 91, 92 et 94.
- ◆ En termes d'évolution dans le temps au cours de 4 campagnes successives, les variations départementales observées ont pour effet régional de diminuer la participation des femmes dans toutes les tranches d'âge sauf pour les femmes âgées de 60 à 69 ans où la participation demeure stable.

Figure 17

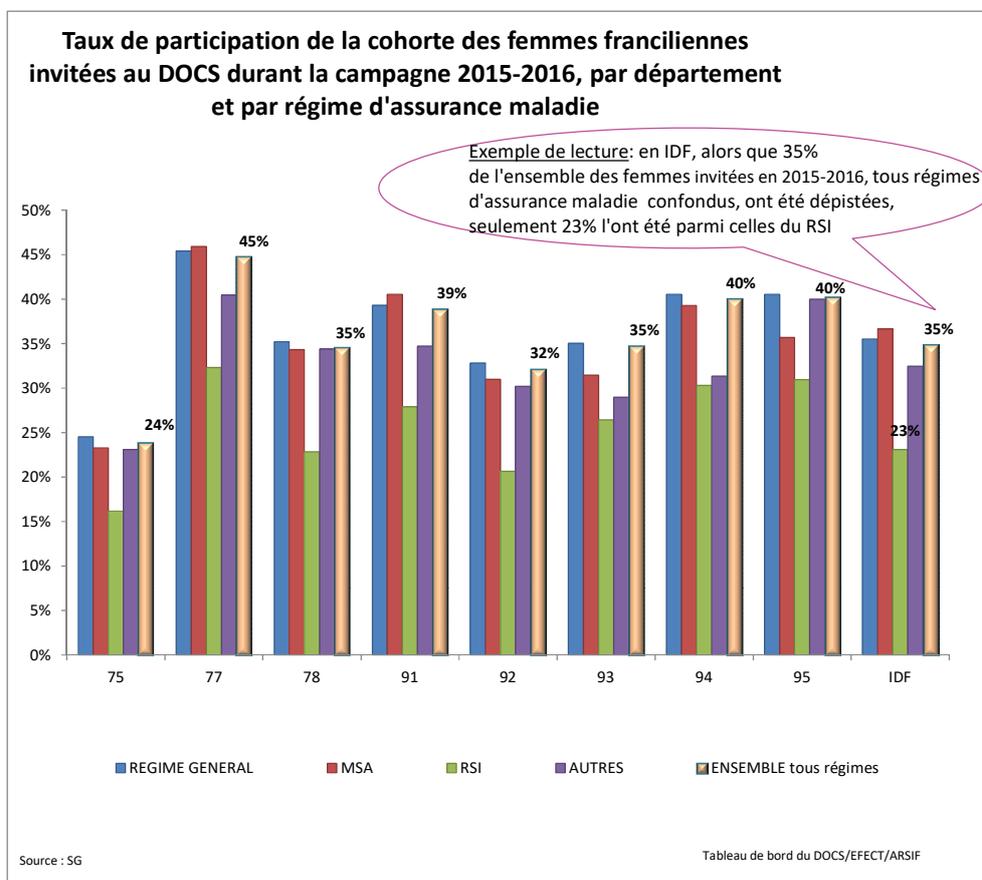
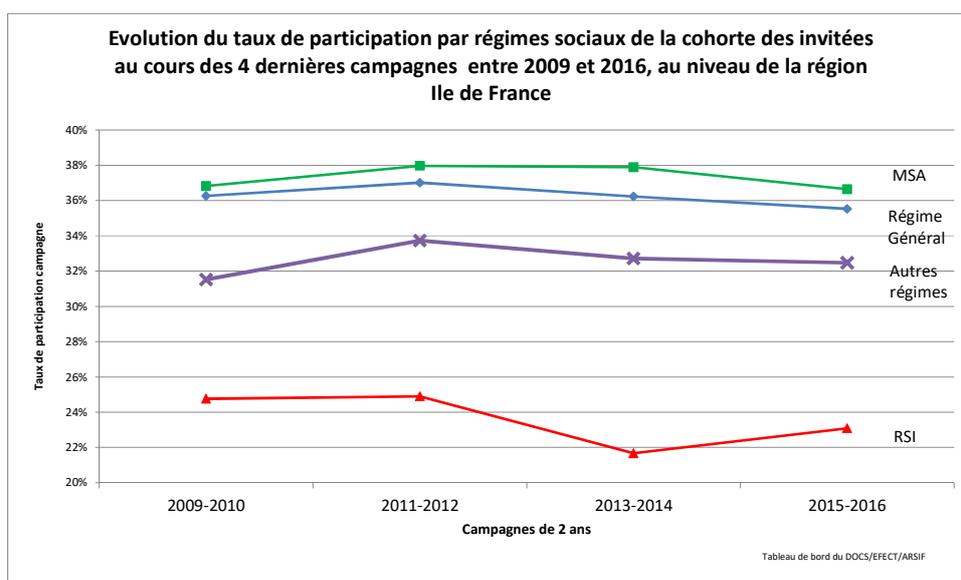


Figure 18



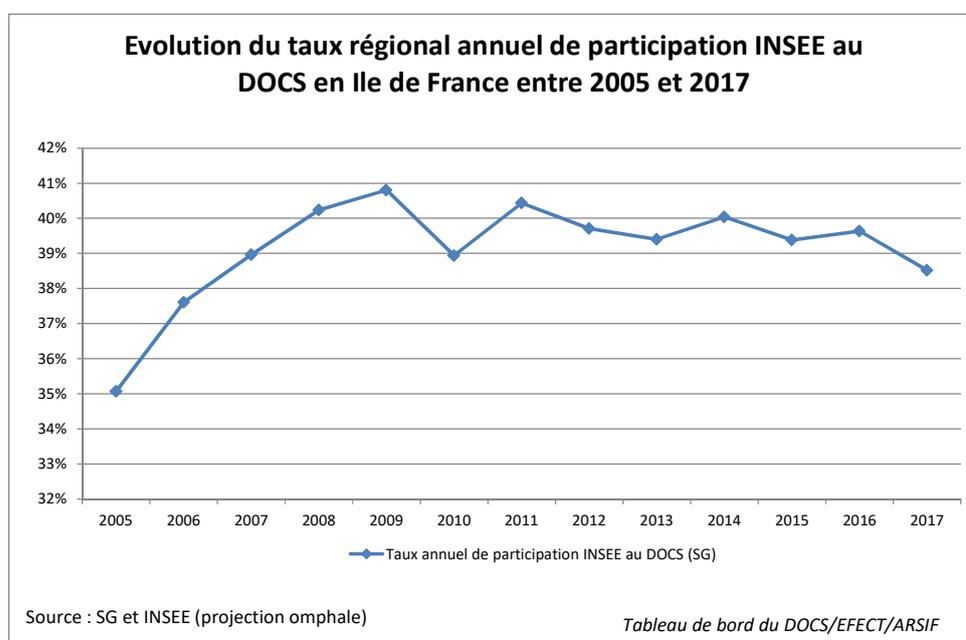
L'étude de la participation rapportée aux personnes invitées et analysée par régime d'assurance maladie permet de mettre en évidence que les femmes du RSI sont globalement celles qui ont le moins bon taux de participation au dépistage dans le programme organisé (23% en région au cours de la campagne 2015-2016 versus 35% pour l'ensemble des régimes). L'évolution de cette participation au cours des 4 dernières campagnes montre même un infléchissement depuis la campagne 2011-2012 qui devra être suivi en particulier, et surtout confronté à leur réalisation de mammographies hors dépistage.

Inversement, les femmes du régime général et de la MSA ont globalement le meilleur taux, même si cet effet est plus ou moins fort et d'expression variable selon les départements.

## Résultats de la participation annuelle au DO

### 5.1.2.1.2 Evolution de la participation annuelle au DOCS

Figure 19

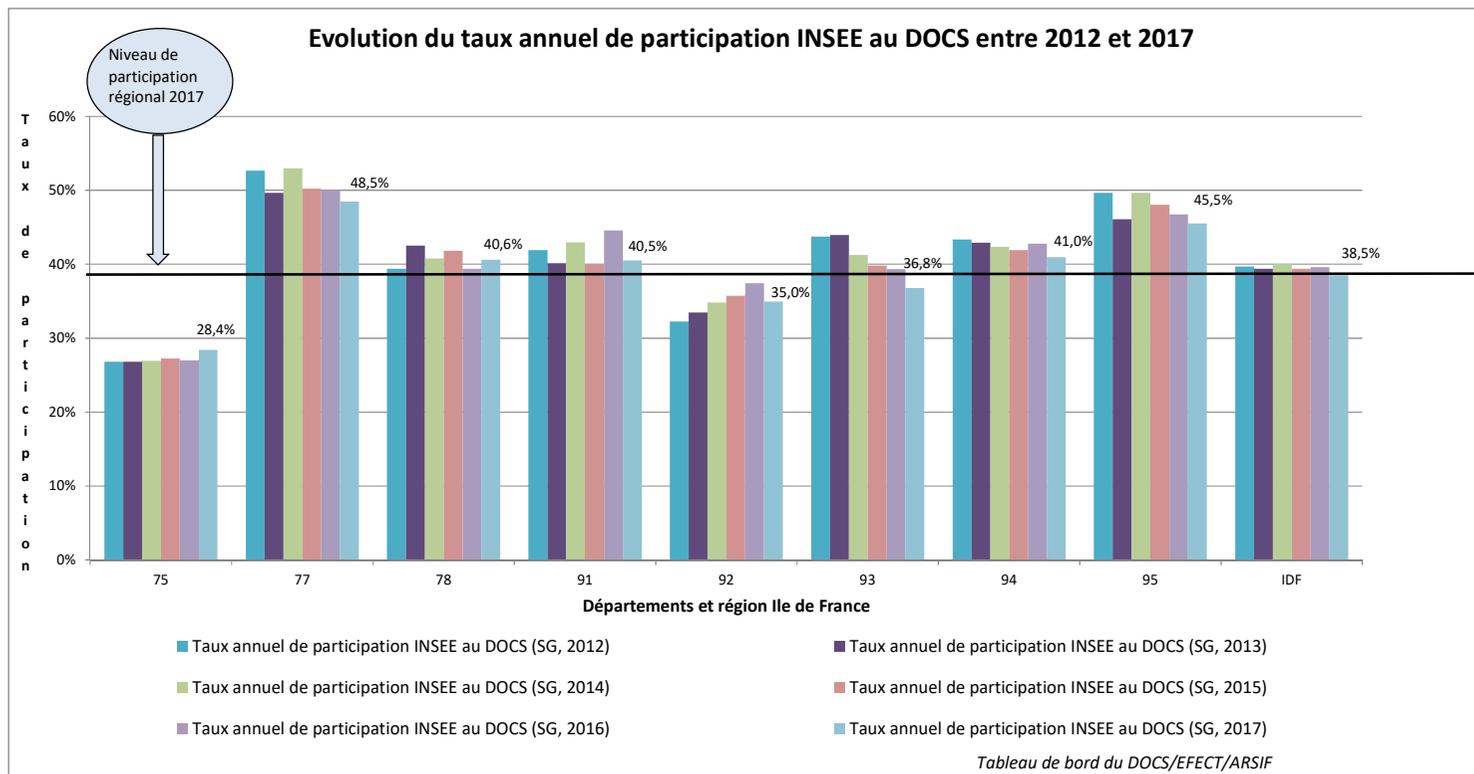


Si comme le rappelle la Figure 19, **le taux de participation au DO a régulièrement progressé au niveau régional, entre 2005 et 2009**, cette figure confirme aussi qu'il tend à stagner voire à décroître depuis, comme sur le plan national<sup>13</sup>.

Cette tendance concerne tous les départements, à l'exception du 92 dans lequel ce taux a progressé jusqu'à la campagne précédente. La figure 20 ci-après montre en effet un décrochage de cette progression en 2017 qu'il convient d'interpréter avec prudence mais également de suivre dans le temps.

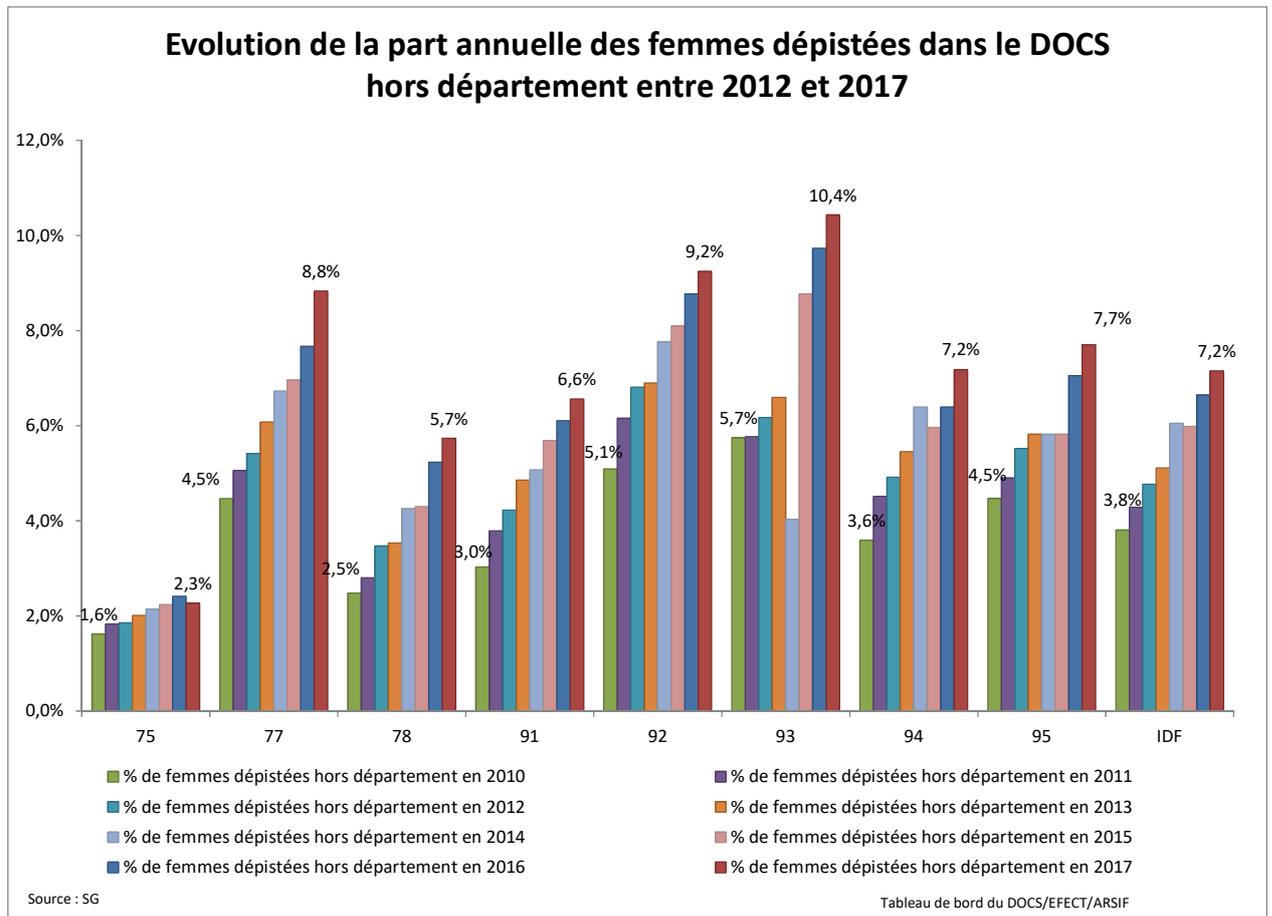
<sup>13</sup> La publication SPF de l'évaluation 2016-2017 du DOCS confirmant cette diminution.

Figure 20 :



### 5.1.2.1.3 Etude de la participation annuelle au DOCS par lieu de réalisation

Figure 21 :



Le tableau suivant montre qu'en 2017, parmi les femmes invitées, une part de femmes domiciliées sur le département est dépistée « hors département » pour la structure de gestion (7,2% en moyenne régionale, variant de 2,3% dans le 75 à 10,4% dans le 93). La figure 21 montre **l'augmentation progressive, dans tous les départements, de cette part de femmes dépistées en dehors du département**. Cela traduit la mobilité des femmes dans la région et l'adaptation de leur choix du cabinet de radiologie selon des déterminants divers (notamment, leur lieu de travail), concourant à accroître le taux de participation, mais :

- Pour la SGDO, ceci comporte la conséquence de devoir consacrer plus de temps et de secrétariat à la gestion des dossiers (renvoi des dossiers à domicile), et d'augmenter le coût de gestion des dossiers.
- Pour la femme : allongement des délais d'accès aux résultats et risque de perte des dossiers plus important.

Cette évolution peut trouver ses explications dans les effets de la communication des SGDO sur la liberté pour les femmes d'être dépistées dans le cabinet de leur choix (assuré par le cahier-des-charges du dépistage), combinés à une baisse du nombre de cabinets dans certains départements (dans le 77 notamment).

**Tableau 3 : Répartition des femmes de 50 à 74 ans dépistées dans le cadre du DOCS en 2017, par départements d'IDF selon leur domiciliation géographique**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nb total de femmes dépistées (SG, 2017)	43 400	45 107	41 012	34 088	37 467	35 052	37 592	36 365	310 083
Nombre de femmes dépistées hors département	983	3 984	2 352	2 237	3 465	3 657	2 700	2 802	22 180
% de femmes hors département en 2017	2,3%	8,8%	5,7%	6,6%	9,2%	10,4%	7,2%	7,7%	7,2%
Nb de femmes dépistées dans le département (SG, 2017)	42 417	41 123	38 660	31 851	34 002	31 395	34 892	33 563	287 903

#### 5.1.2.1.4 Etude de la participation annuelle au DOCS par type de centre d'imagerie médicale

**Tableau 4 : Répartition des femmes de 50 à 74 ans dépistées en 2017 dans le cadre du DOCS en IDF selon le type de centre de radiologie en 2017**

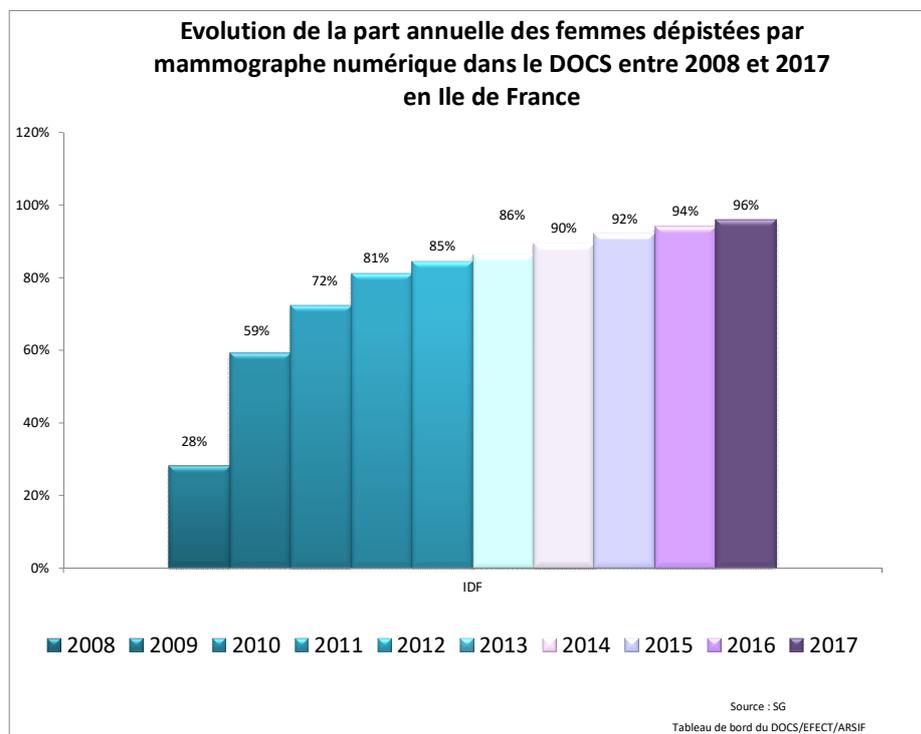
	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Nombre total de femmes dépistées en 2017 (SG, 2017)</b>	43 400	45 107	41 012	34 088	37 467	35 052	37 592	36 365	310 083
Nombre total de femmes dépistées dans le département (SG, 2017)	42 417	41 123	38 660	31 851	34 002	31 395	34 892	33 563	287 903
En établissements privés hors centres de santé									
Nombre d'établissements (données SG 2017)	85	23	41	31	51	37	40	29	337
Nombre de femmes (données SG 2017)	36332	39365	37918	30601	29760	27 801	31633	32101	265892
% de femmes	85,7%	95,7%	98,1%	96,1%	87,5%	88,6%	91,8%	95,6%	92,4%
Dans les hôpitaux publics									
Nombre d'établissements	9	5	3	4	5	5	4	3	38
Nombre de femmes	1890	1758	742	1 250	1281	2319	821	1237	9665
% de femmes	4,5%	4,3%	1,9%	3,9%	3,8%	7,4%	1,3%	3,7%	3,4%
En centres de santé équipés de mammographes (publics et privés)									
Nombre d'établissements	13				6	4	8	1	33
Nombre de femmes	4195				2961	1275	2440	225	11 096
% de femmes	9,9%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	4,1%	7,0%	0,7%	3,9%
Taux annuel de participation INSEE au DO en 2017 (source SGDO)	28,4%	48,5%	40,6%	40,5%	35,0%	36,8%	41,0%	45,5%	38,5%
Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans (INSEE Omphale, 2017)	305577	186104	201903	168274	214369	190486	183546	159768	1610027

L'analyse de ce tableau descriptif des taux de participation par types de centres de radiologie confirme:

- ◆ La **place des établissements privés dans le dépistage qui reste prépondérante**, pour tous les départements (85,7 à 98,1% des dépistages) et ceci depuis la généralisation du DO. Ceci représente 92,4 %des dépistages pour la région IDF ;
- ◆ En corollaire, la part relativement limitée de femmes dépistées par le secteur hospitalier, mais de proportion variable selon les départements (1,9 à 7,4% selon les départements) qui reste stable au niveau régional depuis 3 ans (autour de 3 à 4%);
- Le rôle non négligeable joué par les centres de santé équipés de mammographes, dans les départements qui en sont dotés, ces derniers dépistant 9,9% des femmes à Paris et 8,7% dans le 92 (départements où le DO est moins développé d'où un apport proportionnellement important), 3,9% au niveau régional.

### 5.1.2.1.5 Etude de la participation annuelle au DOCS par types d'appareil

Figure 22 :



**Tableau 5 : Répartition des femmes dépistées dans le cadre du DOCS en IDF par types d'appareil mammographique en 2017**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nb total de femmes dépistées (SG, 2017)	43 400	45 107	41 012	34 088	37 467	35 052	37 592	36 365	310 083
Par mammographie analogique %	1%	3%	7%	4%	1%	5%	2%	5%	3%
Par mammographie numérique %	98%	97%	93%	96%	94%	95%	98%	95%	96%
Selon le type de numérique									
CR (computer radiology) Plaques %	15,2%	8,5%	25,4%	16,3%	23,5%	30,8%	29,4%	42,5%	23,3%
DR (digital radiology) Plein champ %	84,7%	86,5%	74,6%	76,7%	67,6%	69,1%	52,9%	57,5%	71,9%
Balayage %	0,0%	5,0%	0,0%	7,0%	8,9%	0,1%	17,7%	0,0%	4,8%
Par mammographie de type non précisé %*	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	4,6%	0,0%	0,1%	0,2%	0,7%
Taux annuel de participation INSEE au DO en 2017 (source SGDO)	28,4%	48,5%	40,6%	40,5%	35,0%	36,8%	41,0%	45,5%	38,5%
Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans (INSEE Omphale, 2017)	305577	186104	201903	168274	214369	190486	183546	159768	1610027

\*L'information du type de mammographe est parfois difficile à obtenir pour les « hors département »

L'analyse de la figure 22 et du tableau 5 de répartition des femmes dépistées par type d'appareil mammographique met en évidence **la montée en charge de l'équipement numérique** (96% des femmes étaient dépistées par un appareil numérique au 31/12/2017, **sous estimant encore la réalité à la date de production du rapport**). Si l'introduction de cette technologie dans le programme organisé n'a pas eu d'impact significatif sur le taux de participation, elle amène à s'interroger sur les modalités de lecture du programme (seconde lecture sur moniteur actuellement non-autorisée).

Notons l'amélioration de la qualité de l'information depuis le dernier rapport, appréhendée par la diminution du nombre de femmes dépistées dont le type d'appareil n'est pas connu. Ceci concerne essentiellement les dépistages réalisés hors département car les informations contenues dans la fiche de lecture de la L1 sont parfois incomplètes.

## 5.2 Couverture mammographique

### 5.2.1 Définitions

Le **taux de couverture mammographique estimé** se réfère au nombre total de femmes ayant bénéficié d'une mammographie, quelle qu'en soit la modalité, dans ou hors dépistage organisé. Comme développé dans la section suivante, du fait des discordances observées entre la base de données de l'assurance maladie et celles des structures de gestion à l'égard du taux de participation dans le DO, le tableau de bord utilise depuis son démarrage la meilleure estimation possible du taux global de couverture, représentée par la somme des deux sources suivantes:

- Le taux de participation INSEE au DO précédemment présenté, issus des données des structures de gestion (données exhaustives).
- Le taux de mammographies hors DO, données d'activité mammographique issues des bases de données de l'assurance maladie, à présent centralisées dans une base unique (Données Communes Inter-Régimes ou DCIR). Ces données incluent l'activité mammographique hospitalière en consultations externes, ainsi que la part d'activité mammographique diagnostique (non quantifiable), mais n'intègrent pas les sections locales mutualistes (SLM), et ne sont pas exhaustives à l'égard des régimes assurantiels spéciaux.

Ce taux comporte l'intérêt de prendre en compte la pratique mammographique dans son ensemble et de situer la place du DO pour chaque département et pour la région.

**Avec l'exploitation des données 2010, les groupes de travail du tableau de bord ont souhaité utiliser ce taux de couverture par campagne de deux ans alors que jusque là, seul taux de couverture annuel était analysé.**

Indicateur	Définition	Sources	Année
Taux de couverture mammographique INSEE pour la campagne de deux années	<b>Somme du :</b> Taux de couverture mammographique hors DO	Numérateur : DCIR /DCGDR Dénominateur : Projection INSEEomphale (2007-2042), en 2012-2013	2011-2012 2012-2013 2014-2015 2016-2017
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Numérateur : Nombre de femmes ayant bénéficié d'une mammographie au cours de la campagne de 2 ans, hors DO</li> <li>➤ Dénominateur Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans INSEE, même période</li> </ul>		
	ET du Taux de participation INSEE au DO pour la même campagne de deux années	Numérateur : SG Dénominateur : Projection INSEEomphale (2007-2042), en 2012-2013	
Evolution du taux annuel de couverture mammographique INSEE	<b>Somme du :</b> Taux de couverture mammographique hors DO	Numérateur : DCIR /ARSIF Dénominateur : Projection INSEEomphale (2007-2042), en 2013	De 2007 à 2017
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Numérateur : Nombre de femmes ayant bénéficié d'une mammographie dans l'année hors campagne de dépistage organisé</li> <li>➤ Dénominateur Nombre INSEE de femmes âgées de 50 à 74 ans la même année, divisé par 2</li> </ul>		
	ET du Taux annuel de participation INSEE au DO	Numérateur : SG Dénominateur : Projection INSEEomphale (2007-2042), en 2013	

## 5.2.2 Limites

- ◆ L'utilisation de 2 sources différentes de données pour l'estimation du taux global de couverture mammographique

Pendant de nombreuses années, la seule source assurantielle s'est avérée incomplète pour les données du DO. Ainsi, en utilisant l'assurance maladie comme source unique de données pour le calcul du taux global de couverture, celui-ci se montrait sous-estimé, par le manque d'information venant des femmes dépistées à l'hôpital

(la tranche d'âge des 50-74 ans n'est pas identifiable pour les consultations externes hospitalières), affiliées à certains régimes spéciaux ou aux Sections Locales Mutualistes (SLM), notant que les SLM représentent environ 12% des femmes affiliées au régime général en région et 25% pour Paris. Du fait de la non-disponibilité des données des SLM, aucun facteur de correction ne pouvait être appliqué concernant l'estimation de la couverture globale.

La nouvelle codification des actes comme la centralisation des données de l'assurance maladie au sein d'une base de données commune ont amélioré la lecture des informations contenues dans la base. **Mais il existe toujours un différentiel dans le taux de participation entre la source assurantielle et les SGDO<sup>14</sup>.** A titre d'information, ce différentiel avait été estimé à 2,7% pour la région (de 1% à 5% selon les départements).

Cette utilisation de deux sources d'information **introduit des doubles comptes, même si la requête est construite pour l'éviter**, mais une estimation des doublons faite avec l'URCAMIF dès 2007 porte ce nombre à 5 000 femmes environ pour la région entière, ce qui demeure négligeable au vu de la population cible régionale d'environ 1,5 million de femmes âgées de 50 à 74 ans. **Soulignons que l'évolution de la période d'analyse des données à deux années glissantes est un facteur important de limitation de ces doubles comptes.**

Ceci permet de confirmer l'intérêt de la méthodologie de calcul aujourd'hui utilisée, au regard des solutions existantes et à l'égard de l'information recherchée.

- ◆ Les limites propres aux données hors DO

**Il demeure à ce jour toujours impossible de distinguer dans les bases de données de l'assurance maladie l'activité diagnostique de celle du dépistage**, ce qui surestime l'activité mammographique de dépistage.

- ◆ Le changement de source productrice des données de l'assurance maladie

**Depuis l'exploitation des données de 2012**, la source productrice des données de l'assurance maladie a changé (actuellement, utilisation du DCIR) par rapport aux exploitations antérieures (qui utilisaient ERASME). **Certains régimes spéciaux ne fournissent pas encore leurs données au DCIR.**

Une analyse spécifique menée sur la participation de ces régimes au tableau de bord montre qu'il s'agit des données des assurées de la RATP, SNCF et CANSSM. La comparaison des sources a permis de quantifier à moins de 1% du total des assurées la part représentée par ces femmes en IDF. Les variations départementales s'étendent de 0,45% (75) à 1,19% (77). **Aucun coefficient de correction n'a été appliqué dans nos calculs au vu de ce pourcentage.**

---

<sup>14</sup>En 2015 le taux de participation au DOCS était plus élevé (en dehors du département 92) pour l'assurance maladie que pour les SG.

## 5.2.3 Résultats

### Etude du taux global de couverture mammographique pour la campagne 2016-2017 et son évolution depuis 2010

Figure 23

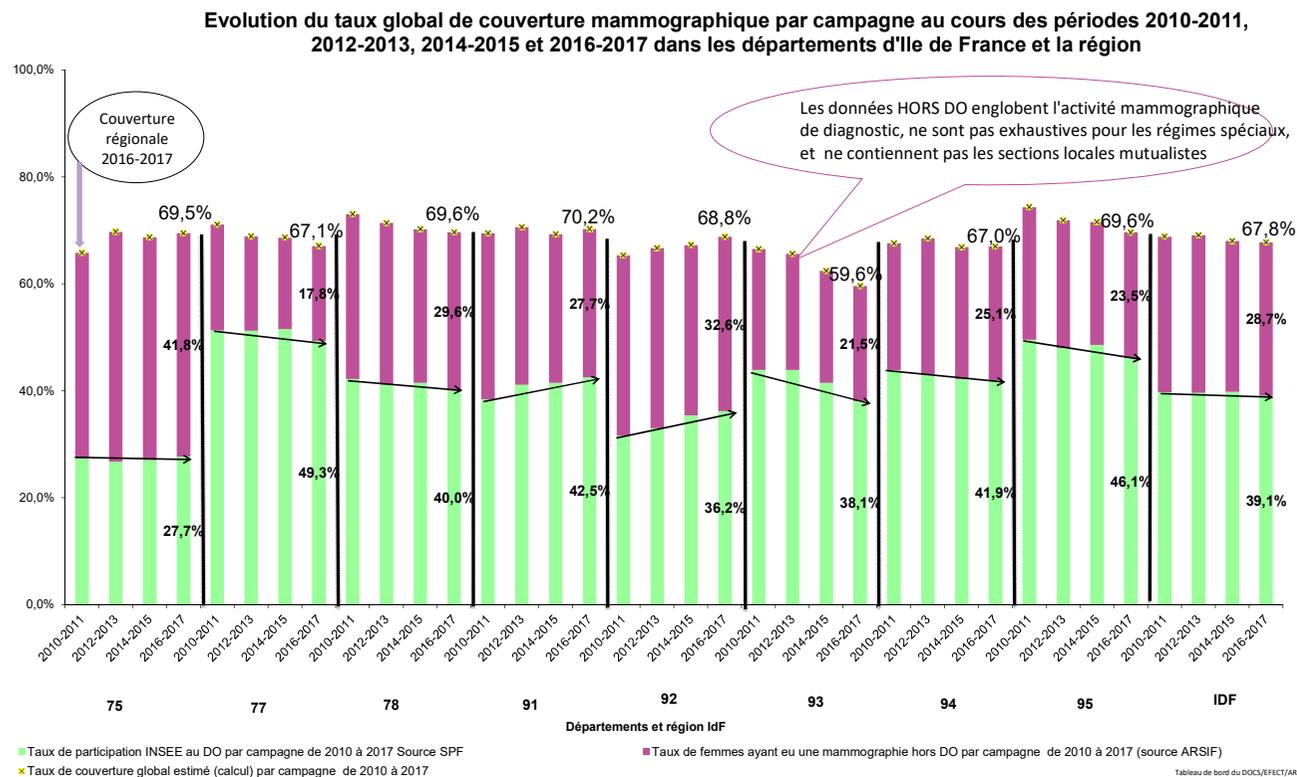
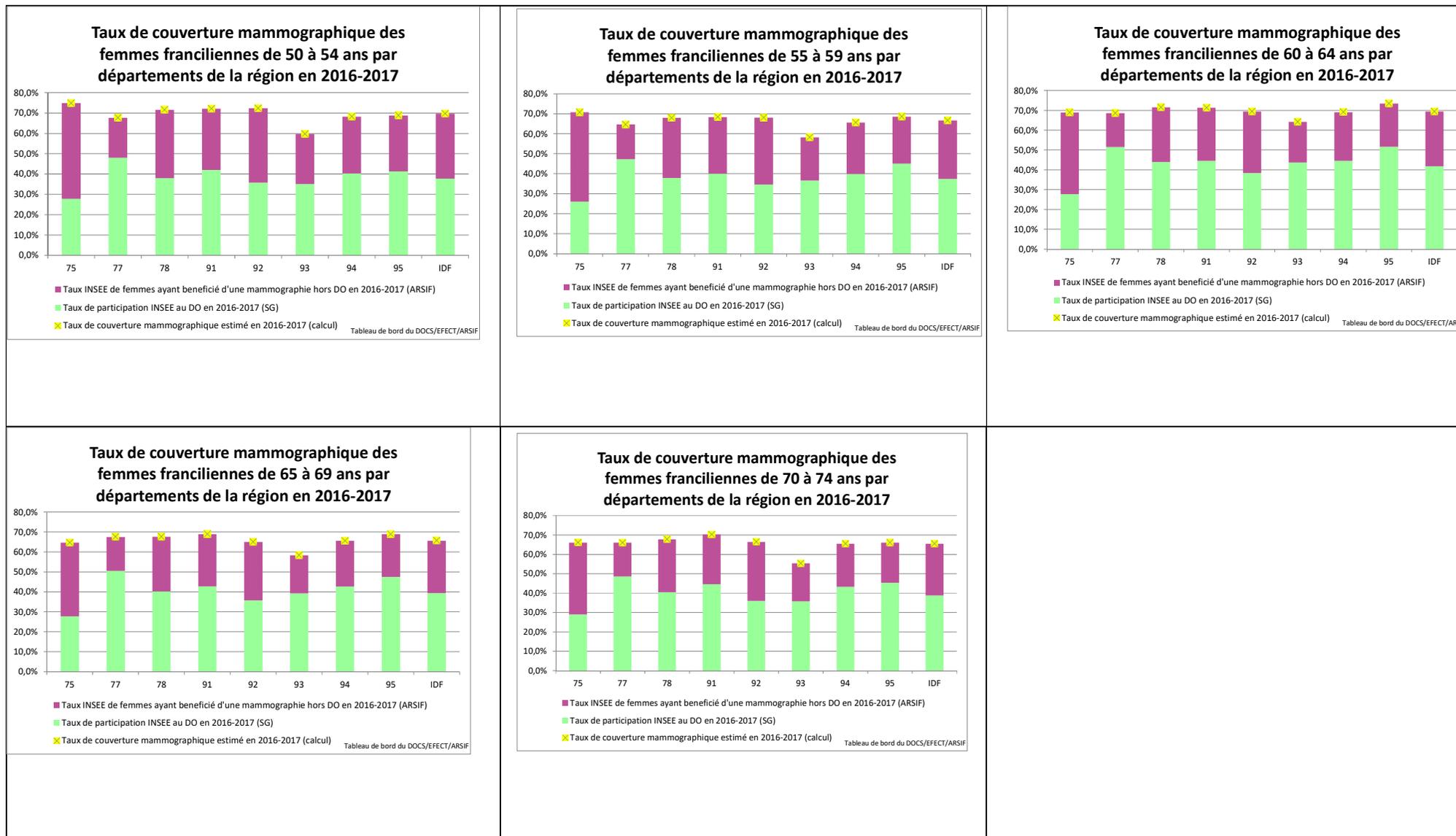


Figure 24



La couverture mammographique sur deux années glissantes a été étudiée pour les données 2010-2011 pour la première fois. Avec le changement du fournisseur de données, un **coefficient de redressement** avait été utilisé pour le calcul. La confrontation des données corrigées aux données des années antérieures exploitées annuellement avait attesté de la bonne concordance de ces données.

La source a changé depuis l'existence du DCIR qui est issu du SNIIRAM tandis que les années antérieures étaient issues d'ERASME pour le RG et directement des bases de données des autres régimes. La comparaison des deux périodes doit se faire avec précaution car il existe une différence avec les données utilisées attribuable notamment à la participation des régimes spéciaux. Le DCIR n'inclut pas certains régimes spéciaux (SNCF, ...), ce qui représente 0,6% des affiliées et 1,42% du taux de participation.

L'analyse de l'évolution du taux de couverture mammographique sur 4 campagnes de 2 ans (Figure 23), montre les mêmes tendances que celle de la couverture annuelle étudiée dans le chapitre suivant.

Soulignons que pour une couverture mammographique totale presque similaire, la part de DO :

- ◆ Est importante dans les départements du 77 et 95,
- ◆ Tend vers le même niveau dans le 78, 91, 93 et 94,
- ◆ Reste faible dans le 92 (qui progresse cependant) et le 75 (qui demeure stable pour le DO).

Par tranches d'âge, la figure 24 montre que :

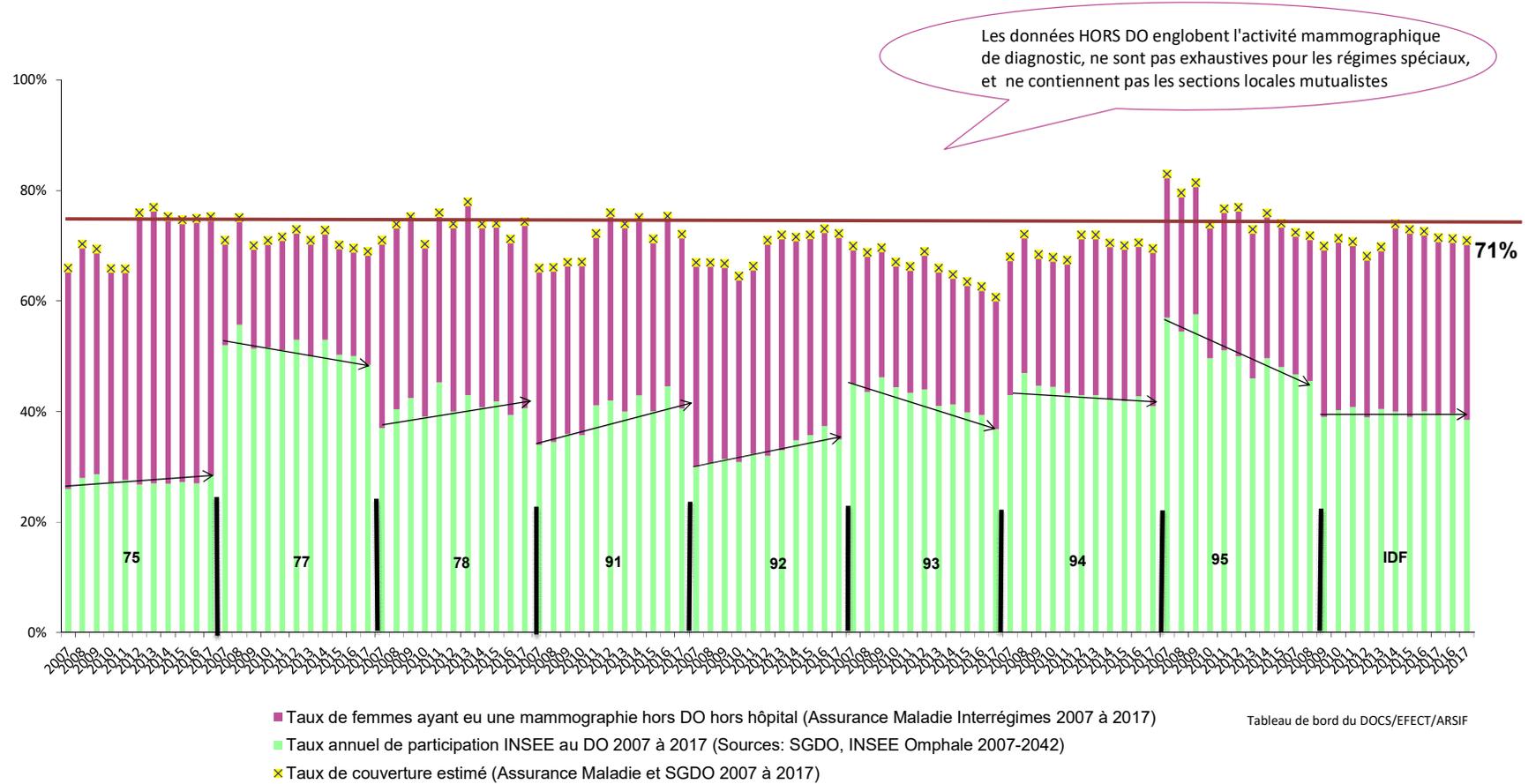
- ◆ La place du DO n'est pas la même dans le recours des femmes à la mammographie : elle est plus faible pour les femmes de 50 à 54 ans et tend à être plus importante pour celles de 60 à 64 ans.
- ◆ Les femmes de 55 à 59 ans et celles de 70 à 74 ans ont une couverture plus faible que les autres tranches d'âge.

## Evolution 2007-2017 du taux annuel de couverture mammographique

En complément du point précédent, comme le montre la figure 25, le taux annuel de couverture stagne pour la région Ile-de-France, à 71% des femmes de la tranche d'âge ciblée en 2017.

Figure 25 :

### Evolution 2007-2017 du taux global annuel de couverture mammographique en Ile de France



**Tableau 6 : Présentation des effectifs de femmes bénéficiant d'une mammographie dans et hors DO, en 2017 (sources SG et Assurance Maladie, ARSIF à partir du DCIR)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nb de femmes ayant eu une mammographie dans le cadre du DO (SG, 2017)	43 400	45 107	41 012	34 088	37 467	35 052	37 592	36 365	310 083
Taux annuel de participation INSEE au DO (SG, 2017) (2)	28,4%	48,5%	40,6%	40,5%	35,0%	36,8%	41,0%	45,5%	38,5%
Nb de femmes ayant eu une mammographie hors DO en 2017 (ARSIF)	71628	19082	34071	26581	39966	22791	26204	21027	261350
Taux de femmes ayant eu une mammographie hors DO en 2017 (3)	46,9%	20,5%	33,7%	31,6%	37,3%	23,9%	28,6%	26,3%	32,5%
Taux de couverture mammographique annuel estimé (calcul 2+3)	75,3%	69,0%	74,4%	72,1%	72,2%	60,7%	69,5%	71,8%	71,0%
Nb femmes entre 50 et 74 ans (INSEE, Omphale-2017)	305577	186104	201903	168274	214369	190486	183546	159768	1610027

## 5.3 Fidélisation au dépistage

### 5.3.1 Définitions

La fidélisation des personnes au programme est déterminante pour apprécier la mise en œuvre dans la durée et la probabilité de voir apparaître les effets souhaités sur la baisse de la mortalité spécifique. Il s'agit d'analyser dans quelle mesure une personne dépistée une première fois continue de le faire dans le cadre du DOCS (dépistages « subséquents » de l'InVS/SPF).

Pour l'exploitation des données 2010-2011, après avoir analysé la répartition du délai écoulé entre deux tests sur un département pilote, des profils de fidélisation ont été construits en groupe de travail, dont la répartition a été analysée au sein d'une cohorte de patientes. Après discussion, le choix s'est porté vers la construction d'une cohorte rétrospective, du fait des applications opérationnelles possibles pour les SGDO (relances ciblées sur des personnes toujours présentes dans la base de données).

La méthode élaborée en 2010-2011 a été appliquée pour les exploitations suivantes. Ceci signifie que les profils de fidélisation ont été analysés parmi les femmes **ayant été invitées lors des 4 dernières campagnes achevées (2011-2012, 2012-2013, 2014-2015 puis 2016-2017)**, en remontant chronologiquement soit à la date d'entrée de la personne dans le DOCS (fonction de son âge), sans dépasser 3 campagnes (1/01/2012 pour cette exploitation).

Le choix d'une cohorte rétrospective exclut les personnes sorties du dépistage (quelle que soit la raison) avant la période d'inclusion (2016-2017).

La méthode a été améliorée pour réduire les profils de personnes non classables (voir définition des « indéterminables » ci-après).

### 5.3.2 Construction et limites

**Description de la requête :** Femmes ayant été invitées pour la campagne 2016-2017, ayant entre 55 et 74 ans, dont on analyse les événements sur les 3 campagnes précédentes, au plus loin jusqu'au 01-01-2012.

Un événement caractérise la dernière information disponible sur la femme pour définir son statut à l'égard du dépistage, suite à une invitation.

**Par définition, on ne parlera de fidélisation que s'il existe au moins deux événements.** Ceci amène à exclure également de l'observation les femmes appartenant à la tranche d'âge des 50-54 ans, qui ne peuvent avoir vécu deux invitations du fait de leur entrée récente dans le DOCS.

Les événements ont été codifiés comme ceci :

\_ = pas d'événement

I ou C = invitation restée sans réponse (même s'il y a eu une ou deux relances postales)

P = réponse postale quelle que soit sa nature (refus, déclaration d'un DI, déclaration d'un cancer...)

T = réalisation du test de dépistage

## 5.4 Les limites liées aux causes de non-participation

Ces limites sont posées par la qualité de l'information portant sur les causes de non participation et par le suivi des exclusions (définitions et modes de recueil hétérogènes entre SGDO).

## 5.5 Présentation des profils

### ◆ Les bénéficiaires « non significatifs »

**Définition :** Les profils vides (sans événement) ou composés d'un événement unique quel qu'il soit même s'il s'agit de l'invitation initiale, ayant permis l'inclusion dans la cohorte.

**Justification :** Il a été considéré que l'on ne pouvait **parler de fidélisation qu'à partir du moment où une femme avait été concernée par au moins deux campagnes**.

### ◆ La stricte non-participante

**Définition :** Les femmes n'ayant aucune participation.

**Justification :** Ces profils ne présentent pas d'ambiguïté de classement, car l'ensemble des événements est composé soit d'invitations sans réponse, soit de réponses postales (événements notés « I » ou « P » sans aucun événement noté « T »).

### ◆ La fidèle

**Définition :** Les femmes ayant uniquement des événements notés « T ».

**Exception :** Les femmes qui ont participé lors des trois dernières sollicitations (qui ont 3 événements T à la fin de leur profil : *ITTT par exemple*) sont considérées comme fidèles.

**Justification :** En plus des profils ne présentant pas d'ambiguïté (c'est-à-dire composés exclusivement de T), il a été considéré qu'une femme ayant participé lors des 3 dernières sollicitations est fidèle même si elle présente un événement antérieur différent (les stratégies d'invitation font qu'une femme suivie précédemment en DI pourra être invitée moins de 22 mois après sa dernière mammographie lors de son entrée dans le DOCS et pourra donc, par exemple, avoir répondu par voie postale disposer d'une mammographie récente).

### ◆ La plutôt fidèle

**Définition :** Les femmes considérées comme plutôt fidèles ont une majorité de T dans leur profil (le nombre de T est strictement supérieur à la moitié du total d'événements) même si elles peuvent avoir des invitations I ou des réponses postales P intercalées.

**Exceptions :** Les femmes ayant participé aux 2 dernières sollicitations (2 T qui se suivent à la fin de la combinaison : *IPTT par exemple*) ainsi que les femmes présentant uniquement des « P » sont considérées comme plutôt fidèles.

**Justification :** En considérant des femmes ayant strictement plus de participations que de non-participations, nous définissons des personnes ayant été « plutôt » fidèles. Les profils se terminant par 2 T successifs ont été rattachés aux plutôt fidèles, car le fait d'avoir répondu aux deux dernières sollicitations (sur 3 campagnes) montre que ces femmes tendent à rentrer dans une démarche de fidélisation qui devra se confirmer sur la campagne suivante. Les femmes présentant uniquement des « P » indique une réponse systématique à la SGDO, et témoigne d'un intérêt pour le DO (« prédisposition ») qui doit se distinguer du refus ou de l'absence de réponse.

◆ **La plutôt pas fidèle**

**Définition :** Les femmes ayant un nombre de tests strictement inférieur à la moitié du nombre d'événements.

**Exception :** Les femmes présentant uniquement des « I » ou des « C » sont considérées comme plutôt pas fidèles.

**Justification :** En considérant des femmes ayant strictement moins de participations que de non-participations, nous définissons des personnes ayant été plutôt pas fidèles. Les femmes présentant uniquement des « I » ou des « C » laissent la SGDO sans réponse quant à leur dépistage ou état de santé et ne témoigne pas d'intérêt au DO.

◆ **Indéterminable = Les autres.**

**Définition :** Profils ne correspondant à aucune des définitions précédentes. Y figurent notamment les refus.

**Exception :** Apparaissent dans ce groupe les profils comportant autant de T que d'événements autres (*par exemple, TITI*). Le choix a été fait de les laisser en indéterminable, car il est très délicat d'interpréter cette situation entre les considérer comme plutôt fidèles ou plutôt pas fidèles selon la manière dont s'enchaîneront les événements suivants. Par exemple, des profils se terminant par un test pourraient être vus comme entrant dans une démarche de fidélisation, mais pas ceux se terminant par une invitation sans réponse. Les profils se terminant par une réponse postale sont encore plus ambigus puisqu'il peut s'agir d'une déclaration de DI comme d'une déclaration de cancer.

**Justification :** Les refus ne préjugent pas des raisons qui y conduisent et ne permettent pas de déterminer un profil de comportement.

## 5.5.1 Résultats pour la cohorte 2016-2017

Comme le montrent la Figure 27 (tableau 31 en annexe), tous les départements connaissent une forte proportion de femmes strictement non participantes malgré des hétérogénéités (43,4% au niveau régional, allant de 31,3% dans le 77 à 58% dans le 75). Ce niveau demeure stable au regard des données des exploitations précédentes (figure 28), avec de légères variations de la tendance dans les départements, qui semblent être fonction de la part des profils « plutôt pas fidèles ». En effet, dans tous les départements, les proportions de femmes fidèles et plutôt fidèles sont stables ou ont augmenté au cours des quatre dernières analyses réalisées et au niveau régional où l'on observe 34,6% de femmes plutôt fidèles au dépistage dont 20,7% fidèles (21,2% lors de la précédente analyse).

Centrées sur les femmes strictement fidèles, les variations départementales observées sont les mêmes que dans l'exploitation précédente, avec confirmation de l'émergence de **4 niveaux de fidélisation** :

- ◆ Pour le 77, 32,5% des femmes réalisent leur mammographie tous les deux ans dans le DO,
- ◆ Pour le 94 et 95, ce niveau se situe autour de 25-27%,
- ◆ Pour le 78, 91 et 93, ce niveau se situe autour de 21-22%,
- ◆ Pour le 75 et 92 : le niveau de fidélisation des femmes demeure inférieur à 15%. Soulignons cependant la progression régulière de la part de femmes fidèles dans le 92, qui est passé de 8% lors de l'analyse de la cohorte 2010-2011 à 14% actuellement.

La part des **femmes fidèles, comme celles plutôt fidèles, tend à être plus nombreuses dans les départements ayant une participation forte dans le DO** notamment dans le 77, le 95, le 94 mais également dans le 92 dont l'analyse conforte l'hypothèse du rôle majeur de la fidélisation dans le niveau observé de participation des femmes au dépistage.

Par ailleurs, pour tous les départements et au niveau régional, **la part des femmes strictement non participantes tend à diminuer** avec l'avancée en âge au profit des plutôt fidèles et fidèles.

Figure 26

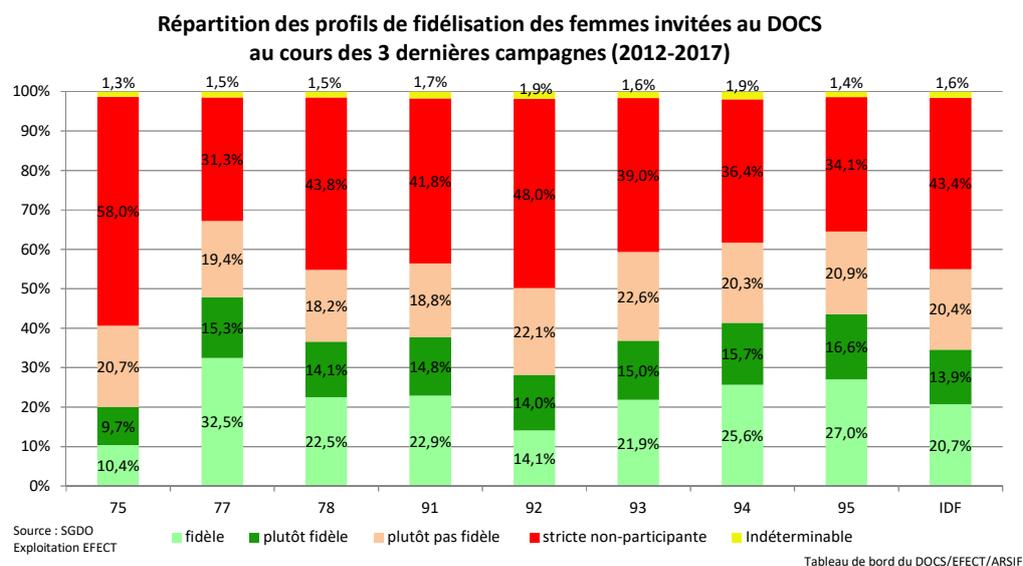


Figure 27

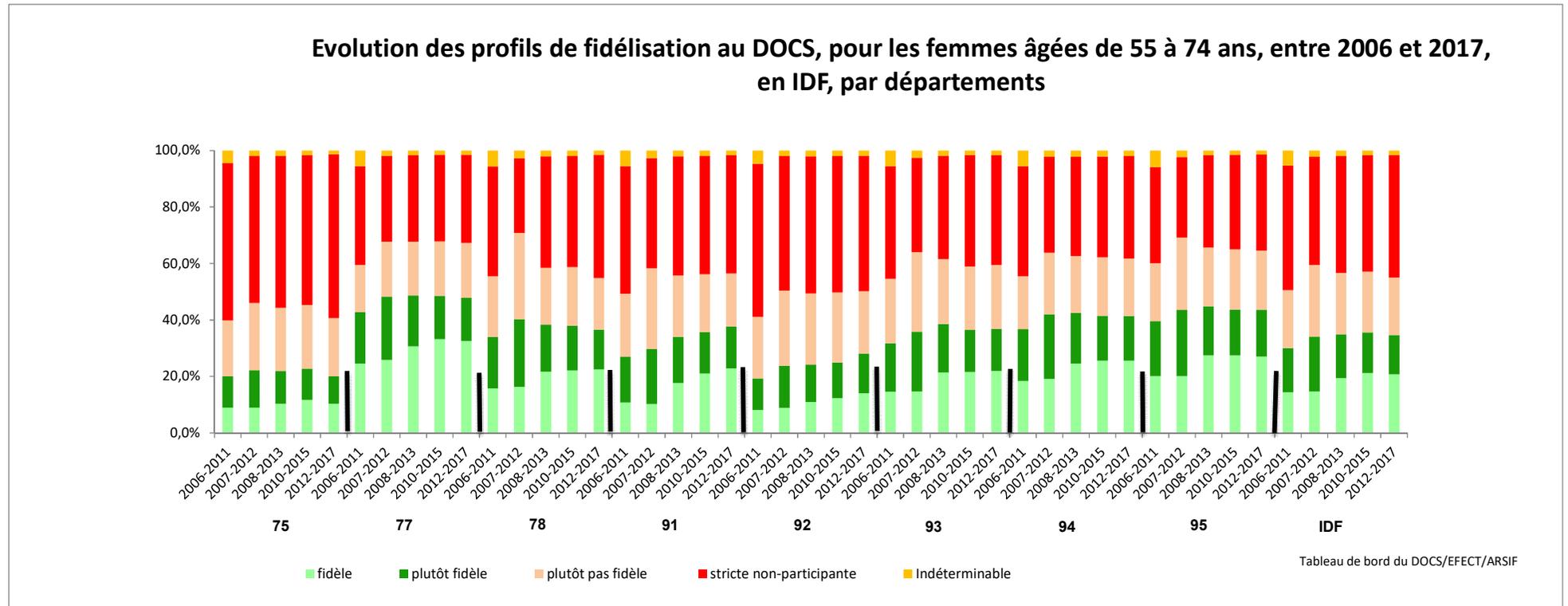
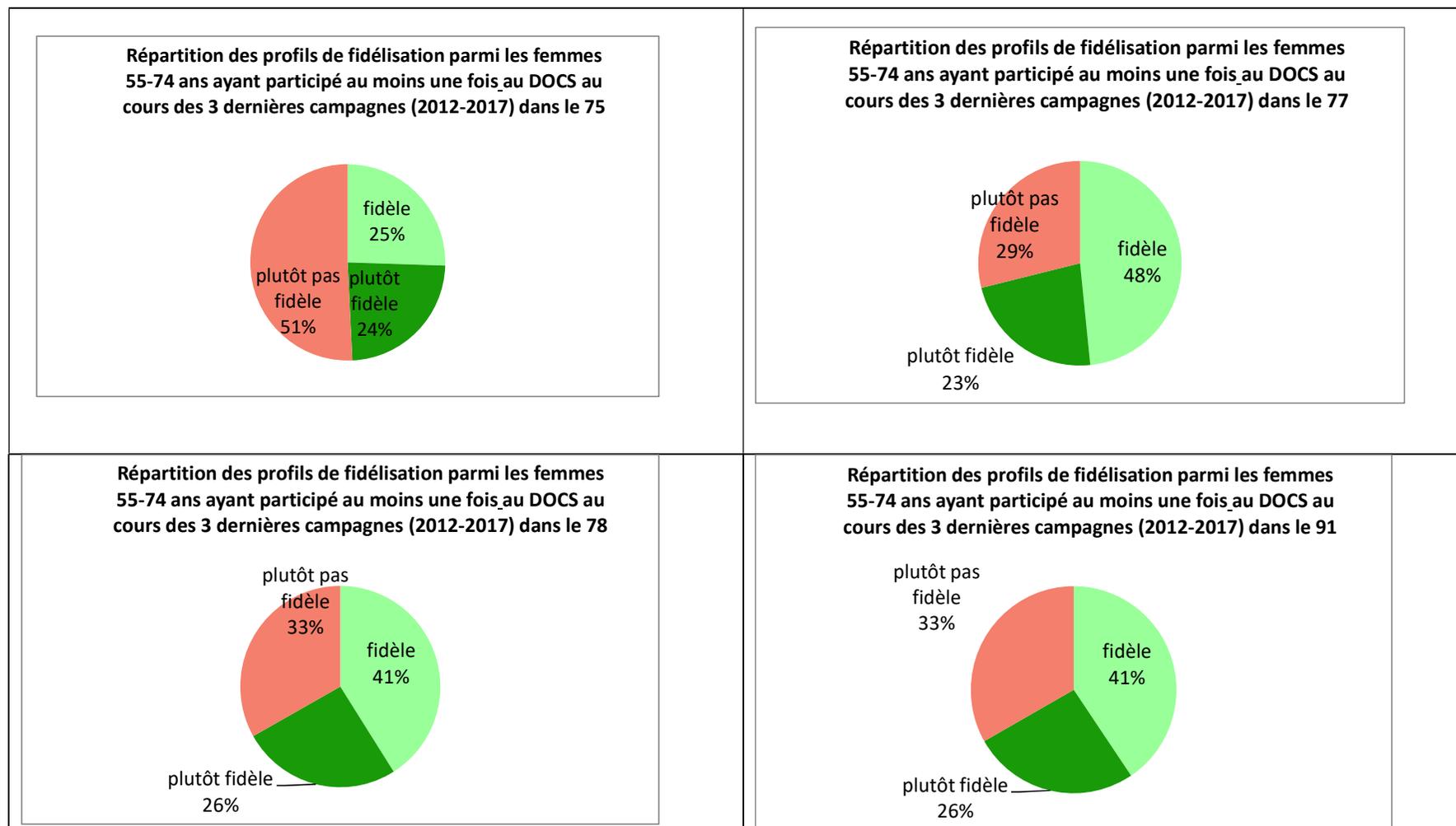
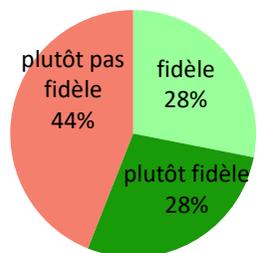


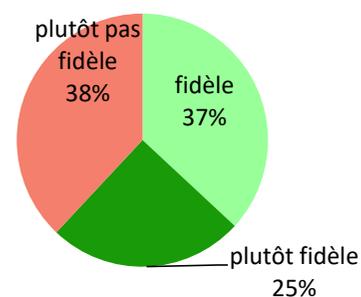
Figure 28 : Répartition des profils de fidélisation centrée sur les femmes « participantes », par département, au cours des 3 dernières campagnes 2012-2017



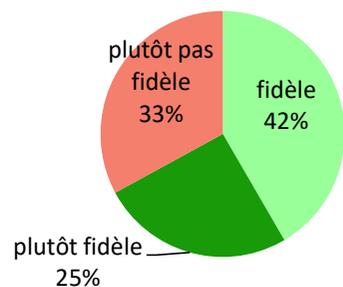
Répartition des profils de fidélisation parmi les femmes 55-74 ans ayant participé au moins une fois au DOCS au cours des 3 dernières campagnes (2012-2017) dans le 92



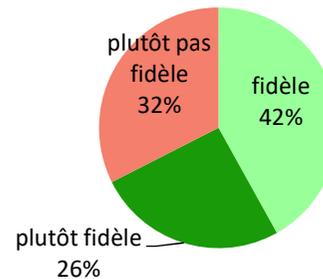
Répartition des profils de fidélisation parmi les femmes 55-74 ans ayant participé au moins une fois au DOCS au cours des 3 dernières campagnes (2012-2017) dans le 93



Répartition des profils de fidélisation parmi les femmes 55-74 ans ayant participé au moins une fois au DOCS au cours des 3 dernières campagnes (2012-2017) dans le 94



Répartition des profils de fidélisation parmi les femmes 55-74 ans ayant participé au moins une fois au DOCS au cours des 3 dernières campagnes (2012-2017) dans le 95



## 5.6 Accessibilité au dépistage

### 5.6.1 Les indicateurs

Plusieurs indicateurs sont proposés pour analyser l'accessibilité au DO.

Le descriptif de la démographie médicale pour les médecins généralistes comme pour les spécialistes concernés est le premier élément caractérisant l'accès au dépistage pour les femmes domiciliées dans un département. Ces médecins sont en effet très concernés par l'adhésion des femmes à la campagne et principalement (mais non exclusivement) ceux qui n'ont pas d'exercice particulier (MEP). Cet élément a été pris en compte dans l'analyse descriptive de la démographie professionnelle, ainsi que la place du secteur 2 dans l'offre de médecine libérale.

Le choix de la source d'information est un élément soumis à la discussion de façon récurrente au sein des groupes de travail, dans la mesure où l'information utilisée in fine doit être au plus près des besoins en information. Depuis l'année 2012, le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), nouvelle source des données de démographie professionnelle en remplacement des données Adeli, a été introduit. Avec ce recensement, un médecin n'est comptabilisé qu'une et une seule fois, quel que soit le nombre de lieux d'exercice qu'il a déclaré.

La source d'information qui est apparue la plus adaptée et la proche de la connaissance des territoires que possèdent les SGDO est celle de l'assurance maladie, mais les données n'ont pas été transmises. A défaut, l'Atlas de la Démographie Médicale en France<sup>15</sup>, qui comporte l'avantage d'une actualisation annuelle, et communique les données générales ainsi que celles portant sur les médecins généralistes hors exercice particulier, a été utilisée.

L'offre en médecine du travail, population de professionnels importante pour la participation aux DO, n'est actuellement pas intégrée au tableau de bord. Leur recensement existe selon le répertoire des professionnels de santé (anciennement ADELI) mais regroupé en « médecine du travail et santé publique », ce qui rend impossible leur comptabilisation spécifique. Il faut cependant rappeler que le département où se déroule le dépistage pouvant être différent du département de domicile : il n'est pas possible de rapprocher l'observation d'une offre importante en médecine du travail (cible d'actions spécifiques de sensibilisation) de résultats de participation.

Les informations relatives à la démographie médicale des radiologues comportent notamment la description du parc mammographique avec le calcul du taux de centres mammographiques par département. A l'origine du tableau de bord, le groupe de travail avait souhaité utiliser les données de formation des radiologues. Le principe consistait à connaître la participation des radiologues au vu de la démographie les concernant, puis à préciser la part de radiologues formés depuis la généralisation du dépistage organisé, c'est-à-dire le nombre de professionnels participants ayant bénéficié d'une formation récente et spécifique au dépistage organisé. L'expérience a montré que l'utilisation de ces indicateurs dans le tableau de bord se trouvait confrontée à des

---

<sup>15</sup> Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1/1/2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pages 140 et 154, et carte interactive

différences dans les périodes de disponibilité des données recherchées (démographie, participation, formation). Ils ne sont de ce fait actuellement plus utilisés dans le tableau de bord.

## 5.6.2 Définitions

Indicateur	Source	Année
Nombre et densité pour 100 000 habitants de médecins généralistes	CNOM : Atlas de la démographie médicale en France	1/1/2018
Nombre et densité pour 100 000 habitants de médecins gynécologues médicaux et obstétriciens	CNOM : Atlas de la démographie médicale en France	1/1/2018
Nombre et densité pour 100 000 habitants de médecins gynécologues médicaux	CNOM : Atlas de la démographie médicale en France	1/1/2018
Nombre et densité pour 100 000 habitants de médecins radiologues (radiodiagnostic et imagerie)	CNOM : Atlas de la démographie médicale en France	1/1/2018
Taux de centres mammographiques et évolution depuis 2013	SG (nombre de centres mammographiques)	2013
	INSEE projection omphale (2007-2042)	2015
		2017

## 5.6.3 Résultats

### La démographie professionnelle

Le tableau suivant illustre que les départements où le taux de participation est le plus important ne sont pas ceux qui présentent la plus forte densité en médecins. Plusieurs travaux<sup>16</sup> ont mis en évidence ce constat, qui doit cependant être nuancé par l'absence de prise en compte des médecins à exercice particulier (MEP). En effet, ces derniers se concentrent également dans les zones fortement urbanisées, à démographie élevée, et ne semblent pas jouer le même rôle dans l'adhésion des publics au dépistage. Ainsi, à Paris par exemple, la prise en compte des MEP ramène la densité professionnelle au même niveau que le niveau national.

Il faut rappeler que ces données descriptives ne correspondent pas totalement à la réalité de l'offre médicale pour les patients car elles ne prennent pas en compte les flux de professionnels, notamment les médecins qui viennent exercer dans le département tout en n'y étant pas dénombrés.

<sup>16</sup>Institut national du cancer, Efect. Evaluation organisationnelle du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein. Boulogne-Billancourt: INCA; 2010.

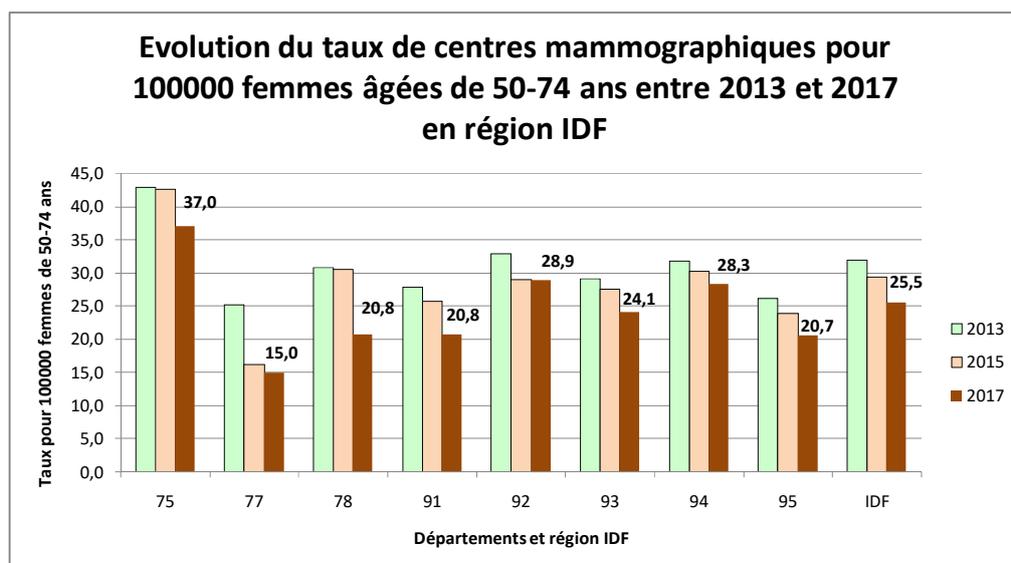
HAS. « La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France » -, 2011.

**Tableau 7 : Démographie professionnelle caractérisant le contexte du DOCS (Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1/1/2016)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nombre de médecins généralistes	4363	1303	1518	1342	2233	1662	1563	1244	15228
Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants	193,5	93,9	105	105,4	138,6	106,2	114,3	102,7	125,7
Nombre de gynécologues médicaux et obstétriciens	112	28	33	28	52	35	34	30	352
Densité de gynécologues médicaux et obstétriciens pour 100 000 habitants	9,4	3,9	4,5	4,3	6,2	4,4	4,8	4,8	5,6
Nombre de gynécologues médicaux	157	21	30	20	50	17	33	10	338
Densité de gynécologues médicaux pour 100 000 habitants	13,2	3	4	3,1	5,9	2,1	4,6	1,6	5,4
Nombre de radiologues (radiodiagnostic et imagerie)	635	112	124	100	241	141	206	98	1657
Densité de radiologues (radiodiagnostic et imagerie) pour 100 000 habitants	28,2	8,1	8,6	7,9	15	9	15,1	8,1	13,7
Taux annuel de participation INSEE au DO (SG, 2017)	28,4%	48,5%	40,6%	40,5%	35,0%	36,8%	41,0%	45,5%	38,5%

## Les centres de mammographie agréés

**Figure 29 Evolution du parc mammographique entre 2013 et 2017**



**Tableau 8 : Evolution du nombre de centres agréés par département en IDF entre 2013 et 2017**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
<b>Nombre total de centres mammographiques agréés dans le DOCS (SG,2013)</b>	128	44	60	45	67	53	56	40	493
<b>Nombre total de centres mammographiques agréés dans le DOCS (SG, 2015)</b>	128	29	60	42	60	51	54	37	461
<b>Nombre total de centres mammographiques agréés dans le DOCS (SG, 2017)</b>	113	28	42	35	62	46	52	33	411
<b>Taux insee annuel de centres mammographiques dans le DOCS pour 100000 femmes de 50-74 ans(SG,2017)</b>	37,0	15,0	20,8	20,8	28,9	24,1	28,3	20,7	25,5
<b>Taux insee annuel de participation INSEE au DO en 2017</b>	28,4%	48,5%	40,6%	40,5%	35,0%	36,8%	41,0%	45,5%	38,5%

Depuis 2013, le parc mammographique des centres agréés évolue quantitativement, avec une nouvelle fermeture de 50 centres pour la région entre 2015 et 2017 (32 entre 2013 et 2015). En 2017, le taux insee régional de centres mammographiques est évalué à 25,5 pour 100000 femmes de 50 à 74 ans pour la région IDF.

Dans certains départements la baisse de l'offre en centres de mammographie rapportée à la population cible est significative :

- le 77 présente le taux le plus faible, à 15 centres agréés pour 100000 femmes cibles
- les départements du 78, 91 93 et 95 constitue un groupe intermédiaire entre 20 et 25 centres agréés pour 100000 femmes cibles.
- Les départements du 75, 92 et 94 sont actuellement les mieux dotés avec plus de 28 centres agréés pour 100000 femmes cibles.

Ces éléments continuent de confirmer comme dans les constats antérieurs que les départements les mieux dotés en centres de mammographies ne sont pas ceux où le taux de participation dans le DOCS est le plus important.

Le tableau suivant montre que 94% du parc est numérique au 31/12/17, avec cependant des variations départementales.

**Tableau 9 : Présentation du parc mammographique régional agréé en Ile-de-France en 2017, par département**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
<b>Nombre total de centres mammographiques agréés dans le DOCS (SG, 2017)</b>	113	28	42	35	62	46	52	33	411
<i>Nombre total de centres hors hôpital dans le DOCS (SG, 2017)</i>	104	23	37	31	57	41	48	30	371
<i>Dont nombre de centres numériques hors hôpital dans le DOCS (SG, 2017)</i>	102	22	33	30	57	41	46	26	357
<i>Nombre total de centres à l'hôpital (SG,2017)</i>	9	5	5	4	5	5	4	3	40
<i>Dont nombre de centres numériques à l'hôpital (SG,2017)</i>	9	4	5	4	3	3	4	3	35
<i>% de centres numériques/total de centres dans le DOCS en 2017</i>	98,2%	92,9%	90,5%	97,1%	96,8%	95,7%	96,2%	87,9%	95,4%

Sur le plan national comme régional, l'introduction de la mammographie numérique s'est accompagnée pour les tutelles d'un besoin d'en connaître les caractéristiques (types d'équipements) et les effets (notamment dans le domaine de la qualité des lectures). Or, les systèmes d'informations n'étaient pas prêts à recueillir ce niveau de détails, nécessitant de les adapter pour en disposer. Depuis 2009, ces données existent et continuent de s'améliorer en qualité.

Par ailleurs, le suivi du nombre de centres s'équipant de tomosynthèse, imagerie en 3D des seins est un élément important de la qualité. La tomosynthèse fournit une vision plus fine des seins et permet aux radiologues une analyse plus précise de la taille, de la forme, de la localisation et du nombre des anomalies.

## 5.7 Modalités du fonctionnement

### 5.7.1 Les indicateurs

Les indicateurs suivants ont été retenus pour faciliter la compréhension des niveaux de participation et de couverture observés par département. L'usage systématique du dénominateur INSEE pour les différents indicateurs vise à permettre leur rapprochement.

**Le volet « populationnel » du fonctionnement est caractérisé par les indicateurs suivants.**

- ◆ **Le taux annuel de femmes sollicitées pour le DO.**

Les femmes, parmi la cible, accèdent au dépistage sur invitation des SG selon les modalités habituelles mais également par leur médecin traitant (« prescription médicale »), 2<sup>ème</sup> grande modalité d'accès au dépistage. Enfin, elles peuvent accéder spontanément au dépistage et, plus récemment, les médecins (généralistes, radiologues, gynécologues...) peuvent utiliser une procédure informatique d'éligibilité. Ceci a amené le groupe de travail à préférer le terme de femmes « sollicitées » pour mieux prendre en compte l'ensemble des modalités aujourd'hui possibles dans l'accès au dépistage et qui dépasse la seule « invitation ». Le nombre de « femmes sollicitées » peut donc être plus important que le dénominateur populationnel INSEE (moitié de la population INSEE correspondant à cette tranche d'âge), expliquant que ce taux soit parfois supérieur à 100%.

- ◆ **Le nombre de sollicitations par femme** : il quantifie également l'effort déployé par les SG. Il a été jugé intéressant en valeur **moyenne** pour les femmes dépistées. Le pourcentage de sollicitations consacré aux femmes non dépistées le complète.

- ◆ **La répartition des modes d'accès au dépistage et le taux de participation par mode**

Il est apparu important pour le groupe de travail de connaître la répartition des cinq grands modes d'accès au dépistage aujourd'hui possible : l'invitation, la (les)relance(s), la procédure d'éligibilité disponible en région pour les médecins (NEONET), l'accès spontané, et la prescription médicale. Plus précisément, le taux de participation par mode d'accès, souhaité par les groupes de travail, pose des difficultés de réalisation technique, liée aux processus de stockage de l'information dans le logiciel Néoscope. De ce fait, ce dernier ne peut être calculé.

- ◆ **Délai entre la sollicitation et la réalisation du dépistage**

Ce délai renseigne utilement sur la réactivité des femmes entre la sollicitation (invitation ou relance) et la réalisation du dépistage.

- **Délai entre deux invitations**

Il s'agit d'étudier le phénomène de doubles invitations d'une même femme au court d'une même campagne, notamment suite à la déclaration d'un dépistage hors DO. Ce délai analyse également les pratiques en œuvre par les SG.

- **Répartition des non participation**

Il faut noter que plusieurs causes de non participation sont possibles pour une même femme.

## 5.7.2 Définitions

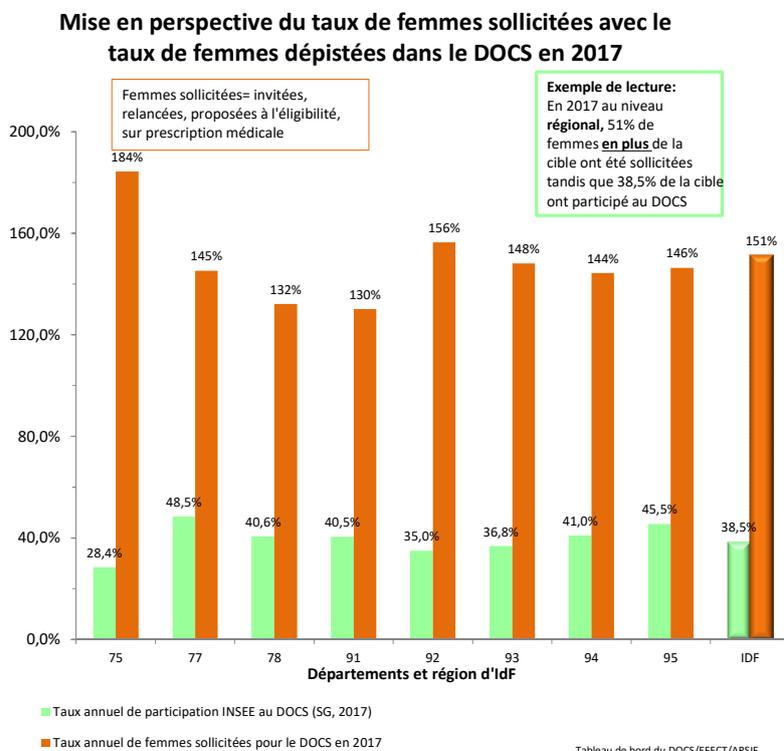
Indicateur	Définition	Sources	Année
Taux annuel de femmes sollicitées	Numérateur : Nombre de femmes invitées ou relancées dans l'année, chaque femme étant comptée une seule fois (femmes pour lesquelles au moins un des 5 modes d'accès° a été utilisé pour les inciter à participer au dépistage) Dénominateur : Nombre de femmes INSEE/2	Numérateur : SG Dénominateur : Projection INSEEomphale/2	2017 2017
Nombre de sollicitations par femmes dépistées	Numérateur : nombre de sollicitations Dénominateur : nombre de femmes dépistées	SG	2017
%de sollicitations consacrées aux femmes non dépistées	Numérateur : nombre de sollicitations Dénominateur : nombre de femmes non dépistées x 100	SG	2017
Modes d'accès au dépistage	Répartition des 5 principales modalités°	SG	2017
Délai entre la sollicitation et la réalisation du dépistage	Délais médians entre la dernière sollicitation (invitation) et la réalisation du test	SG	2015-2016
Délai entre deux invitations	Délais médians entre les deux dernières invitations	SG	2015-2016
Causes de non participation (Total des causes)	Répartition des non participation : Décès, NPAI, Déménagement, ATCD personnel ou suivi, gêne, suivi gynéco	SG	2017
Nombre de femmes pour lesquelles la (les) cause(s) est (sont) connue(s)		SG	2017

°invitation, relance, « prescription médicale », accès spontané, procédure informatique d'éligibilité.

## 5.7.3 Résultats 2017 et évolution depuis 2012

### Taux annuel de femmes sollicitées

Figure 30 :

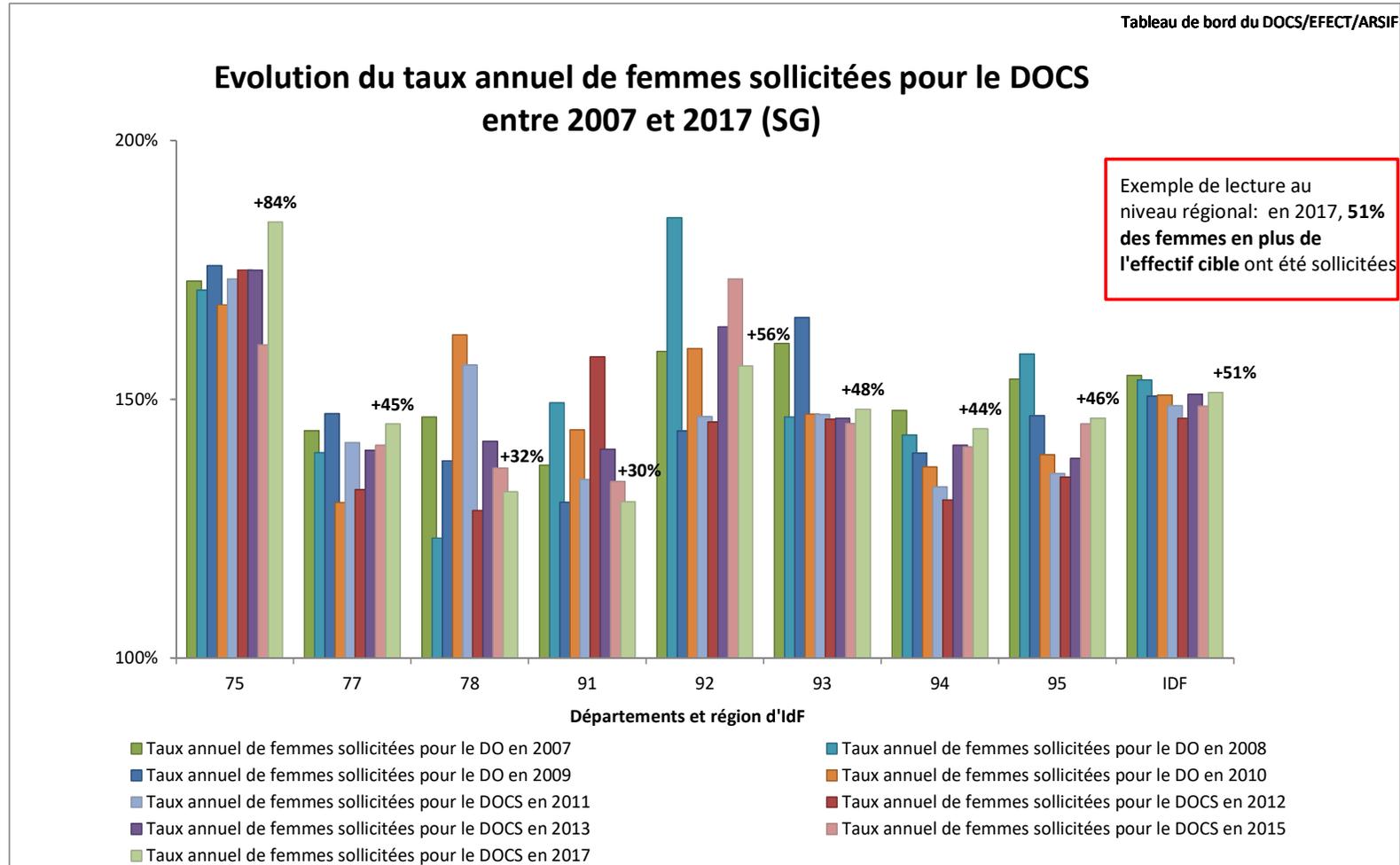


Ce taux, qui décrit le nombre de femmes ayant été soit invitées, soit relancées, soit mobilisées par une autre modalité possible d'entrée dans le DO (éligibilité, prescription,...), **traduit donc l'importance de la « sollicitation » des femmes pour participer au DO dans chaque département**. Rapproché du taux INSEE de participation, le taux de femmes sollicitées cherche à illustrer le rapport entre « l'importance de la sollicitation » et les « résultats » obtenus (le taux de participation INSEE). La principale difficulté pour interpréter ce rapprochement est liée à la construction respective de ces indicateurs, qui, au numérateur, ne concernent pas la même population de femmes du fait du décalage temporel qui existe entre la date de « sollicitation » et la date de réalisation de la mammographie.

Rappelons que les effectifs des fichiers de l'assurance maladie (utilisés pour les invitations par les SGDO) sont supérieurs à ceux de l'INSEE (problème essentiellement lié aux mises à jour des fichiers de l'Assurance-Maladie qui dépendent des déclarations faites par les assurées à leurs caisses tandis que l'INSEE calcule des projections à partir des recensements).

L'analyse de l'évolution du taux annuel de femmes sollicitées présenté à la figure 30 met en évidence la **fluctuation liée aux stratégies de sollicitation**, qui peuvent varier, notamment avec la quantité d'invitations et de relances adressées une année donnée (lire annexe 1) mais également en fonction des actions menées sur les territoires. Notons toutefois que cette fluctuation tend à se lisser dans le temps, avec la régularité des envois d'invitation et de relance, mais également, pour certains départements (94,95) à diminuer.

Figure 31 :



## Nombre de sollicitations par femmes dépistées ou non

**Tableau 10 : Analyse des sollicitations par femme dépistée ou non et par département d'IDF en 2017**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Taux annuel de participation INSEE au DO en 2017</b>	28,4%	48,5%	40,6%	40,5%	35,0%	36,8%	41,0%	45,5%	38,5%
<b>Nb de femmes dépistées (SG, 2017)</b>	43 400	45 107	41 012	34 088	37 467	35 052	37 592	36 365	310 083
Nombre total de sollicitations (SG, 2017)	523 384	242 397	208 979	187 537	321 588	247 708	255 727	195 251	2 182 571
Nombre de sollicitations pour les femmes non dépistées (SG, 2017)	451 544	160 314	151 044	137 786	256 512	191 658	197 094	137 645	1 683 597
<b>% de sollicitations consacré aux femmes non dépistées</b>	86%	66%	72%	73%	80%	77%	77%	70%	77%
Nombre de sollicitations pour les femmes dépistées (SG, 2017)	71 840	82 083	57 935	49 751	65 076	56 050	58 633	57 606	498 974
<b>Nombre moyen de sollicitations par femme dépistée (calcul EFECT 2017)</b>	1,7	1,8	1,4	1,5	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6

Le taux de femmes sollicitées (nombre de femmes sollicitées quel qu'en soit le mode, rapporté à la population cible INSEE (OMPHALE 2017) et le nombre moyen de sollicitations par femme dépistée calculé sur la période de 22 mois qui précèdent la réalisation de la mammographie, se complètent et illustrent chacun un aspect différent de l'activité des SG :

- ◆ **Le taux de femmes sollicitées traduit la stratégie engagée par la SG** pour faire participer les femmes : il montre qu'en réalité, plus de la moitié de l'effectif de population Insee est sollicité par année, selon différents modes. Le département de Paris, qui n'a pas un bon taux de participation est celui qui sollicite le plus ce qui s'explique par **la nécessité de relancer davantage les femmes non-participantes**.
- ◆ Le nombre moyen de sollicitations par femme dépistée varie très peu autour de la valeur régionale de 1,6 quel que soit le taux de participation du département. Ceci argue en faveur d'un profil de femme participante proche dans tous les départements.
- ◆ La proportion de sollicitations consacrée aux femmes non dépistées, représentant 77% du nombre total de sollicitations annuelle, est forte, variant de manière inverse à la valeur du taux de participation du département. Ainsi, la variation s'étend de 66% (77) à 86% (75). En dehors du 92 qui évolue dans le sens d'une amélioration de la participation, les valeurs observées à l'égard de la sollicitation demeurent stables dans le temps.

## Délai entre la dernière invitation/relance et la réalisation du test pour la campagne 2015-2016

**Tableau 11 : Analyse du délai médian entre la dernière invitation/relance et la mammographie de dépistage, par départements et pour la région IDF (source cohorte des invitées 2015-2016)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Délai médian en mois entre la dernière invitation/relance et le dépistage en 2013-2014	2,6	2,6	2,8	2,6	2,9	2,4	2,2	2,8	2,6
Délai médian en mois entre la dernière invitation/relance et le dépistage en 2015-2016	3,2	3,0	2,7	2,8	3,2	2,7	2,4	3,0	2,9
% de valeurs exploitables	98%	99%	99%	99%	97%	99%	98%	100%	

Cette donnée ne peut être analysée qu'avec un recul suffisant pour laisser à la femme le temps de réaliser la mammographie.

Une légère augmentation de ce délai est notée par rapport aux exploitations précédentes du tableau de bord dans certains départements, portant le délai régional médian entre l'invitation (quelles que soient les relances éventuelles) et la réalisation du test de dépistage à 3 mois (versus 2 mois ½ pour la cohorte des invitées précédente). Ces délais varient de 2 mois 1/2 environ (73 jours pour le 94) et plus de 3 mois (95 jours pour le 92 et 96 jours pour le 75), malgré d'importantes disparités dans les niveaux d'équipement en cabinets de radiologie.

Ce délai varie sous l'influence de plusieurs facteurs sans qu'il ne soit possible d'analyser la part représentée par chacun d'eux. Ces facteurs sont :

- ◆ La décision prise par la femme de réaliser sa mammographie dans le délai de son choix
- ◆ Le délai d'attente dans les cabinets de radiologies (fermeture de centres, augmentation de l'activité, plages de RV dédiées au DO limitées,...)
- ◆ L'existence de relances selon des stratégies propres à chaque SG.

## Délai entre deux invitations pour la campagne 2015-2016

**Tableau 12 : Analyse du délai médian entre la dernière invitation/relance et la mammographie de dépistage, par départements et pour la région IDF (Source : cohorte des invitées 2015-2016)**

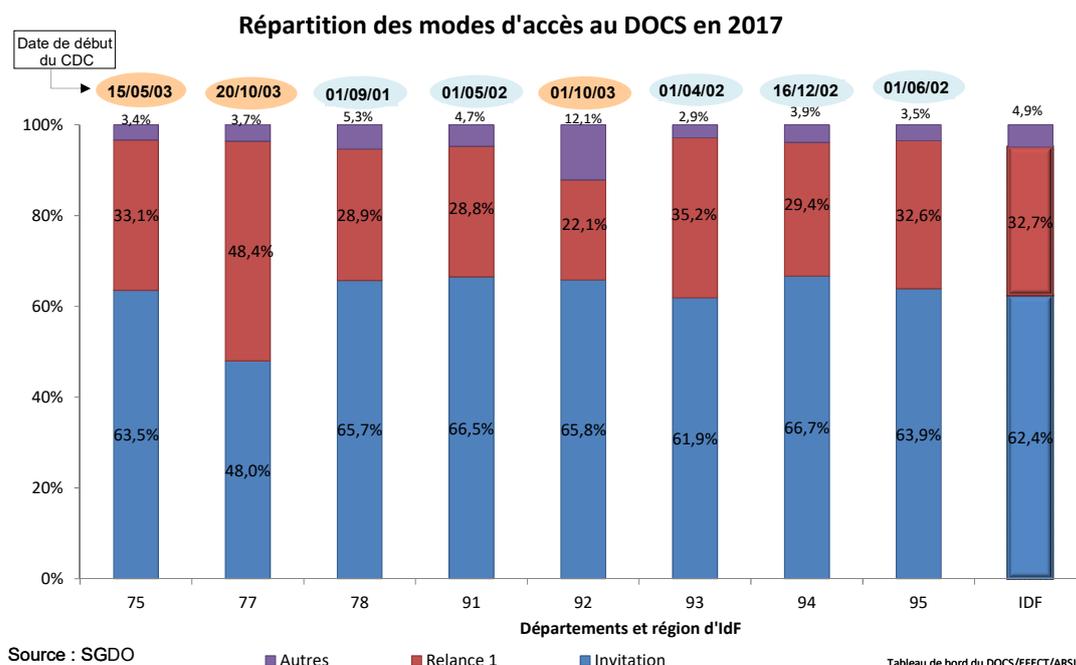
	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Délai médian en mois entre deux invitations	22,2	21,4	22,2	23,2	22,4	23,0	23,3	22,2	22,5

Cet indicateur traduit **la pratique des SGDO en matière d'invitation** (dont le lecteur trouvera le détail en annexe 1) et non celle des femmes en matière de recours au dépistage, qui s'appréhende par le délai entre deux tests. L'allongement du délai entre deux invitations, lorsque la femme déclare avoir réalisé une mammographie hors dépistage organisé tient au report de l'invitation par la structure de gestion à la vague suivante **et n'est pas visible lorsque l'on considère la médiane de ces délais.**

Avec une variabilité interdépartementale faible, de l'ordre de un mois et une qualité satisfaisante de l'information utilisée (ces délais portent sur plus de 94% de valeurs non nulles), cet indicateur montre que l'ensemble des SG respecte le cahier des charges des dépistages qui prévoit 22 mois entre le lancement des invitations de deux campagnes successives.

## Répartition des modes d'entrée dans le DO en 2017

Figure 32 :



Les femmes dépistées ont principalement été invitées ou relancées dans tous les départements (88% à 97% des femmes dépistées). Mais il existe d'autres modalités d'accès au DOCS qui représentent 4,9% des femmes dépistées au niveau régional (2,8% à 5,6% selon les départements) : il s'agit des invitations par les médecins (radiologues, gynécologues ou généralistes) ou des demandes directes des femmes.

Tableau 13 : Données quantitatives relatives aux différents modes d'accès au dépistage organisé en 2017

Mode d'entrée dans le dépistage	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Invitation</b>	27 579	21 641	26 955	22 661	24 668	21 689	25 069	23 239	193 501
Relance 1	14 366	21838	11871	9 814	8 262	12 352	11 054	11 856	101 413
<b>Autres</b>	01 455	1655	2194	1 611	4540	1 010	1 468	1 270	15 203
Nombre de femmes dépistées en 2017	43 400	45 107	41 012	34 088	37 467	35 052	37 592	36 365	310 083

## Informations sur les non-participantes

Les structures de gestion ont toutes des difficultés pour obtenir exhaustivement cette information.

Sur la cohorte des invitées 2015-2016, les réponses disponibles concernent **16%** des non participantes au niveau régional, bien que cette information soit considérée comme importante, avec des variations allant de 8% dans le 75 à 27% dans le 94.

Standardisée entre structures de gestion, au niveau du support utilisé pour le recueil comme pour la saisie, elle pourrait permettre de hiérarchiser ces causes de non participation et de déterminer des orientations pour l'action. De ce fait, une démarche d'homogénéisation avait été menée (co-construction du guide de remplissage avec les structures de gestion), à la demande de la DRASSIF en 2008 mais n'a jamais été mise en œuvre.

Il est ainsi très important de spécifier que **les modalités de recueil des causes de non-participation sont différentes selon les SGDO** (différence dans les modalités proposées), ce qui peut expliquer certaines différences constatées.

Au regard de la qualité des données, elles n'ont pas été présentées.

# 6 EFFICACITE DU DEPISTAGE

## 6.1.1 Les indicateurs

Il s'agit d'analyser le nombre de cancers dépistés dans chaque département, et leurs caractéristiques. Cette donnée n'est disponible de manière consolidée qu'avec un décalage temporel de deux années par rapport à l'année où se fait la requête sur les bases de données des SG, lié à l'obtention par la structure de gestion des résultats anatomopathologiques. De ce fait, les données les plus récentes (2017) encore incomplètes ne peuvent être utilisées dans la présente exploitation.

Les indicateurs retenus sont :

- ◆ Le taux de cancers pour mille femmes dépistées ;
- ◆ Le pourcentage de cancers détectés par le deuxième lecteur, spécificité du dispositif.
- ◆ Le pourcentage de cancers de bons pronostics selon les définitions des normes européennes où il existe 3 types définis, mais également selon les derniers travaux disponibles, issus du recul clinique, et qui introduisent la taille seuil de 20 mm pour définir ce bon pronostic

La classification TNM des cancers du sein (*Edge SB, Byrd DR, ComptonCC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York: Springer; 2010*) est présentée en annexe 4.

## 6.1.2 Définitions

Indicateur	Définition	Sources	Normes	Année
Taux de cancers pour mille femmes dépistées	Numérateur : nombre de cancers dépistés Dénominateur : nombre de femmes dépistées x1000	Numérateur : SG Dénominateur : SG	>=5‰	2013
				2014
				2013-2014
				2015-2016
Pourcentage de cancers détectés par le deuxième lecteur au cours des 3 dernières campagnes	Numérateur : nombre de cancer histologiquement confirmés dépistés par L2 (L3), Dénominateur : nombre total de cancers détectés histologiquement confirmés	Numérateur : SG Dénominateur : SG		2011-2016
Pourcentage de cancers de bons pronostics :				
<i>Cancers in situ canaux (CISC)</i>	Numérateur : nombre de CISC Dénominateur : nombre total de cancers dépistés en L1 et en L2	Numérateur : SG Dénominateur : SG	>=10%	2013
				2014
				2013-2014
				2015-2016
<i>Cancers invasifs de moins de 10 mm</i>	Numérateur : nombre de cancers Invasifs <= 10 mm Dénominateur : nombre total de cancers invasifs dont on connaît la taille	Numérateur : SG Dénominateur : SG	>=20%	2013
				2014
				2013-2014
				2015-2016
<i>Cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire</i>	Numérateur : nombre de cancers invasifs sans gg, Dénominateur : nombre total de cancers invasifs dont on connaît le statut ganglionnaire	Numérateur : SG Dénominateur : SG	70%	2013
				2014
				2013-2014
				2015-2016
<i>Cancers invasifs de moins de 20 mm</i>	Numérateur : nombre de cancers Invasifs <= 20 mm Dénominateur : nombre total de cancers invasifs dont on connaît la taille	Numérateur : SG Dénominateur : SG		2015-2016

## 6.1.3 Résultats 2016 et évolution depuis 2009

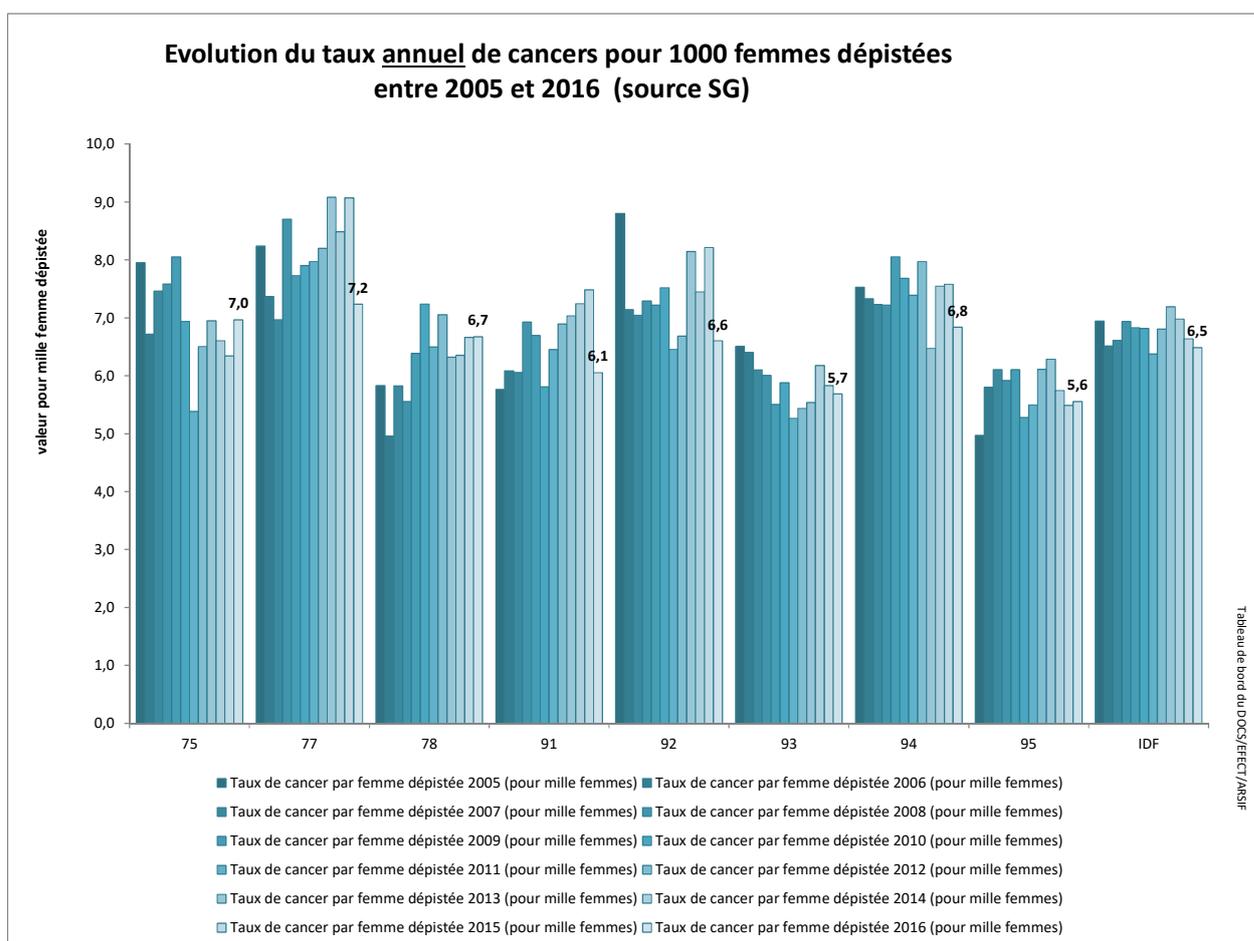
Les tableaux et figures suivants présentent ces indicateurs.

### Taux de cancers par femmes dépistées

Tableau 14 : Nombre de cancers dépistés et taux de cancers détectés en 2015-2016 dans les départements de la région Ile-de-France (source : SG)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de cancers détectés en 2015-2016	545	735	535	469	563	424	548	419	4238
Nombre de femmes dépistées en 2015-2016	81924	90243	80230	69728	76264	73636	76083	73883	621991
Taux de cancers détectés pour 100000 femmes dépistées en 2015-2016	6,7	8,1	6,7	6,7	7,4	5,8	7,2	5,7	6,8

Figure 33



Notons la relative stabilité de ce taux de cancers pour 1000 femmes dépistées au niveau de la région, depuis 10 ans, à 6,5 pour mille femmes en 2016.

## Pourcentage de cancers détectés par le deuxième lecteur

Figure 34

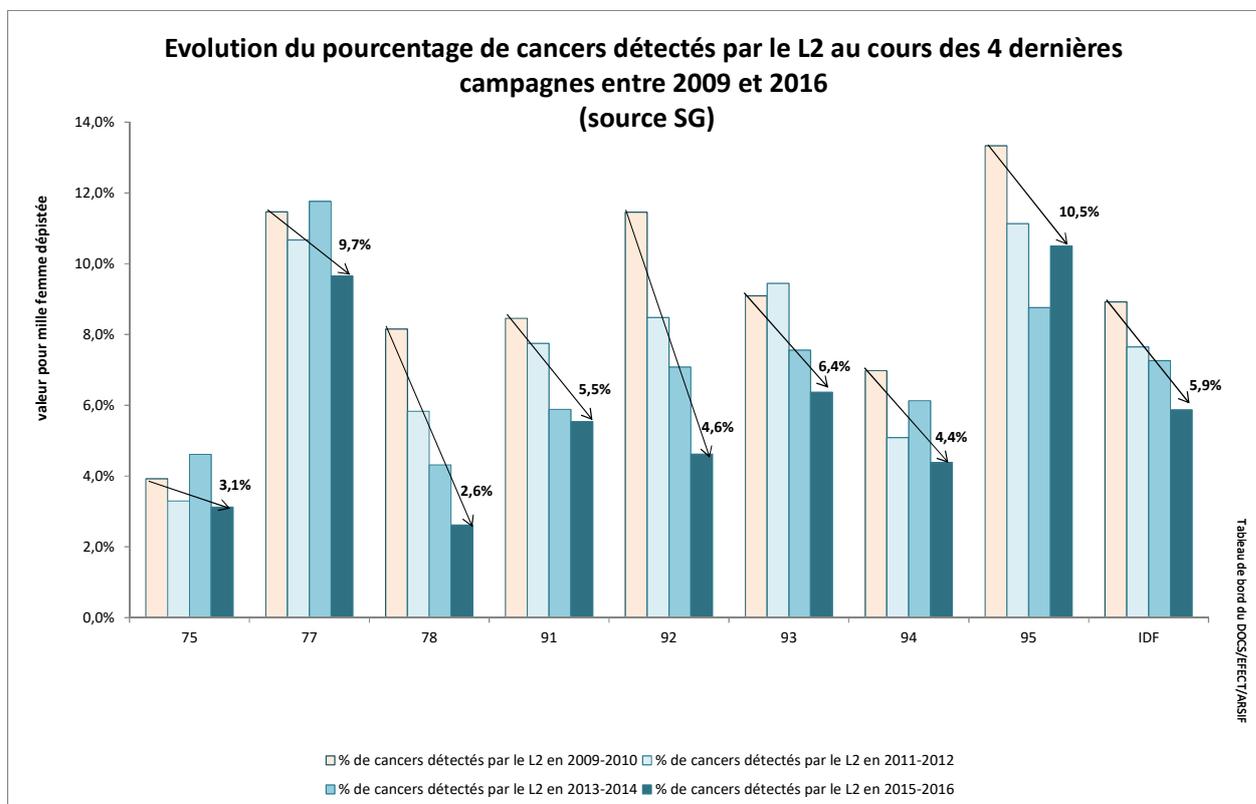


Tableau 15 : Nombre de cancers dépistés et % de cancers détectés par le deuxième lecteur en 2015-2016 dans les départements de la région Ile-de-France (source : SG)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de cancers détectés en 2015-2016	545	735	535	469	563	424	548	419	4238
Dont nombre de cancers détecté par le L2 ou par la procédure de relecture en cas de discordance en 2015-2016	17	71	14	26	26	27	24	44	249
% de cancers détectés par le L2 ou par la procédure de relecture en cas de discordance en 2015-2016	3,1%	9,7%	2,6%	5,5%	4,6%	6,4%	4,4%	10,5%	5,9%

Si au cours des 4 dernières campagnes le % de cancers détectés par le L2 a diminué pour la région, l'importance de cette évolution n'est pas la même dans les différents départements franciliens. La figure 34 montre qu'elle est plus marquée dans le 92 et le 78 que dans les autres départements.

## Détection des cancers de bon pronostic

La définition du pronostic repose sur des notions : de type de cancers (in situ notamment), de taille (<10mm) et d'absence d'envahissement ganglionnaire et repose sur des normes européennes qui utilisent ces critères mais séparément. Plus récemment, des travaux cliniques ont introduit un seuil de taille tumorale à 20mm, utilisé dans cette exploitation du tableau de bord. Or, la notion de bon pronostic doit d'une part croiser ces critères, d'autre part prendre en compte le grade tumoral et l'activité/agressivité tumorale qui ne sont actuellement pas intégrées aux normes européennes citées et dont la collecte n'est pas organisée dans les bases de données des SG. Les résultats de la campagne 2015-2016 sont analysés en premier lieu dans le tableau 16 en conformité aux normes utilisées jusqu'ici dans le tableau de bord, et sont complétés dans le tableau 17 par un croisement des 3 critères européens.

**Tableau 16 : Nombre de cancers dépistés et pourcentage de cancers de bon pronostic dans les départements de la région Ile-de-France en 2015-2016(source : SG)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de cancers dépistés 2015-2016	545	735	535	469	563	424	548	419	<b>4238</b>
% de cancers dont on connaît le type histologique	55,6%	96,9%	91,6%	97,4%	81,0%	87,0%	98,4%	77,3%	<b>86,1%</b>
Nombre de CISC dépistés 2015-2016	61	113	56	50	87	50	63	54	<b>534</b>
% de CISC sur total de cancers détectés dont on connaît le statut histologique (*)	11,2%	15,4%	10,5%	10,9%	15,5%	11,8%	11,5%	12,9%	<b>12,6%</b>
Nombre total de cancers INVASIFS dépistés 2015-2016	237	597	430	404	368	316	474	268	<b>3094</b>
% de Cancers invasifs sur total de cancers détectés dont on connaît le statut histologique	78,2%	83,8%	87,8%	88,4%	80,7%	85,6%	87,9%	82,7%	<b>84,8%</b>
Nombre de cancers INVASIFS dont on connaît la taille	216	517	377	395	361	315	441	265	<b>2887</b>
% de cancers INVASIFS dont on connaît la taille	91,1%	86,6%	87,7%	97,8%	98,1%	99,7%	93,0%	98,9%	93,3%
Dont <=10 mm	77	177	127	118	112	77	137	85	<b>910</b>
% invasifs<10 mm sur invasifs dont on connaît la taille(**)	35,6%	34,2%	33,7%	29,9%	31,0%	24,4%	31,1%	32,1%	<b>31,5%</b>
Dont <=20 mm (incluant les <10mm)	175	395	290	301	271	231	321	214	<b>2198</b>
% invasifs<=20 mm sur invasifs dont on connaît la taille	81,0%	76,4%	76,9%	76,2%	75,1%	73,3%	72,8%	80,8%	76,1%
Nombre de cancers INVASIFS dont on connaît le statut ganglionnaire	216	517	377	395	361	315	441	265	<b>2671</b>
% de cancers invasifs dont on connaît le statut ganglionnaire	91,1%	86,6%	87,7%	97,8%	98,1%	99,7%	93,0%	98,9%	<b>86,3%</b>
Dont sans GG	66	366	287	293	250	239	302	191	<b>1928</b>
%invasifs sans gg sur invasifs dont on connaît le statut ganglionnaire(***)	30,6%	70,8%	76,1%	74,2%	69,3%	75,9%	68,5%	72,1%	<b>72,2%</b>
Nombre total de femmes dépistées au cours de la campagne 2015-2016	81924	90243	80230	69728	76264	73636	76083	73883	<b>621991</b>
Taux de cancer par femme dépistée pour la campagne 2015-2016 (pour mille femmes)(****)	6,7	8,1	6,7	6,7	7,4	5,8	7,2	5,7	<b>6,8</b>

Normes européennes : (\*) : de 10 à 20% des cancers dépistés ; (\*\*) : supérieur ou égal à 30% ; (\*\*\*) : supérieur à 75% ; (\*\*\*\*) : supérieur à 5 pour 1000.

**Tableau 17: Nombre de cancers dépistés et pourcentage de cancers de moins de 20mm sans atteinte ganglionnaire dans les départements de la région Ile-de-France en 2015-2016 (source : SG hors Paris)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de cancers détectés	545	735	535	469	563	424	548	419	4238
Nombre de cancers T1* (<=20 mm) sans atteinte ganglionnaire	-	299	235	245	200	198	249	166	1647
Dont T1mic	-	4	2	4	0	1	3	0	14
Dont T1A	-	21	28	24	28	8	25	10	149
Dont T1B	-	123	81	71	72	62	97	61	591
Dont T1C	-	151	124	146	100	127	124	95	893
% de cancers <=20mm sans atteinte gg parmi les cancers détectés	-	40,7%	43,9%	52,2%	35,5%	46,7%	45,4%	39,6%	38,9%

\*T1 Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension : T1mic micro-invasion ≤ 0,1 cm ; T1a > 0,1 et ≤ 0,5 cm ; T1b > 0,5 et ≤ 1 cm ; T1c > 1 cm et ≤ 2 cm

Pour la campagne 2015-2016, en Ile de France 6,8‰ femmes dépistées ont présenté un cancer du sein, avec des variations départementales importantes, allant de 5,7‰ dans le 95 à 8,1‰ dans le 77. En matière de détection des cancers dans le cadre du programme, tous les départements franciliens se situent cependant dans la norme européenne attendue (plus de 5‰) et depuis le démarrage lors de la généralisation du DO.

Bien que non exhaustives, et devant être consolidées dans le cadre d'un travail régional d'amélioration de la qualité des informations contenues dans les systèmes d'information des structures de gestion, les données disponibles permettent de constater que :

- Avec 12,6% de CISC<sup>17</sup> au niveau régional, malgré des disparités départementales, la région et chacun de ses départements se situe également dans les normes attendues de détection de ce type de cancers de très petites tailles (10 à 20% des cancers détectés), mais il existe des variations de la détection, allant de 10,5% dans le 78 à 15,4% dans le 77.
- De même, le niveau régional se situe dans la norme européenne en matière de détection des cancers invasifs de moins de 10 mm, avec 31,5% de ces cancers détectés (plus de 30% étant attendus).
- A l'égard du pourcentage de cancers invasifs sans atteinte ganglionnaire, notons que la région se place juste en deçà de la limite des normes européennes avec une détection de 72,2% pour l'IdF (plus de 75% étant attendu), en dehors de Paris dont les données restent à valider. Deux départements se situent au-delà de la valeur souhaitée pour cet indicateur : les 78 et 94. Nous constatons des différences avec la publication de Santé Publique France pour la même période et qui sont éventuellement rattachables à l'utilisation des données du 75 qui manquent en partie dans le tableau de bord.

Comme évoqué en introduction, l'interprétation de ces indicateurs ne rend pas tout à fait compte de la situation en matière de détection des cancers « de bon pronostic » car les normes européennes n'ont pas évoluées depuis le lancement du programme, tandis que les cliniciens entament actuellement des travaux d'observation qui modifient les limites admises jusqu'ici.

<sup>17</sup> Cancers in situ intracanalaires stricts

Les précisions recherchées par l'analyse de cette exploitation rapportent ainsi que 76,1% des cancers détectés au niveau régional mesurent moins de 20mm (de 72,8% dans le 94 à 81% à Paris). Mais la proportion de ces mêmes cancers  $\leq 20$ mm sans atteinte ganglionnaire s'élève à 38,9% pour la région, en notant des fluctuations départementales importantes (de 39,6% dans le 95 à 52,2% dans le 91). Il manque des références pour interpréter ces constats et savoir s'ils doivent appeler des mesures en matière de surveillance ou d'organisation.

# 7 QUALITE DU DEPISTAGE

Quatre axes sont à considérer pour analyser la qualité du dépistage :

- ◆ Deux axes liés au fonctionnement et qui concernent les délais d'accès aux résultats, puis au traitement ;
- ◆ Un axe lié à la qualité des lectures, où les indicateurs utilisés sont principalement ceux de Santé Publique France.
- ◆ Un axe orienté vers les pratiques professionnelles.

## 7.1 Délai de disponibilité des résultats

L'accessibilité aux résultats **est définie** par le délai écoulé entre la mammographie et l'édition du courrier de résultat envoyé à la femme. Cette information n'est disponible que **pour les femmes dont la mammographie est négative en première lecture** (pas de courrier de résultat édité en cas de lecture positive, mais transmission des résultats directement par un médecin). En revanche, pour toutes les femmes, un courrier est adressé au médecin.

Depuis 2006, l'indicateur considéré est le délai « médian » d'accès aux résultats qui traduit la réalité avec plus de justesse (que la moyenne). Ce délai d'accès aux résultats prend en compte trois situations :

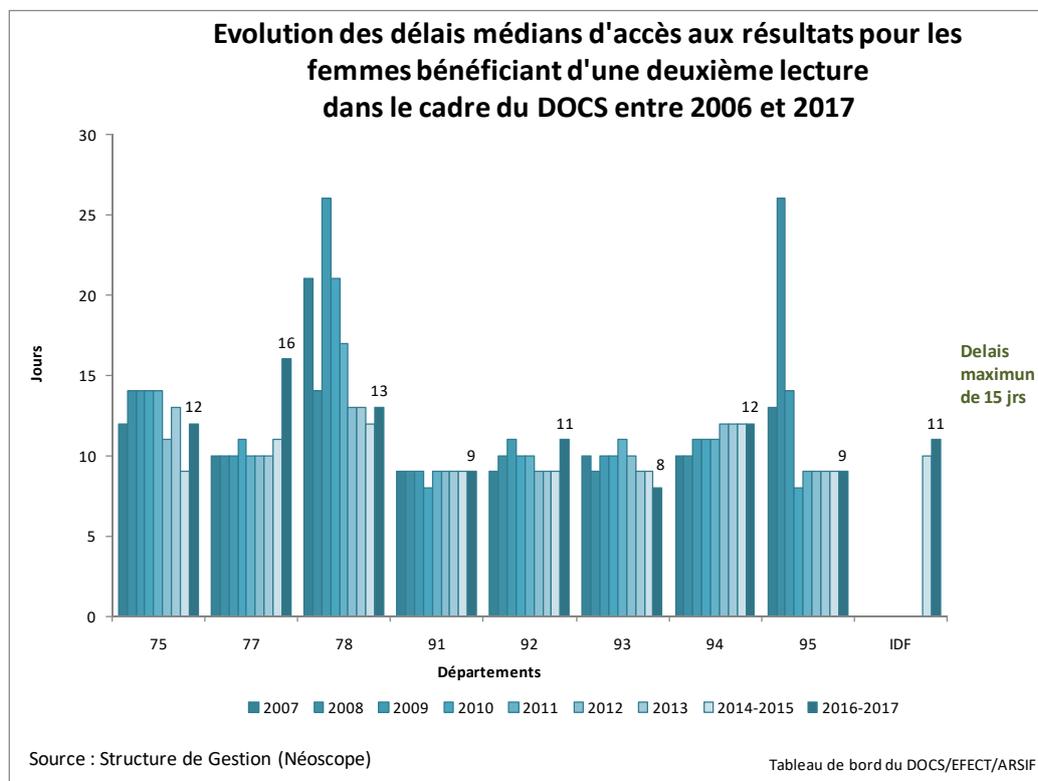
### Définitions

Indicateur	Définition	Sources	Année
Délai médian entre la L1 et la disponibilité des résultats pour les femmes ayant bénéficié d'une L2 (jours-SG 2013)	Délai entre L1 et la date d'envoi à la femme (ou la date d'envoi au médecin en cas d'indisponibilité) *	Numérateur : SG/ Néoscope	2017
Délai entre L1 et disponibilité des résultats pour les femmes ayant une L1 positive (jours-SG 2013)	Délai entre L1 positive et la date d'envoi au médecin	Numérateur : SG/ Néoscope	2017
Délai entre L2 et disponibilité des résultats pour les femmes ayant eu une L2 (jours-SG 2013)	Délai entre L2 et la date d'envoi au médecin	Numérateur : SG/ Néoscope	2017

\* La date d'envoi à la femme est disponible seulement pour les femmes dont la mammographie est jugée négative en L1, la date d'envoi au médecin est disponible pour toutes les femmes

Figure 35

**Précautions de lecture** : les dernières périodes utilisées portent sur la campagne et non sur l'année. Seules les deux dernières campagnes sont disponibles pour la région.



**Tableau 18 Présentation des délais de disponibilité des résultats pour la campagne 2016-2017, pour les femmes ayant bénéficié d'une mammographie dans ou hors département, en Ile de France**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Délai médian en jours entre L1 négative et L2 négative et envoi des résultats à la femme (ou à son médecin) pour les femmes ayant bénéficié d'une mammographie dans le département (SG-campagne 2016-2017)	12	16	13	9	11	8	12	9	11
Délai médian en jours entre L1 négative et L2 négative et envoi des résultats à la femme (ou à son médecin) pour les femmes ayant bénéficié d'une mammographie HORS département (SG 2016-2017)	22	29	18	20	25	14	25	20	21
Délai médian en jours entre L1 négative et L2 positive ou procédure de lecture en cas de discordance positive et envoi des résultats à la femme (ou à son médecin) (SG 2016-2017)	13	18	19	10	12	19	20	21	16

Ces résultats montrent qu'actuellement, pour les femmes ayant réalisé leur mammographie dans le département et bénéficiant d'une deuxième lecture, les structures de gestion éditent leur courrier de résultats dans **un délai de 8 à 16 jours (valeur médiane) soit deux semaines, en conformité avec le cahier des charges national**. Les fluctuations tiennent aux différences de pratiques, les mammographies pouvant être soit directement adressées aux femmes (75 et 78), soit réacheminées dans les cabinets de radiologie avant d'être donnés aux femmes par leur intermédiaire.

Pour chaque département, la figure 35 montre que ce délai est le plus souvent stable dans le temps, en dehors :

- Du 78 et 95 pour lesquels des explications existent. Pour le 78, l'absence de coursier dans la SG, au démarrage du programme est à l'origine des constats. La mise en place du coursier a considérablement amélioré le délai qui, malgré des fluctuations, s'est normalisé. Dans le 95, le délai observé en 2008 est lié à la survenue de problèmes internes à la structure de gestion, les fluctuations parfois importantes étant rattachables à des difficultés de personnel. Notons que ce délai figure parmi les plus courts de la région, actuellement. Depuis 2007, toutes les structures de gestion de la région ont un coursier chargé d'acheminer les mammographies à la structure de gestion pour la deuxième lecture et de retourner les résultats aux radiologues premiers lecteurs.
- Du 77, où l'on note un allongement du délai pour cette dernière exploitation.

Ceci signifie que le médecin ou la patiente elle-même sont destinataires d'un courrier dans les 11 jours après une mammographie normale pour les deux lectures dans la région. Ce délai régional est de 21 jours (soit deux fois plus long) pour les femmes hors département. Les résultats des mammographies positives en L2 ou en cas de recours à une procédure de discordance sont adressés au médecin ou à la femme dans les 16 jours (valeur régionale qui varie de 10 à 21 jours). Il est logique que ces délais de résultats soient plus importants en cas de discordance et de nécessité de revoir le dossier.

## 7.2 Délais d'accès aux traitements

Depuis l'exploitation 2006 du tableau de bord du dépistage, le choix de privilégier les délais médians plutôt que moyens, plus adaptés pour caractériser le fonctionnement du dépistage, a été retenu. La moyenne et son étendue, qui conservent tout leur intérêt descriptif, ne rendent pas compte, dans ce contexte, de l'information recherchée.

En 2007, les distributions de ces délais ont fait l'objet d'une analyse plus détaillée pour confirmer que la médiane correspond bien au paramètre de dispersion le plus caractéristique de l'accès au traitement après dépistage.

La principale difficulté pour l'interprétation correspond à l'absence de consensus guidant l'analyse de ces délais d'accès au traitement, et pouvant être utilisé comme référentiel. Le groupe a travaillé en postulant que toutes les femmes doivent accéder au traitement « dans des délais raisonnables », mais ceci est particulièrement important pour les tumeurs invasives, de pronostic plus sévère.

La deuxième difficulté concerne les effectifs parfois particulièrement faibles sur lesquels portent certains calculs et qui se prêtent mal à l'interprétation.

Enfin, notons que la qualité de l'information<sup>18</sup> relative aux délais des traitements varie de 66 à 98% selon les départements. Ce constat amène des préconisations spécifiques pour la saisie et la validation des données et souligne la difficulté d'accès à ces données pour les SG. Ceci argue en faveur de la nécessité de se placer en N+2 pour disposer de l'information.

## 7.2.1 Les indicateurs

### **Rappel de la Classification en 6 catégories ACR des images mammographiques (correspondance avec le système birads de l'American College of Radiology )**

*ACR 0 : des investigations complémentaires sont nécessaires c'est une classification "d'attente", qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis*

*ACR 1 : mammographie normale*

*ACR 2 : anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire*

*ACR 3 : anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée*

*ACR 4 : anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique*

*ACR 5 : anomalie évocatrice d'un cancer*

Pour caractériser l'accès au traitement des tumeurs malignes, deux séries d'indicateurs ont été retenues par le groupe de travail, depuis l'exploitation des données 2005.

Certains indicateurs portent sur l'année N-2, (N étant l'année de l'exploitation des données), du fait de l'indisponibilité de l'information en N-1, et concernent :

- ◆ Délais médians d'accès au traitement, quel qu'il soit (en pratique chirurgie et chimiothérapie néoadjuvante) pour les tumeurs malignes (TM), quels que soient la taille tumorale et l'ACR.
- Délais médians d'accès au traitement, quel qu'il soit, par ACR quelle que soit la taille tumorale pour les tumeurs bénignes et malignes ensemble. Ce délai a été complété du délai d'accès à la biopsie.
- ◆ Délais médians d'accès au traitement selon la taille tumorale : en pratique, ce traitement correspond à la chirurgie pour les tumeurs in situ et PT1-PTmic, et au traitement « quel qu'il soit » pour les autres tumeurs, de plus grande taille.

D'autres délais médians portant sur l'année N-1 (2014) concernent l'accès au traitement quel qu'il soit pour les ACR5, qui correspondent aux tumeurs malignes histologiquement confirmées avec une haute probabilité.

---

<sup>18</sup>La qualité de l'information est définie comme le nombre de situations où le délai est disponible par rapport au nombre de cancers dépistés

## 7.2.2 Définitions

Indicateur	Définition	Sources	Année
Délai global d'accès au traitement quel qu'il soit pour les TM, tout ACR confondu et quelle que soit la taille tumorale (médian)	délai entre la date de la mammographie et le démarrage d'un traitement quel qu'il soit, quel que soit l'ACR et la taille tumorale pour les TM	SG/ Néoscope	2015
Délai par ACR4 et ACR5 d'accès au traitement quel qu'il soit et quelle que soit la taille tumorale (médian)	délai entre la date de la mammographie et le démarrage d'un traitement quel qu'il soit par ACR4 et ACR5, quelle que soit la taille tumorale	SG/ Néoscope	2015
Délai d'accès au traitement quel qu'il soit par types histologiques de TM (médian)	délai entre la date de la mammographie et le démarrage d'un traitement quel qu'il soit pour les CISC, Pt1, Pt10	SG/ Néoscope	2015

## 7.2.3 Résultats

Les calculs portent donc sur les tumeurs pour lesquelles la nature histologique **est connue** au moment de la requête. Comme le montre le tableau 20, ce délai de disponibilité est variable selon les départements, allant de 66% dans le 75 à 98% dans le 91. Avec 83% d'exhaustivité pour l'année 2015, la qualité de cette information reste cependant acceptable pour son utilisation et son suivi dans le tableau de bord.

### Délai global d'accès au traitement pour les tumeurs malignes

**Tableau 19 : Evolution du délai médian d'accès au traitement quel qu'il soit, en jours, tout ACR confondu et quelle que soit la taille tumorale, en IDF pour une tumeur maligne (2008-2015)**

	75	77	78	91	92	93	94	95
<b>Délai médian (-SG 2015)</b>	<b>56</b>	<b>65</b>	<b>61</b>	<b>60</b>	<b>62</b>	<b>60</b>	<b>58</b>	<b>56</b>
<i>% délais connus en 2015</i>	<i>66%</i>	<i>85%</i>	<i>87%</i>	<i>98%</i>	<i>86%</i>	<i>94%</i>	<i>93%</i>	<i>83%</i>
<b>Délai médian (-SG 2013)</b>	<b>61</b>	<b>57</b>	<b>56</b>	<b>62</b>	<b>59</b>	<b>64</b>	<b>57</b>	<b>61</b>
<b>Délai médian (-SG 2012)</b>	<b>60</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>67</b>	<b>63</b>	<b>62</b>	<b>57</b>	<b>71</b>
<b>Délai médian (-SG 2011)</b>	<b>64</b>	<b>66</b>	<b>64</b>	<b>64</b>	<b>66</b>	<b>64</b>	<b>64</b>	<b>64</b>
<b>Délai médian (-SG 2010)</b>	<b>62</b>	<b>67</b>	<b>71</b>	<b>69</b>	<b>75</b>	<b>71</b>	<b>64</b>	<b>63</b>
<b>Délai médian (-SG 2009)</b>	<b>63</b>	<b>67</b>	<b>64</b>	<b>64</b>	<b>75</b>	<b>66</b>	<b>60</b>	<b>68</b>
<b>Délai médian (-SG 2008)</b>	<b>63</b>	<b>62</b>	<b>64</b>	<b>61</b>	<b>65</b>	<b>67</b>	<b>61</b>	<b>65</b>

Quelle que soit la taille tumorale, pour les données les plus récentes, **ce délai médian d'accès au traitement tout ACR confondu et quelle que soit la taille tumorale se situe entre 56 et 65 jours pour l'ensemble des départements de la région (tableau 19), soit 2 mois environ** et se montre stable avec un recul de 8 ans.

Des analyses antérieures ont montré l'absence de différences dans ce délai par tranches d'âge.

**Tableau 20 : Evolution du délai médian d'accès au traitement quel qu'il soit pour les ACR4 et ACR5, en fonction de la taille tumorale, en IDF, en jours, pour une tumeur maligne, entre 2006 et 2015**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Délai médian d'accès au traitement en 2015 TM In Situ, ACR4 et ACR5	49	73	85	91	68	63	83	56	72
% de délais connus pour les TM CISC 2015	90,9%	85,7%	89,5%	100,0%	100,0%	100,0%	94,1%	83,3%	92,3%
Délai médian d'accès au traitement 2015 TM PT1, ACR4 et ACR5	56	57	54	55	51	46	59	51	55
% de délais connus pour les TM pt1	97,6%	98,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	91,3%	94,9%	98,1%
Délai médian d'accès au traitement 2015 TM pT10	48	56	50	53	52	49	51	51	-
% de délais connus pour les TM pT10	90,6%	99,3%	99,0%	99,1%	100,0%	100,0%	96,5%	94,3%	97,6%

Selon la taille tumorale, comme le montre le tableau 21 ce délai s'allonge à 2 mois et demi au niveau régional (de moins de 2 mois dans le 75 à 3 mois dans le 91) pour les cancers in situ, tandis qu'il est plus court pour les autres tumeurs (inférieur à 2 mois). Notons toutefois que pour les CISC le délai tend à se raccourcir dans le temps, tandis qu'il demeure stable pour les autres tumeurs.

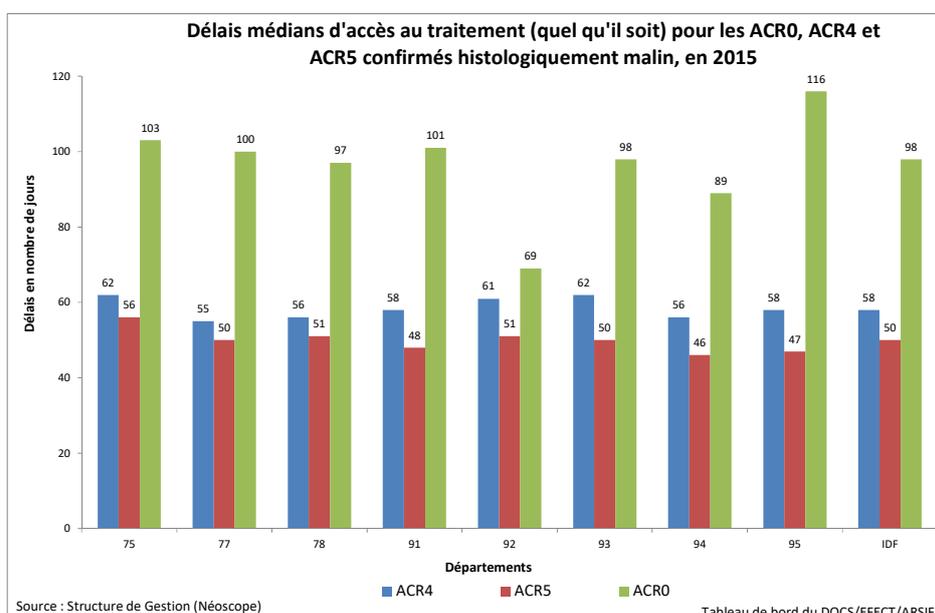
Les départements qui bénéficient d'une procédure de lecture en cas de discordance ont, de fait, des délais d'accès aux traitements plus longs.

## Délais d'accès au traitement des tumeurs malignes par ACR

L'accès au traitement des tumeurs malignes correspondant initialement à un ACR0, ACR4 ou ACR5 radiologique est illustré dans la figure suivante.

Ces résultats doivent être considérés avec prudence du fait de la qualité des données, non exhaustives.

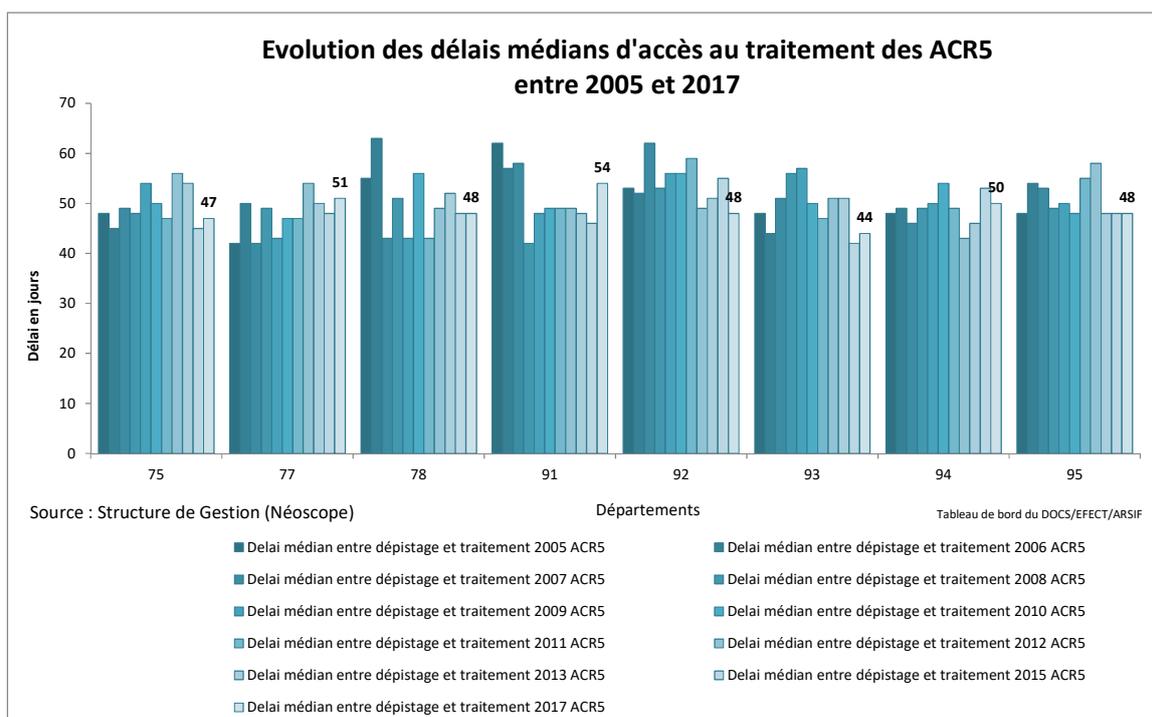
**Figure 36**



L'accès au traitement (en pratique la chirurgie, ou encore la chimiothérapie néoadjuvante pour les tumeurs malignes) des ACR4 (deux mois) est plus long que celui des ACR5. Le délai d'accès au traitement des ACR0, de 3 à 4 mois, correspond aux examens effectués dans l'intervalle.

## Evolution de l'accès au traitement des ACR5

Figure 37 :



Comme le montrent le graphique précédent, l'analyse spécifique du délai médian d'accès au traitement des **images radiologiques classées ACR5** lors de la mammographie de dépistage est proche des valeurs concernant l'ensemble des images confirmées malignes histologiquement (tableau 19 du chapitre relatif au délai global d'accès au traitement pour les tumeurs malignes).

Ceci avait permis de retenir **l'accès médian au traitement des ACR5 comme un bon indicateur d'accès, disponible plus précocement dans le temps (N-1) depuis l'exploitation des données 2007. L'analyse de tendance dans le temps ne met pas en évidence de variation significative de ce délai.**

## 7.3 Qualité des pratiques

Ce chapitre concerne les pratiques professionnelles dans l'ensemble du parcours de suivi et d'accès aux soins, principalement pour les femmes qui nécessitent de refaire leurs clichés ou pour les femmes positives. Sont ainsi concernés les radiologues, les structures de gestion mais également les professionnels du soin.

### 7.3.1 Définitions

Taux de CTI non refaits	Numérateur : Nombre de femmes n'ayant pas refait leur CTI après 6 mois Dénominateur : Nombre de femmes dont le dossier est considéré comme CTI dans l'année	Pas de norme existante	Structure de gestion	2016
Taux de BDD non faits	Numérateur : Nombre de femmes n'ayant pas fait leur BDD après 6 mois Dénominateur : Nombre de femmes dont le dossier est comporte un BDD dans l'année	Pas de norme existante	Structure de gestion	2016
Pourcentage des échographies réalisées en première lecture dans l'année R	Numérateur : Nombre d'échographies réalisées en première lecture dans l'année R Dénominateur : Nombre total d'échographies réalisées en première lecture dans l'année R	Pas de norme existante	Structure de gestion	2017
Taux de biopsies tous types confondus chez les femmes ACR4 et ACR5 dans l'année R	Numérateur : Nombre de femmes ACR4 et ACR5 ayant eu une biopsie, tous types confondus dans l'année R Dénominateur : nombre de femmes dépistées dans l'année R	Pas de norme existante	Structure de gestion	2017
Taux de biopsies chez les femmes ACR4 et ACR5, par types de biopsies dans l'année R	Numérateur : Nombre de femmes ACR4 et ACR5 ayant eu une biopsie par types (chirurgicale, micro et macrobiopsie) dans l'année R Dénominateur : nombre de femmes dépistées dans l'année R	Pas de norme existante	Structure de gestion	2017
Délai médian entre le dépistage et la biopsie (quelle que soit sa nature ou cytoponction) pour les TM, ACR0,4 et 5 dans l'année R	Idem	Pas de norme existante	Structure de gestion	2017
Délai médian entre la biopsie (quelle que soit sa nature ou cytoponction) et le début du traitement pour les TM, ACR0,4 et 5 dans l'année R	Idem	Pas de norme existante	Structure de gestion	2017
Taux d'ACR3 dans l'année R-1	Numérateur : Nombre de femmes dont la mammographie a été classée ACR3 (en L1 avant ou après BDI, ou en L2), global et par lectures, l'année R-1 Dénominateur : Nombre de femmes dépistées positives l'année R-1	Pas de norme existante	Structure de gestion	2016
Pourcentage d'ACR3 parmi les femmes dépistées	Numérateur : Nombre de femmes dont la mammographie a été classée ACR3 (en L1 avant ou après BDI, ou en L2), l'année R-1 Dénominateur : Nombre de femmes dépistées l'année R-1	Pas de norme existante	Structure de gestion	2016
Pourcentage de dossiers reclassés radiologiquement normaux après avoir été classés positifs au cours de la campagne R-1,R	Numérateur : Nombre de dossiers reclassés radiologiquement normaux au cours de la campagne R-1,R Dénominateur : Nombre de femmes dépistées positives pour la campagne R-1,R	Pas de norme existante	Structure de gestion	2016-2017
Pourcentage de femmes positives dont les SG ne connaissent pas le résultat final 1 an après la fin de la campagne R-1,R	Numérateur : Nombre de femmes perdues de vue ou dont le diagnostic reste en attente 1 an après la fin de la campagne R-1,R Dénominateur : Nombre de femmes dépistées positives pour la campagne R-1,R	Pas de norme existante	Structure de gestion	2016-2017

## 7.3.2 Résultats

### Réalisation des examens indiqués

Ce chapitre concerne les CTI non refaits et les BDI non faits. L'année **considérée est l'année 2016**, pour l'exploitation 2016-2017, pour laisser le temps aux femmes dépistées en fin d'année de se conformer aux recommandations.

**Tableau 21 : Evolution du taux de CTI non refaits chez les femmes dépistées entre 2012 et 2016 et présentant des CTI (SGDO)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF
<b>CTI non refaits l'année 2016</b>									
Nombre de dossiers CTI en 2016	78	174	65	99	86	27	10	149	688
Nombre de dossiers CTI non refaits dans les 6 mois	14	9	5	8	3	6	0	10	55
<b>Taux de CTI non refaits (SG-2016)</b>	<b>17,9%</b>	<b>5,2%</b>	<b>7,7%</b>	<b>8,1%</b>	<b>3,5%</b>	<b>22,2%</b>	<b>0%</b>	<b>6,7%</b>	<b>8,0%</b>
<b>CTI non refaits l'année 2014</b>									
Nombre de dossiers CTI en 2014	60	174	74	133	100	25	64	216	846
Nombre de dossiers CTI non refaits dans les 6 mois	10	15	6	9	3	2	2	15	62
<b>Taux de CTI non refaits (SG-2014)</b>	<b>16,7%</b>	<b>8,6%</b>	<b>8,1%</b>	<b>6,8%</b>	<b>3,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>3,1%</b>	<b>6,9%</b>	<b>7,3%</b>
<b>CTI non refaits l'année 2012</b>									
Nombre de dossiers CTI en 2012	122	219	156	36	103	47	69	245	997
Nombre de dossiers CTI non refaits dans les 6 mois	17	12	16	3	3	5	0	17	73
<b>Taux de CTI non refaits (SG-2012)</b>	<b>13,9%</b>	<b>5,5%</b>	<b>10,3%</b>	<b>8,3%</b>	<b>2,9%</b>	<b>10,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>6,9%</b>	<b>7,3%</b>

**Tableau 22 BDD non faits à 6 mois pour les femmes dépistées en 2016 ayant un BDD indiqué**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF
<b>BDD non faits l'année 2016</b>									
Nombre de dossiers ayant pour indication un BDD en 2016	433	1223	262	389	399	272	241	487	3706
Nombre de dossiers comportant un BDD non fait dans les 6 mois	148	237	97	50	79	73	71	89	844
<b>Taux de BDD non faits (SG-2016)</b>	<b>34,2%</b>	<b>19,4%</b>	<b>37,0%</b>	<b>12,9%</b>	<b>19,8%</b>	<b>26,8%</b>	<b>29,5%</b>	<b>18,3%</b>	<b>22,8%</b>

Ces indicateurs mesurent si les clichés, suite à un CTI, sont effectivement refaits et si les examens complémentaires prescrits en différé sont réalisés, et constituent deux éléments importants pour attester de la qualité des processus du programme. L'observation montre des variations départementales très importantes pour les deux indicateurs :

- Le Taux régional de CTI non refaits à 6 mois se présente stable avec un recul de 4 années, à 7 à 8%, mais il varie entre départements de 3,5% à 17,9% pour l'année 2016.
- Le taux régional de BDD non faits à 6 mois est observé à 22,8% mais varie entre départements de 12,9% à 34,2% pour l'année 2016.

Notons que sur le plan organisationnel, il est difficile de déterminer la part due aux comportements des femmes dans ces résultats.

## Pratique échographique

Lorsque les clichés sont classés ACR1 ou ACR2, le radiologue peut être amené à pratiquer une échographie complémentaire aux clichés mammographiques si la densité mammaire de la femme est importante, ou si la femme porte une prothèse, afin d'améliorer sa lecture.

**Tableau 23 Pratiques échographiques pour les femmes dépistées en 2017**

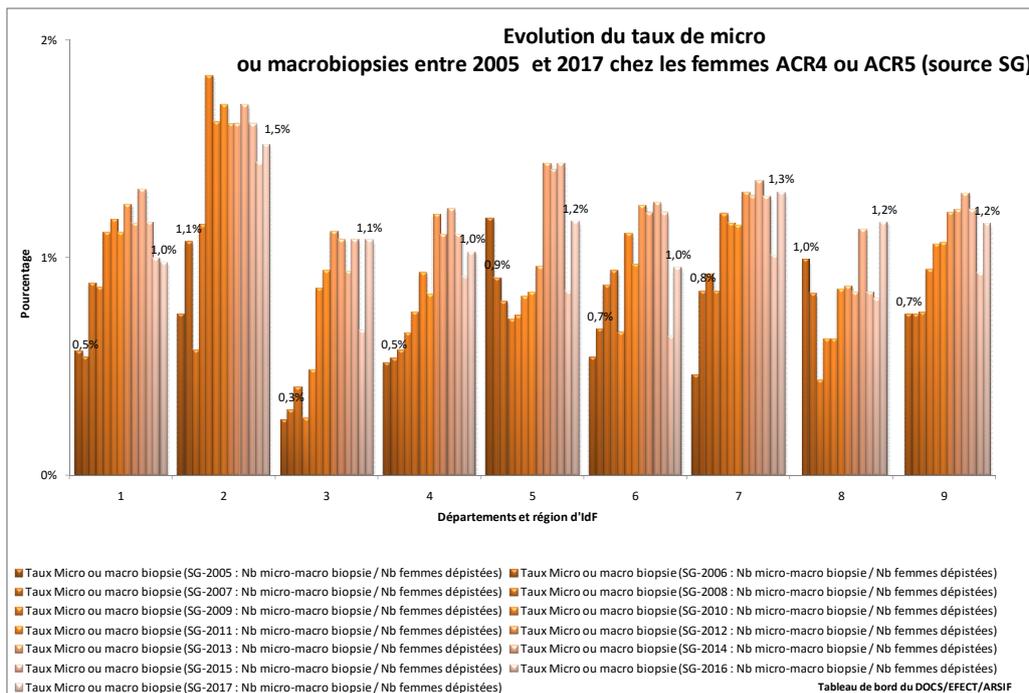
	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF
Nombre de femmes dépistées en 2017	43400	45107	41012	34088	37467	35052	37592	36365	310 083
Nombre total d'échographies réalisées en L1 en 2017	22731	13807	15521	13096	13521	10244	15389	8667	112976
Pourcentage d'échographies réalisées en L1 pour des dossiers ACR1 ou ACR2 en 2017	52,4%	30,6%	37,8%	38,4%	36,1%	29,2%	40,9%	23,8%	36,4%

## Pratique de la biopsie

**Tableau 24 Taux de biopsies chez les femmes dépistées en 2017 en IDF, par types**

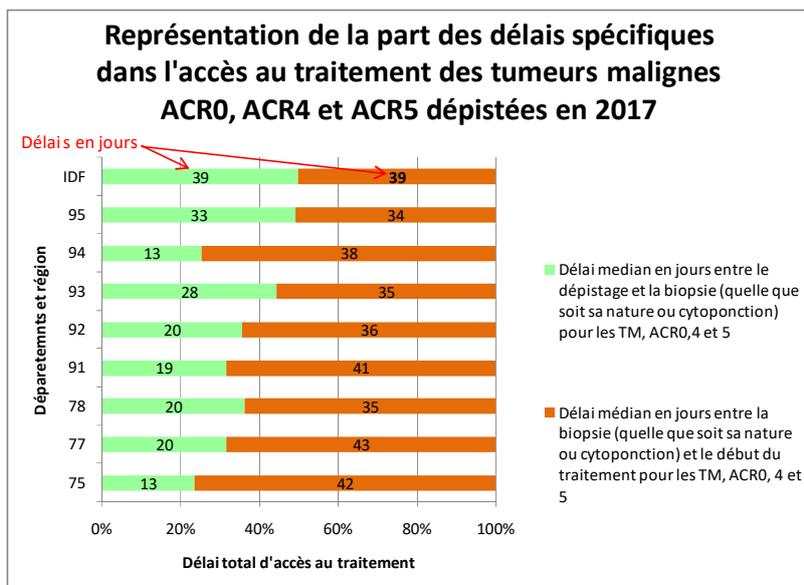
	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF
Nombre de femmes dépistées en 2017	43400	45107	41012	34088	37467	35052	37592	36365	310 083
Nombre de femmes ACR4 et ACR5 ayant eu une biopsie, tous types confondus (SG, 2017)	534	909	500	442	467	415	561	514	4 342
Taux de biopsies tous types confondus chez les femmes ACR4 et ACR5 (SG-2017)	<b>1,2%</b>	<b>2,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,4%</b>	<b>1,4%</b>
<b>Répartition par type de biopsies</b>									
Nombre de femmes ACR4 ou ACR5 ayant eu une biopsie chirurgicale en 2017	100	277	230	153	194	171	231	201	1 557
ACR4	56	170	147	102	113	90	145	124	947
ACR5	44	107	83	51	81	81	86	77	610
Taux de biopsie chirurgicales chez les femmes ACR4 et ACR5 (SG-2017)	0,2%	0,6%	0,6%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%
Nb de femmes ACR4 ou ACR5 ayant eu une micro-biopsie en 2017	286	398	174	185	177	198	252	227	1 897
ACR4	202	275	115	131	131	131	167	148	1 300
ACR5	84	123	59	54	46	67	85	79	597
Taux de Micro-biopsies chez les femmes ACR4 et ACR5 (SG-2017)	0,7%	0,9%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%
Nb de femmes ACR4 ou ACR5 ayant eu une macro-biopsie en 2017	148	234	96	104	96	46	78	86	888
ACR4	137	226	81	94	89	42	71	79	819
ACR5	11	8	15	10	7	4	7	7	69
Taux de Macrobiopsies chez les femmes ACR4 et ACR5 (SG-2017)	0,3%	0,5%	0,2%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%
Nombre de femmes ACR4 ou ACR5 ayant eu une micro ou macrobiopsie en 2017	386	675	404	338	371	369	483	428	3 454
Taux Micro ou macro biopsie (SG-2017)	<b>1,0%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,0%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,0%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,2%</b>

Figure 38 :



Le graphique 38 montre dans chaque département francilien une augmentation des macro ou microbiopsies depuis 2005, en soulignant les limites liées au recueil de l'information, non exhaustive, d'autre part liées à l'absence de normes actuelles pour interpréter les constats. Le suivi de l'évolution de ce taux renseigne cependant sur l'évolution des pratiques de biopsies. Soulignons également le caractère relatif de l'augmentation observée, qui se situe à 1,2% des femmes dépistées en 2017.

Figure 39



Les délais entre le dépistage et la réalisation de la biopsie (quelle que soit sa nature ou cytoponction) puis les délais séparant la biopsie du début du traitement traduisent la réactivité du système de santé suite à un dépistage positif.

Le graphe précédent montre que le délai d'accès au traitement après biopsie constitue la part de délai la plus importante pour la plupart des départements, bien que les deux délais soient de valeur similaire au niveau régional.

## Taux d'ACR3

Rappelant que les ACR3 constituent dans la classification de l'American College of Radiology les « anomalies probablement bénignes pour lesquelles une surveillance à court terme est conseillée », les constats en 2016 sont les suivants :

**Tableau 25 Taux d'ACR3 chez les femmes dépistées positives et pourcentage d'ACR3 chez les femmes dépistées dans le DOCS en 2016 en IDF et dans les départements franciliens (source : SG)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF
Nombre de femmes dépistées en 2016	40920	45610	39266	36994	39377	36941	38743	36724	314575
Nombre de femmes dépistées positives en L1 ou L2 en 2016	2550	3447	1628	1637	2280	1642	1861	1579	16624
Nombre de femmes dont la mammographie a été classée ACR3 en 2016 dont :	1117	995	770	656	906	822	813	532	6611
<i>ACR3 en L1 avant BDI</i>	80	59	0	27	62	45	31	32	336
<i>ACR3 en L1 après BDI</i>	963	891	753	569	819	690	732	429	5846
<i>ACR3 en L2</i>	74	45	17	60	25	87	50	71	429
<b>Taux d'ACR3* en L1 ou L2 en 2016</b>	<b>44%</b>	<b>29%</b>	<b>47%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>	<b>50%</b>	<b>44%</b>	<b>34%</b>	<b>40%</b>
<b>% d'ACR3 parmi les femmes dépistées positives en 2016</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>

\*rappelant que le dénominateur correspond aux femmes dépistées positives

Le tableau 25 montre que, parmi l'ensemble des femmes dépistées en 2016 en Ile de France, les ACR3 représente 2% des femmes pour la région (de 1% dans le 95 à 3% dans le 75).

Rapporté au nombre de femmes dépistées positives, les ACR3 représente 40% des femmes au niveau régional (de 29% dans le 77 à 50% dans le 93), les ACR3 en L1 après BDI constituant la part la plus importante des situations classées. L'interprétation de cette donnée en l'absence de standard est plus délicate.

## Suivi des positives

Ce chapitre, introduit à l'occasion de cette exploitation du tableau de bord, comporte l'intérêt de documenter le suivi des femmes dépistées positives, qui n'avait pas été analysé jusqu'ici. Les 8 structures de gestion actuelles ont en effet à charge le suivi de ces femmes, et leur attribuent dans le logiciel Néoscope la modalité correspondante à leur situation, qualifiée de « situation finale » au moment de l'analyse, après le terme de la campagne.

Au nombre de 8, ces modalités sont toutefois actuellement saisies dans les 8 territoires de manière trop hétérogène pour pouvoir prendre en compte sans réserve les valeurs présentées dans le tableau suivant.

La démarche a toutefois été présentée pour son utilité et son importance, avec la perspective d'amélioration des données qui lui est en même temps associée. Pour cette exploitation, **le lecteur est ainsi invité à ne s'attarder que sur le principe et non sur la valeur informationnelle des chiffres suivants.**

**Tableau 26 Situation des femmes dépistées en 2016-2017 et ventilation par types un an après la fin de la campagne, dans les départements franciliens et pour la région IDF (source SG)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF
Nombre de femmes dépistées en 2016-2017	84320	90717	80278	71082	76844	71993	76335	73089	624658
Nombre de femmes dépistées positives en 2016-2017	5017	6114	3352	3122	4523	3234	3258	3348	32255
<i>Autres cancers que le cancer mammaire</i>	0	0	0	2	1	0	3	0	6
<i>Tumeurs bénignes à l'anatomopathologie définitive</i>	2065	4911	509	512	30	1829	494	1384	11734
<i>Cancers mammaires</i>	545	735	535	469	563	424	548	419	4238
<i>Patientes décédées</i>	3	4	2	5	9	4	3	8	38
<b>Diagnostics en attente</b>	<b>271</b>	<b>4</b>	<b>941</b>	<b>172</b>	<b>0</b>	<b>188</b>	<b>2</b>	<b>207</b>	1785
<b>Dossiers reclassés radiologiquement normaux</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>1346</b>	<b>1763</b>	<b>2474</b>	<b>0</b>	<b>1676</b>	<b>164</b>	7438
<b>Patientes perdues de vue</b>	<b>1707</b>	<b>293</b>	<b>19</b>	<b>81</b>	<b>589</b>	<b>643</b>	<b>291</b>	<b>463</b>	4086
Surveillances en cours	426	152	0	120	857	146	241	703	2645
% de femmes dont la SG ne connaît pas la situation finale*	39,4%	4,9%	28,6%	8,1%	13,0%	25,7%	51,4%	20,0%	18,4%
% de dossiers reclassés radiologiquement normaux après avoir été classés positifs	0,0%	0,2%	40,2%	56,5%	54,7%	0,0%	9,0%	4,9%	23,3%

\*somme des (Diagnostics en attente et des Patientes perdues de vue) rapportée au nombre de femmes dépistées positives en 2016-2017

## 7.4 Qualité des lectures

### 7.4.1 Définitions

Les indicateurs suivants sont produits par Santé Publique France. Leur intérêt et limites n'ont donc pas été discutés dans le cadre du tableau de bord.

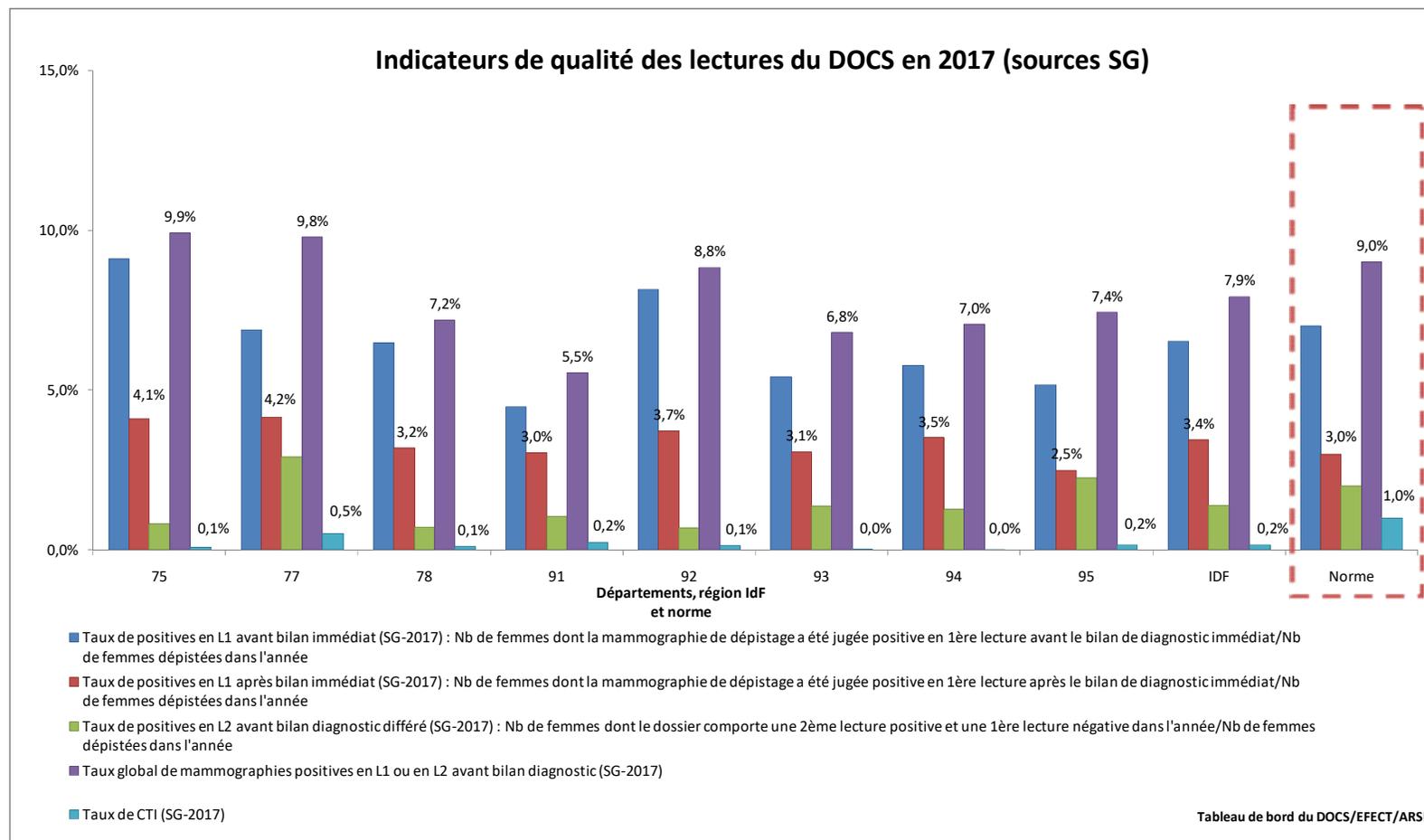
Indicateur	Définition	Normes européennes	Sources	Année
Taux de mammographies de dépistage positives en première lecture <b>avant</b> bilan de diagnostic immédiat (1) <b>Calcul pour l'analogique et le numérique</b>	Numérateur : Nombre de femmes dont la mammographie a été jugée positive en 1 <sup>ère</sup> lecture, avant le bilan de diagnostic immédiat Dénominateur : Nombre de femmes dépistées dans l'année	<10% tendre vers 7%	Structure de gestion	2016 2017
Taux de mammographies de dépistage positives en deuxième lecture avant bilan de diagnostic différé (2) <b>Calcul pour l'analogique et le numérique</b>	Numérateur : Nombre de femmes dont le dossier comporte une 2 <sup>ème</sup> lecture positive et une 1 <sup>ère</sup> lecture négative dans l'année Dénominateur : Nombre de femmes dépistées dans l'année	<2%	Structure de gestion	2016 2017
Taux global de mammographies positives en L1 ou en L2 avant bilan de diagnostic <b>Calcul pour l'analogique et le numérique</b>	(1)+(2)	<13% tendre vers 9%	Structure de gestion	2016 2017
Taux de CTI : taux de femmes dont la mammographie a été jugée techniquement insuffisante par le deuxième lecteur	Numérateur : Nombre de femmes dont le dossier est considéré comme CTI dans l'année Dénominateur : Nombre de femmes dépistées dans l'année	<1%	Structure de gestion	2016 2017

### 7.4.2 Résultats

Au regard des normes en vigueur, comme le montrent les tableaux suivants, les résultats concernant la qualité des lectures sont satisfaisants pour la région considérée dans son ensemble avec cependant des améliorations possibles dans certains départements.

**Les principaux efforts à développer continuent de concerner la première lecture** dont le taux de détection avant bilan, à 6,6% pour la région en 2017, demeure au dessus de la valeur seuil de 7% dans le 75, et le 92. Mais le taux de détection de la L2 supérieur à la norme de 2% dans les départements du 77 et du 95, suggère un travail plus fin d'interprétation de ces indicateurs. Ceci nécessite une analyse par la structure de gestion et la mise en place de mesures d'amélioration, sous le couvert d'avis d'experts qui reste à organiser au niveau régional. Notons cependant, comme le montre la figure 40 que **l'évolution de la qualité des lectures, entre 2005 et 2017, a été favorable, malgré les constats annuels précédemment évoqués et l'hétérogénéité départementale**. La qualité de la deuxième lecture comme la qualité technique des clichés se montrent globalement conformes aux résultats attendus. L'analyse par type d'appareils, analogiques ou numériques ne se fera plus lors des prochaines exploitations, l'arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein n'autorisant plus que les appareils numériques dans le programme.

Figure 40 :



**Tableau 27 : Qualité des lectures par département quel que soit le type d'appareil mammographique en 2017**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	Norme
Nb de femmes dont 1ère lecture positive a induit des examens°	3 946	3 101	2 654	1 525	3 055	1 897	2 173	1 880	20 231	
Taux de positives en L1 avant bilan immédiat (SG-2017)	9,1%	6,9%	6,5%	4,5%	8,2%	5,4%	5,8%	5,2%	6,5%	7,0%
Nb de femmes dont 1ère lecture positive a été confirmée par examens°	1779	1877	1307	1038	1394	1075	1320	905	10 695	
Taux de positives en L1 après bilan immédiat (SG-2017)	4,1%	4,2%	3,2%	3,0%	3,7%	3,1%	3,5%	2,5%	3,4%	3,0%
Nb de femmes dont la 2ème lecture ou 3ème lecture est positive alors que la 1ère lecture était négative	0 353	1 310	0 295	0 360	0 256	0 486	0 476	0 821	4 357	
Taux de positives en L2 avant bilan diagnostic différé (SG-2017)°°	0,8%	2,9%	0,7%	1,1%	0,7%	1,4%	1,3%	2,3%	1,4%	2,0%
<b>Taux global de mammographies positives en L1 ou en L2 avant bilan diagnostic°°°</b>	<b>9,9%</b>	<b>9,8%</b>	<b>7,2%</b>	<b>5,5%</b>	<b>8,8%</b>	<b>6,8%</b>	<b>7,0%</b>	<b>7,4%</b>	<b>7,9%</b>	<b>9,0%</b>
Nombre de dossiers CTI	36	232	44	83	55	8	5	57	520	
Taux de CTI (SG-2017)	0,1%	0,5%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	1,0%
Nombre de femmes dépistées 2017	43 400	45 107	41 012	34 088	37 467	35 052	37 592	36 365	310 083	

\* prise en compte de la troisième lecture pour les départements : 78, 93, 94 et 95 ° référence : <7% °° référence : <2% °°° référence : <9%

**Figure 41**

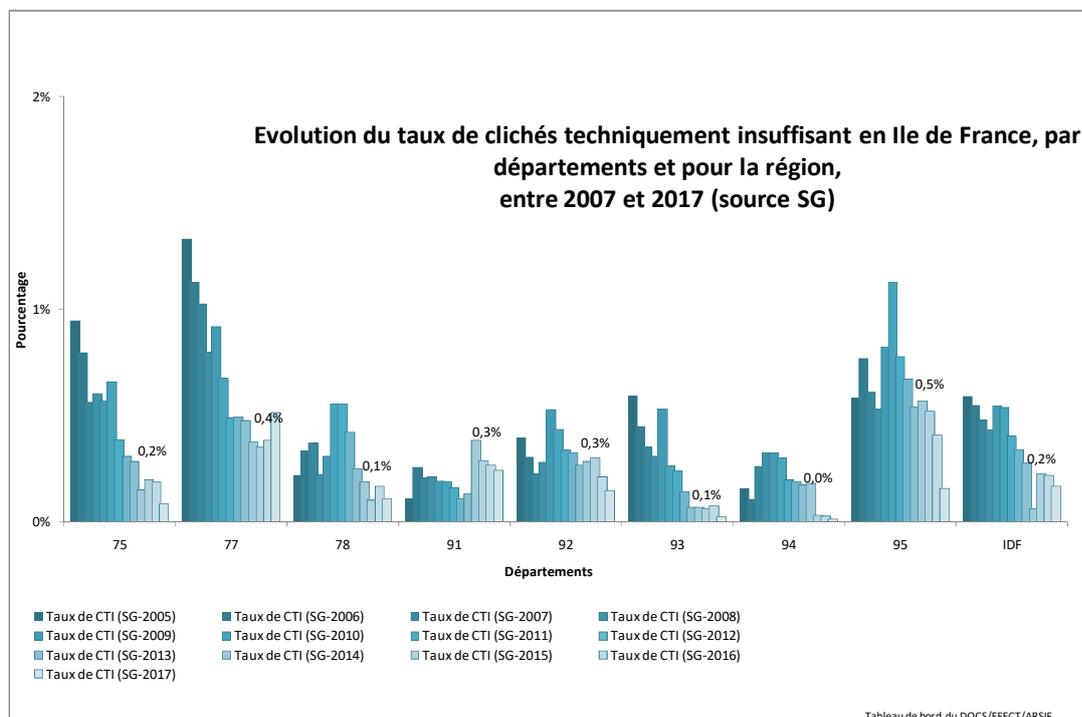
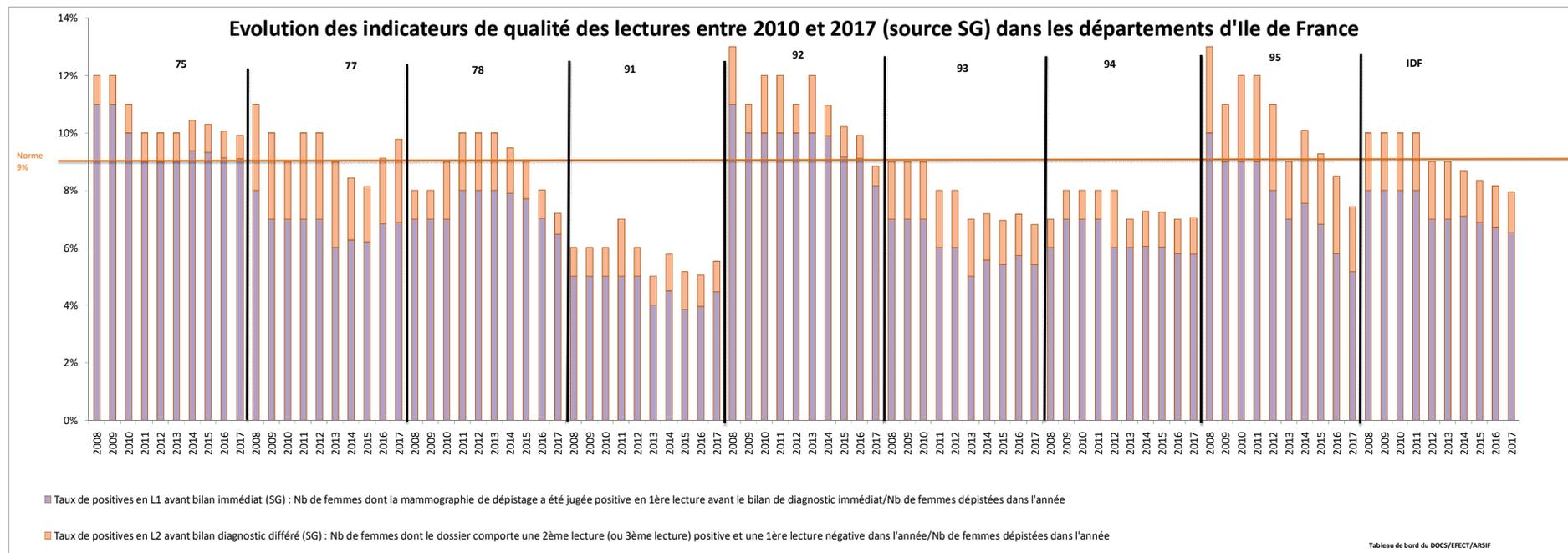


Figure 42 :



# 8 ANNEXE 1 : RAPPELS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SG EN MATIERE DE RELANCE

**Invitation** : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur environ 22 mois après l'invitation précédente, dans tous les départements.

**Autres modes d'accès** : Les femmes peuvent également accéder au dépistage grâce : à une procédure d'éligibilité, aux prescriptions de leur médecin généraliste ou de leur gynécologue, aux prescriptions de leur médecin radiologue ou à une demande spontanée.

Seine St Denis	<b>Relance</b> : Une seule est faite après 4 mois.
Val de Marne	<b>Relance</b> : Une seule est faite après 4 mois.
Essonne	<b>Relance</b> : Une relance est faite après 4 mois, une relance ciblée sur les femmes sans réponse après 2 ans
Val d'Oise	<b>Relance</b> : Une seule est faite après 4 mois.
Hauts de Seine	<b>Relance</b> : Une seule est faite après 6 mois.
Yvelines	<b>Relance</b> : Une deuxième relance, ré-instituée en septembre 2009, est faite après 6 mois.
Paris (Seine)	<b>Relance</b> : Une seule est faite après 6 mois.
Seine et Marne	<b>Relance</b> : Une seule est faite après 130 jours.

# 9 ANNEXE 2 : HISTORIQUE, DIFFICULTES, ET PRINCIPALES MODIFICATIONS DEPUIS LE MODELE INITIAL

## 9.1 Historique et périodes d'élaboration

Les ARS ont succédé aux GRSP et aux DRASS auxquelles, dès 2001, le cahier des charges relatif à l'organisation du dépistage avait délégué le suivi de la mise en œuvre du dépistage organisé dans les régions.

Au début de l'année 2002, le co-pilotage des DRASS avec les URCAM a été formalisé<sup>19</sup> au sein du Comité Technique Régional de Cancérologie, inscrivant le dépistage parmi l'ensemble des mesures du plan régional cancer et formalisant le continuum qui doit exister entre l'observation et la décision. Le besoin de disposer d'un outil pour réaliser ce pilotage a conduit la DRASSIF à commander la conception puis l'exploitation d'un tableau de bord à un consultant indépendant, la société EFECT.

Le caractère opérationnel du tableau de bord a été atteint après plusieurs étapes d'élaboration et de test qui se sont avérées plus longues que prévues initialement. Toutes ces étapes ont été animées et coordonnées par le même consultant.

Entre la fin 2001 et le printemps 2003, une première étape, en deux phases, menée en collaboration avec un groupe de travail composé de membres de la DRASS et du Comité Technique Régional de Cancérologie a permis de :

- ◆ Synthétiser et présenter sous forme de tableaux les données d'état des lieux existantes **pour l'ensemble des départements** de la région et mettre en évidence les manques ;
- ◆ Recueillir avec l'aide de la DRASS auprès des structures de gestion et de l'INVS, les différentes données d'activité de dépistage disponibles **pour les départements engagés dans la campagne** ;
- ◆ Préciser les données **utiles au suivi et à l'évaluation** de la généralisation du dépistage du cancer du sein dans la région ;
- ◆ Proposer un **tableau de bord pour le pilotage** du programme à l'échelle régionale ;
- ◆ Finaliser les procédures d'obtention de l'information pour leur exploitation annuelle centralisée.

---

<sup>19</sup> Circulaire DGS n°2002/21 du 11 janvier 2002 relative à la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein.

Entre juillet 2003 et novembre 2004, une première exploitation du tableau de bord a été réalisée, à partir des productions d'un groupe technique pluridisciplinaire, organisé en 2 sous-groupes de travail :

- ◆ Le sous groupe réunissant les structures de gestion, l'InVS, des radiologues, l'ORS et Epiconcept;
- ◆ Le groupe de travail « inter-régimes d'assurance maladie », réuni par l'intermédiaire de l'URCAMIF.

Entre 2004 et la création des ARS en 2010, dans les suites du premier rapport, le processus d'analyse des données a évolué et a reposé sur trois sous groupes de travail co-animés par le GRSP et le consultant :

- ◆ Le groupe de travail inter structures de gestion, qui, le premier, pour valider les données et discuter les résultats de leur exploitation ;
- ◆ Le groupe technique restreint, pluridisciplinaire, pour finaliser l'interprétation des résultats;
- ◆ Le groupe de travail « inter-régimes d'assurance maladie », réuni par l'intermédiaire de l'URCAMIF, pour se prononcer sur l'analyse réalisée.

Chaque année, les résultats ont été présentés au Comité Technique Régional de Cancérologie.

En 2005, une facilitation de l'accès aux bases de données des structures de gestion a été créée par des requêtes automatisées à partir du logiciel Néoscope, financée par la DRASSIF.

## 9.2 Difficultés rencontrées

La première exploitation a permis de tester la faisabilité de la mutualisation de l'information et d'initialiser un processus d'ajustement de la démarche au sein de groupes de travail permanents, sur la forme et sur le fond.

L'exploitation régulière des données a mis en évidence et confirmé des difficultés liées au recueil plus qu'à l'inexistence de l'information, posant de manière générale les limites du tableau de bord. Certaines de ces limites, spécifiques par indicateur, ont pu être, en partie, contournées.

Les limites spécifiques des indicateurs retenus ont été développées avec la présentation des résultats dans chacun des chapitres. Sont présentées ci-dessous les difficultés communes, récurrentes et persistantes depuis le début de la création du tableau de bord.

### 9.2.1 Accès à l'information

Parmi les principales limites rencontrées, les difficultés d'accès aux données, alors qu'elles existent, sont les plus importantes. Ces dernières tiennent, d'une part, à leur éparpillement au sein de plusieurs sources et d'autre part, à la complexité et à la variabilité des définitions qui les entourent. La lourdeur de la « gestion » de la demande est plus importante que la complexité de la requête elle-même. Enfin, soulignons l'existence de zones d'ombre importantes, comme l'activité hospitalière.

L'accessibilité à l'information est parfois limitée par les délais de mise à disposition des données. En général, les données d'activité sont disponibles en N+1 et N+2, tandis que les données à validation nationale sont accessibles en N+2 dans le meilleur des cas, en N+3, souvent.

## 9.2.2 Qualité et précision des données

Elles se sont avérées variables selon les données disponibles, les propositions d'amélioration ne pouvant pas toujours être formulées dans le cadre d'une telle démarche. De ce fait, certains indicateurs ont dus être construits en utilisant des sources différentes, ce qui permet d'aboutir aux meilleures estimations **possibles** au regard de la qualité des données disponibles, et ceci en connaissance des règles habituellement imposées par la rigueur méthodologique.

## 9.2.3 Articulation avec les démarches nationales

Le volet économique du dépistage nécessite un recueil d'information spécifique auprès des structures de gestion. Une réflexion commune entre la DGS, la CNAMTS et la MSA a été engagée en 2004, à laquelle la DRASSIF, l'URCAMIF et le consultant ont été en partie associés. L'objectif était d'harmoniser l'information recueillie au niveau des structures de gestion de la région Ile-de-France, de manière à limiter les sollicitations des structures et renforcer la synergie de suivi aux deux niveaux, régional et national. Cette démarche a donné lieu à l'outil « APACCHE<sup>20</sup> » mais à ce jour, les relations entre les deux démarches ne sont pas formalisées, et le volet économique du programme n'est pas encore exploité dans le cadre du tableau de bord.

## 9.2.4 Articulation avec les démarches locales

Le volet d'appréciation du programme par les acteurs (femmes et professionnels), s'il est indiscutablement reconnu, voire attendu, en tant qu'indicateur de qualité et de performance du programme ne trouve pas encore sa place ni son financement dans le tableau de bord. Certaines structures de gestion ont essayé d'engager de manière autonome une démarche d'évaluation incluant cet aspect.

## 9.3 Suppression d'indicateurs et justifications

- ◆ Indicateur de densité totale puis indicateur de densité des femmes de 50 à 74 ans qui apportaient peu d'informations sur la population cible ;
- ◆ Répartition des femmes par CSP compte tenu de l'âge des femmes ciblées.
- ◆ Taux standardisé de mortalité calculé sur la tranche 50-74 ans, remplacé par le taux calculé sur la tranche d'âge 50-79 ans pour prendre en compte la durée de survie moyenne après le diagnostic dans le cadre du DO.
- ◆ Taux de mastectomie partielle qui ne traduisait pas forcément le nombre de diagnostics précoces (tendance actuelle au traitement conservateur et à la chimiothérapie première pour les grosses tumeurs, mastectomie totale pour certains cancers in situ).

---

<sup>20</sup> Analyse partagée des crédits cancer, Harmonisation, Evaluation

- ◆ Indice comparatif de mortalité 1999-2001 (ICM) de l'ORS, en attendant des valeurs plus récentes à cet indicateur qui reste pertinent.
- ◆ Indicateurs de formation des radiologues à la mammographie de type analogique, dont l'obtention s'est avérée difficile d'une part et compte tenu de l'arrivée de la mammographie numérique d'autre part.

## 9.4 Modification, précision ou création d'indicateurs

- ◆ Utilisation des données de démographie médicale émanant de la DREES et plus du SNIR.
- ◆ Évolution dans la construction de certains indicateurs en particulier : utilisation des projections omphales de l'INSEE dans leurs dernières modalités de calcul, médianes et non moyennes dans tous calculs de délais.
- ◆ Répartition du taux de participation au dépistage et de la couverture mammographique par communes (cartographie) réalisée pour les structures de gestion à partir des données communiquées par l'URCAM via la requête du tableau de bord.
- ◆ Pourcentage de femmes dont le médecin traitant n'est pas connu.
- ◆ Couverture mammographique par tranches d'âge quinquennales et par département.
- ◆ Délais entre les résultats et la mise en route d'un traitement (quel qu'il soit et pour la chirurgie première), pour les tumeurs bénignes et malignes en fonction de l'ACR et de la taille tumorale. Ce point a particulièrement été travaillé depuis l'exploitation des données 2007.
- ◆ Prise en compte de l'introduction de la mammographie numérique dans l'offre et la participation des radiologues, ainsi que dans l'analyse de la qualité des lectures.
- ◆ Analyse du nombre de femmes dépistées « hors département<sup>21</sup> » et du nombre de femmes non domiciliées dans le département venant y faire sa mammographie.
- ◆ Cartographie régionale.
- ◆ Taux de mammographies de dépistage positives en L1 après bilan de diagnostic.
- ◆ Taux de cancers dépistés selon le type anatomopathologique.
- ◆ Indicateurs de pratique des échographies : % d'échographies totales (L1 et L2), % d'échographies en L1, % d'échographies en L1 pour les ACR1 et ACR2 groupés.
- ◆ Nombre de femmes dont la (les) cause(s) de non-participation sont connues.

---

<sup>21</sup> Femmes domiciliées dans le département, mais réalisant sa mammographie hors département.

- ◆ Cartographie du taux standardisé de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées de 50 à 79 ans pour les départements de la région d'Ile-de-France s'il avait la même structure par âge que la population européenne des femmes de la tranche d'âge concernée pour la mettre en regard de celle produite par l'INSERM.
- ◆ Etude de l'évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes quelque soit leur âge entre deux périodes tri-annuelles (2003-2005 et 2005-2007)

## **9.5 Modifications de forme : amélioration dans la lecture du tableau de bord**

- ◆ Apparition sur les graphiques, systématiquement et autant que faire se peut, des valeurs régionales et nationales des indicateurs.
- ◆ Nouvelle présentation des causes de non-participation, qui était difficile à lire.
- ◆ Insertion des données brutes par département, sous forme de tableau, en complément des taux représentés graphiquement.
- ◆ Présentation des effectifs dans les tableaux et des pourcentages dans les graphiques, afin d'éviter les redondances.
- ◆ Présentation systématique des sources de données dans les tableaux et les graphiques.
- ◆ Prise en compte et représentation graphique de l'évolution des indicateurs dans le temps au fil des exploitations.

# 10 ANNEXE 3 : TABLEAUX

Tableau 28 : Effectifs de décès spécifiques par année et par département de la région IDF entre 2000 et 2012, pour les femmes âgées de 50 à 79 ans (Source : INSERM)

Nb de décès par cancer du sein chez les femmes de 50 à 79 ans	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France	France métro
En 2000 (INSERM, 2000)	240	100	138	123	138	152	132	94	1 117	6 723
En 2001 (INSERM, 2001)	279	105	136	119	172	112	138	95	1 156	6 721
En 2003 (INSERM, 2003)	251	120	133	110	151	131	137	101	1 134	6 653
En 2004 (INSERM, 2004)	270	128	139	97	153	123	128	113	1151	6 844
En 2005 (INSERM, 2005)	251	119	136	115	153	128	122	93	1117	6 713
En 2006 (INSERM, 2006)	246	127	142	123	151	127	123	113	1152	6 838
En 2007 (INSERM, 2007)	242	130	141	101	146	119	126	97	1102	6 609
En 2008 (INSERM, 2008)	219	123	151	87	142	112	121	98	1 053	6 758
En 2009 (INSERM, 2009)	241	118	122	121	146	125	108	108	1 089	6 605
En 2010 (INSERM, 2010)	236	122	135	116	156	129	113	109	1116	6 610
En 2011 (INSERM, 2011)	246	118	96	113	128	112	104	94	1011	6 350
En 2012 (INSERM, 2012)	204	111	127	107	124	107	99	101	980	6 315
En 2013 (INSERM, 2013)	204	134	114	110	145	127	124	96	1 054	6 418
En 2014 (INSERM, 2014)	207	104	130	98	127	124	110	101	1 001	6 329
En 2015 (INSERM, 2015)	206	102	117	113	142	104	112	107	1003	6388

**Tableau 29 : Répartition des profils de fidélisation par tranches d'âge et par départements au cours des trois dernières campagnes (cohorte rétrospective des invitées de la campagne 2012-2017)**

Effectifs	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Ensemble de 55 à 74 ans									
fidèle	28 532	47 641	38 520	29 048	23 439	33 086	33 545	36 217	270 028
plutôt fidèle	26 548	22 449	24 194	18 739	23 293	22 612	20 580	22 199	180 614
plutôt pas fidèle	56 790	28 419	31 174	23 810	36 699	34 100	26 569	28 061	265 622
stricte non-participante	159 417	45 851	75 041	53 053	79 838	58 966	47 573	45 743	565 482
Indéterminable	3 609	2 178	2 497	2 161	3 095	2 429	2 543	1 836	20 348
Non significatif	7 799	4 133	4 398	3 801	5 988	4 458	4 622	2 974	38 173
55-59 ans									
fidèle	5 562	10 433	8 449	6 466	5 175	7 468	7 005	8 510	59 068
plutôt fidèle	7 254	8 166	7 895	6 359	7 077	7 663	7 070	7 521	59 005
plutôt pas fidèle	17 152	10 779	10 900	8 766	12 429	12 631	9 869	10 394	92 920
stricte non-participante	45 059	15 181	24 894	16 722	25 589	19 655	15 660	15 001	177 761
Indéterminable	1 400	931	1 023	862	1 220	998	1 033	784	8 251
Non significatif	2 993	1 311	1 531	1 365	2 152	1 706	1 645	1 036	13 739
60-64 ans									
fidèle	7 290	13 786	11 169	7 908	6 434	10 307	9 484	11 030	77 408
plutôt fidèle	6 876	6 035	6 550	4 927	6 261	6 706	5 358	6 240	48 953
plutôt pas fidèle	15 518	7 764	8 679	6 596	10 221	10 093	7 438	7 850	74 159
stricte non-participante	43 376	12 009	18 514	14 309	20 746	15 659	12 963	11 367	148 943
Indéterminable	864	539	616	604	762	663	670	426	5 144
Non significatif	2 097	1 184	1 234	1 049	1 632	1 272	1 294	847	10 609
65-69 ans									
fidèle	8 515	13 578	10 629	8 025	6 525	8 979	9 554	9 840	75 645
plutôt fidèle	6 886	4 919	5 658	4 307	5 792	5 161	4 694	5 044	42 461
plutôt pas fidèle	13 945	5 640	6 858	5 099	8 152	7 118	5 564	5 992	58 368
stricte non-participante	41 818	9 488	18 884	13 151	19 137	14 409	11 445	11 316	139 648
Indéterminable	767	449	523	435	676	489	527	371	4 237
Non significatif	1 668	1 044	969	869	1 367	915	1 042	625	8 499

Effectifs	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
70-74 ans									
fidèle	7 165	9 844	8 273	6 649	5 305	6 332	7 502	6 837	57 907
plutôt fidèle	5 532	3 329	4 091	3 146	4 163	3 082	3 458	3 394	30 195
plutôt pas fidèle	10 175	4 236	4 737	3 349	5 897	4 258	3 698	3 825	40 175
stricte non-participante	29 164	9 173	12 749	8 871	14 366	9 243	7 505	8 059	99 130
Indéterminable	578	259	335	260	437	279	313	255	2 716
Non significatif	1 041	594	664	518	837	565	641	466	5 326
<b>Parts</b>									
Ensemble de 55 à 74 ans									
fidèle	10,4%	32,5%	22,5%	22,9%	14,1%	21,9%	25,6%	27,0%	20,7%
plutôt fidèle	9,7%	15,3%	14,1%	14,8%	14,0%	15,0%	15,7%	16,6%	13,9%
plutôt pas fidèle	20,7%	19,4%	18,2%	18,8%	22,1%	22,6%	20,3%	20,9%	20,4%
stricte non-participante	58,0%	31,3%	43,8%	41,8%	48,0%	39,0%	36,4%	34,1%	43,4%
Indéterminable	1,3%	1,5%	1,5%	1,7%	1,9%	1,6%	1,9%	1,4%	1,6%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
55-59 ans									
fidèle	7,3%	22,9%	15,9%	16,5%	10,1%	15,4%	17,2%	20,2%	14,9%
plutôt fidèle	9,5%	18,0%	14,9%	16,2%	13,7%	15,8%	17,4%	17,8%	14,9%
plutôt pas fidèle	22,4%	23,7%	20,5%	22,4%	24,1%	26,1%	24,3%	24,6%	23,4%
stricte non-participante	59,0%	33,4%	46,8%	42,7%	49,7%	40,6%	38,5%	35,5%	44,8%
Indéterminable	1,8%	2,0%	1,9%	2,2%	2,4%	2,1%	2,5%	1,9%	2,1%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
60-64 ans									
fidèle	9,9%	34,4%	24,5%	23,0%	14,5%	23,7%	26,4%	29,9%	21,8%
plutôt fidèle	9,3%	15,0%	14,4%	14,3%	14,1%	15,4%	14,9%	16,9%	13,8%
plutôt pas fidèle	21,0%	19,3%	19,1%	19,2%	23,0%	23,2%	20,7%	21,3%	20,9%
stricte non-participante	58,7%	29,9%	40,7%	41,7%	46,7%	36,1%	36,1%	30,8%	42,0%
Indéterminable	1,2%	1,3%	1,4%	1,8%	1,7%	1,5%	1,9%	1,2%	1,5%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Effectifs	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
65-69 ans									
fidèle	11,8%	39,8%	25,0%	25,9%	16,2%	24,8%	30,1%	30,2%	23,6%
plutôt fidèle	9,6%	14,4%	13,3%	13,9%	14,4%	14,3%	14,8%	15,5%	13,3%
plutôt pas fidèle	19,4%	16,6%	16,1%	16,4%	20,2%	19,7%	17,5%	18,4%	18,2%
stricte non-participante	58,1%	27,8%	44,4%	42,4%	47,5%	39,9%	36,0%	34,8%	43,6%
Indéterminable	1,1%	1,3%	1,2%	1,4%	1,7%	1,4%	1,7%	1,1%	1,3%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
70-74 ans									
fidèle	13,6%	36,7%	27,4%	29,8%	17,6%	27,3%	33,4%	30,6%	25,2%
plutôt fidèle	10,5%	12,4%	13,6%	14,1%	13,8%	13,3%	15,4%	15,2%	13,1%
plutôt pas fidèle	19,3%	15,8%	15,7%	15,0%	19,5%	18,4%	16,5%	17,1%	17,5%
stricte non-participante	55,4%	34,2%	42,2%	39,8%	47,6%	39,9%	33,4%	36,0%	43,1%
Indéterminable	1,1%	1,0%	1,1%	1,2%	1,4%	1,2%	1,4%	1,1%	1,2%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

**Tableau 30 : Taux de femmes sollicitées en 2015**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nb de femmes sollicitées (SG, 2015)	241 474	126 014	134 657	109 701	179 352	134 128	125 734	112 634	1 163 694
<b>Taux annuel de femmes sollicitées pour le DO en 2015</b>	<b>161%</b>	<b>141%</b>	<b>137%</b>	<b>134%</b>	<b>173%</b>	<b>145%</b>	<b>141%</b>	<b>145%</b>	<b>149%</b>
Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans (INSEE Omphale, 2015)	300821	178607	196969	163586	207038	184630	178619	155109	1565379

**Tableau 31 : Délai en jours entre la dernière invitation/relance et la réalisation du test (SG, évolution par campagnes de 2 ans)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>2013-2014</b>									
Délai médian	79	77	85	78	87	71	66	83	78
<b>2012-2013</b>									
Délai médian	75	75	82	80	91	75	64	79	
<b>2011-2012</b>									
Délai médian	74	73	95	73	76	69	56	74	
<b>2010-2011</b>									
Délai médian	73	77	96	66	74	73	58	76	

**Tableau 32 : Délai entre les deux dernières invitations reçues (SGDO, évolution par campagnes de 2 ans depuis 2010)**

	75	77	78	91	92	93	94	95
<b>2013-2014</b>								
Délai médian	668	665	675	692	674	667	699	678
<b>2012-2013</b>								
Délai médian	671	672	739	693	691	669	696	682
<b>2011-2012</b>								
Délai médian	671	669	698	686	684	668	699	669
<b>2010-2011</b>								
Délai médian	699	669	678	703	686	667	702	649

**Tableau 33 : Pourcentage de cancers détectés par le L2 au cours des campagnes entre 2009 et 2014**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de cancers détectés en 2013-2014	542	782	510	476	537	450	522	434	4253
Dont nombre de cancers détecté par le L2 ou par la procédure de relecture en cas de discordance en 2013-2014	25	92	22	28	38	34	32	38	309
% de cancers détectés par le L2 ou par la procédure de relecture en cas de discordance en 2013-2014	<b>4,6%</b>	<b>11,8%</b>	<b>4,3%</b>	<b>5,9%</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,6%</b>	<b>6,1%</b>	<b>8,8%</b>	<b>7,3%</b>
Nombre de cancers détectés en 2011-2012	577	731	583	439	460	434	570	467	4261
Dont nombre de cancers détecté par le L2 ou par la procédure de relecture en cas de discordance en 2011-2012	19	78	34	34	39	41	29	52	326
% de cancers détectés par le L2 ou par la procédure de relecture en cas de discordance en 2011-2012	<b>3,3%</b>	<b>10,7%</b>	<b>5,8%</b>	<b>7,7%</b>	<b>8,5%</b>	<b>9,4%</b>	<b>5,1%</b>	<b>11,1%</b>	<b>7,7%</b>
Nombre de cancers détectés en 2009-2010	586	663	503	331	419	396	588	405	3891
Dont nombre de cancers détecté par le L2 ou par la procédure de relecture en cas de discordance en 2009-2010	23	76	41	28	48	36	41	54	347
% de cancers détectés par le L2 ou par la procédure de relecture en cas de discordance en 2009-2010	<b>3,9%</b>	<b>11,5%</b>	<b>8,2%</b>	<b>8,5%</b>	<b>11,5%</b>	<b>9,1%</b>	<b>7,0%</b>	<b>13,3%</b>	<b>8,9%</b>

**Tableau 34 : Taux de cancers par femmes dépistées et répartition par types de cancers en 2013-2014 dans les départements de la région Ile-de-France (source : SG)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de cancers dépistés 2013-2014	542	782	510	476	537	450	522	434	4253
<i>CISC</i>	62	103	58	47	67	59	67	63	526
<b>% de CISC sur total de cancers détectés dont on connaît le statut histologique (*) (Santé Publique France)</b>	<b>16,4%</b>	<b>14,2%</b>	<b>12,8%</b>	<b>10,5%</b>	<b>14,8%</b>	<b>16,1%</b>	<b>13,2%</b>	<b>17,7%</b>	<b>14,3%</b>
<i>INVASIFS TOTAL</i>	318	625	394	404	388	358	450	304	3241
<i>INVASIFS dont on connaît la taille</i>	288	536	343	398	385	316	422	267	2955
<i>Dont &lt;10 mm</i>	109	181	122	151	121	97	149	84	1014
<b>% invasifs &lt;10 mm sur invasifs dont on connaît la taille(**)</b>	<b>37,8%</b>	<b>33,8%</b>	<b>35,6%</b>	<b>37,9%</b>	<b>31,4%</b>	<b>30,7%</b>	<b>35,3%</b>	<b>31,5%</b>	<b>34,3%</b>
<i>INVASIFS dont on connaît le statut ganglionnaire</i>	-	538	342	395	379	349	430	253	2686
<i>Dont sans GG</i>	-	417	261	282	294	246	315	179	1994
<b>%invasifs sans gg sur invasifs dont on connaît le statut ganglionnaire(***)</b>	-	<b>77,5%</b>	<b>76,3%</b>	<b>71,4%</b>	<b>77,6%</b>	<b>70,5%</b>	<b>73,3%</b>	<b>70,8%</b>	<b>74,2%</b>
Nombre total de femmes dépistées au cours de la campagne 2013-2014	80009	89132	80497	66619	68978	76934	74478	72621	609268
<b>Taux de cancer par femme dépistée pour la campagne 2013-2014 (pour mille femmes)(****)</b>	<b>6,8</b>	<b>8,8</b>	<b>6,3</b>	<b>7,1</b>	<b>7,8</b>	<b>5,8</b>	<b>7,0</b>	<b>6,0</b>	<b>7,0</b>

**Tableau 35 : Taux de cancers par femmes dépistées et répartition par types de cancers en 2012 dans les départements de la région Ile-de-France (source : SG 2012)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de cancers dépistés	289	362	281	229	238	242	299	245	2185
Nombre de cancers dépistés (dont l'anatomopathologie est connue)	257	342	264	227	213	214	296	225	2038
<i>IN SITU</i>	51	61	34	36	37	36	43	43	341
<i>Dont CICS</i>	<b>49</b>	<b>61</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	37	<b>36</b>	316
<b>% de CISC*</b>	<b>19,07%</b>	<b>17,84%</b>	<b>12,50%</b>	<b>13,22%</b>	<b>16,43%</b>	<b>16,36%</b>	12,50%	<b>16,00%</b>	15,51%
<i>INVASIFS</i>	167	281	230	191	176	178	253	182	1658
<i>Dont &lt;10 mm</i>	<b>45</b>	<b>88</b>	<b>82</b>	<b>68</b>	<b>73</b>	<b>53</b>	82	<b>60</b>	551
<b>% invasifs&lt;10 mm**</b>	<b>26,95%</b>	<b>31,32%</b>	<b>35,65%</b>	<b>35,60%</b>	<b>41,48%</b>	<b>29,78%</b>	32,41%	<b>32,97%</b>	33,23%
<i>Dont sans GG</i>	ND	201	162	122	118	115	157	112	987
<b>%invasifs sans gg***</b>	<b>49,10%</b>	<b>81,49%</b>	<b>70,87%</b>	<b>75,92%</b>	<b>72,16%</b>	<b>74,72%</b>	68,38%	<b>61,54%</b>	70,21%
<b>% cancers dont anatomopathologie inconnue</b>	<b>11,07%</b>	<b>5,52%</b>	<b>6,05%</b>	<b>0,87%</b>	<b>10,50%</b>	<b>11,57%</b>	1,00%	<b>8,16%</b>	6,73%
<b>Nombre de femmes dépistées 2012</b>	39506	44397	37422	32932	31872	39363	37131	36827	299450
<b>Taux de cancer par femme dépistée 2012 ****(pour mille femmes)</b>	6,5	8,2	7,1	6,9	6,7	5,4	8,0	6,1	6,8

Normes européennes : (\*) : de 10 à 20% des cancers dépistés ; (\*\*) : supérieur ou égal à 30% ; (\*\*\*) : supérieur à 75% ; (\*\*\*\*) : supérieur à 5 pour 1000.

**Tableau 36 : Taux de cancers par femmes dépistées et répartition par types de cancers en 2011 dans les départements de la région Ile-de-France (source : SG 2011)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de cancers dépistés	218	339	277	206	205	199	271	223	2087
Nombre de cancers dépistés (dont l'anatomopathologie est connue)	218	337	276	206	204	199	271	205	1916
<i>IN SITU</i>	51	55	44	29	36	28	49	42	334
<i>Dont CICS</i>	49	51	42	27	29	28	49	39	314
<b>% de CISC*</b>	<b>22,48%</b>	<b>15,13%</b>	<b>15,22%</b>	<b>13,11%</b>	<b>14,22%</b>	<b>14,07%</b>	<b>18,08%</b>	<b>19,02%</b>	<b>16,39%</b>
<i>INVASIFS</i>	167	282	232	177	168	171	222	163	1582
<i>Dont &lt;10 mm</i>	45	92	75	58	52	54	82	42	500
<b>% invasifs&lt;10 mm**</b>	<b>26,95%</b>	<b>32,62%</b>	<b>32,33%</b>	<b>32,77%</b>	<b>30,95%</b>	<b>31,58%</b>	<b>36,94%</b>	<b>25,77%</b>	<b>31,61%</b>
<i>Dont sans GG</i>	ND	201	162	122	118	115	157	112	987
<b>%invasifs sans gg***</b>	<b>ND</b>	<b>71,28%</b>	<b>69,83%</b>	<b>68,93%</b>	<b>70,24%</b>	<b>67,25%</b>	<b>70,72%</b>	<b>68,71%</b>	<b>69,75%</b> <b>hors 75</b>
<b>% cancers dont anatomopathologie inconnue</b>	ND	0,59%	0,36%	0,00%	0,49%	0,00%	0,00%	8,07%	8,19%
<b>Nombre de femmes dépistées 2011</b>	40491	42279	42481	31934	31602	37805	36672	37294	300558
<b>Taux de cancer par femme dépistée 2011 ****(pour mille femmes)</b>	5,4	8,0	6,5	6,5	6,5	5,3	7,4	5,5	6,4

Normes européennes : (\*) : de 10 à 20% des cancers dépistés ; (\*\*) : supérieur ou égal à 30% ; (\*\*\*) : supérieur à 75% ; (\*\*\*\*) : supérieur à 5 pour 1000.

**Tableau 37 : Taux de cancers par femmes dépistées et répartition par types de cancers en 2010 dans les départements de la région Ile-de-France (source : SG 2010)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Nombre de femmes dépistées</b>	<b>39 657</b>	<b>41 892</b>	<b>36 198</b>	<b>27 374</b>	<b>29 791</b>	<b>38 082</b>	<b>37 105</b>	<b>35 810</b>	<b>285 909</b>
<b>Nombre de cancers dépistés</b>	<b>275</b>	<b>331</b>	<b>262</b>	<b>159</b>	<b>224</b>	<b>224</b>	<b>285</b>	<b>189</b>	<b>1 949</b>
<i>In situ (total)</i>	48	78	39	26	35	27	44	27	324
<i>In situ CICS*</i>	45 (16,3%)	73 (22%)	34 (12,9%)	23 (14,4%)	32 (14,2%)	26 (11,6%)	41 (14,3%)	26 (13,7%)	300 (15,3%)
<i>Invasifs et micro-invasifs</i>	179	235	208	127	175	175	240	148	1 487
Taux de cancer par femme dépistée 2010 (pour mille femmes)	6,9	7,9	7,2	5,8	7,5	5,9	7,7	5,3	6,8

\*Norme européenne de 10 à 20% des cancers dépistés

**Tableau 38 : Taux de cancers par femmes dépistées et répartition par types de cancers de 2005 à 2009 dans les départements de la région Ile-de-France (source : SG)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Nombre de femmes dépistées 2009</b>	<b>39 365</b>	<b>40 614</b>	<b>38 401</b>	<b>27 386</b>	<b>28 790</b>	<b>38 425</b>	<b>35 636</b>	<b>40 067</b>	<b>288 684</b>
<b>Nombre de cancers dépistés 2009</b>	<b>309</b>	<b>333</b>	<b>231</b>	<b>174</b>	<b>201</b>	<b>197</b>	<b>299</b>	<b>228</b>	<b>1 972</b>
Taux de cancer par femme dépistée 2009 (pour mille femmes)	8,1	7,7	6,4	6,7	7,2	5,5	8,1	6,1	7,0
<b>Nombre de femmes dépistées 2008</b>	<b>38 378</b>	<b>43 089</b>	<b>36 183</b>	<b>25 989</b>	<b>27 847</b>	<b>35 784</b>	<b>37 120</b>	<b>37 342</b>	<b>281 732</b>
<b>Nombre de cancers dépistés 2008</b>	<b>291</b>	<b>375</b>	<b>201</b>	<b>180</b>	<b>203</b>	<b>215</b>	<b>268</b>	<b>221</b>	<b>1 954</b>
Taux de cancer par femme dépistée 2008 (pour mille femmes)	7,6	8,7	5,6	6,9	7,3	6,0	7,2	5,9	6,9
<b>Nombre de femmes dépistées 2007</b>	<b>36 306</b>	<b>39 324</b>	<b>32 591</b>	<b>25 423</b>	<b>26 675</b>	<b>37 031</b>	<b>34 151</b>	<b>38 493</b>	<b>269 994</b>
<b>Nombre de cancers dépistés 2007</b>	<b>271</b>	<b>274</b>	<b>194</b>	<b>155</b>	<b>189</b>	<b>226</b>	<b>247</b>	<b>236</b>	<b>1 792</b>
Taux de cancer par femme dépistée 2007 (pour mille femmes)	7,5	7,0	6,0	6,1	7,1	6,1	7,2	6,1	6,6
<b>Nombre de femmes dépistées 2006</b>	<b>37 365</b>	<b>39 912</b>	<b>32 679</b>	<b>22 674</b>	<b>25 619</b>	<b>35 138</b>	<b>34 791</b>	<b>29 819</b>	<b>257 997</b>
<b>Nombre de cancers dépistés 2006</b>	<b>270</b>	<b>294</b>	<b>162</b>	<b>138</b>	<b>183</b>	<b>225</b>	<b>255</b>	<b>173</b>	<b>1 677</b>
Taux de cancer par femme dépistée 2006 (pour mille femmes)	6,7	7,4	5,0	6,1	7,1	6,4	7,3	5,8	6,5
<b>Nombre de femmes dépistées 2005</b>	<b>37 097</b>	<b>33 975</b>	<b>29 323</b>	<b>21 336</b>	<b>20 791</b>	<b>32 269</b>	<b>30 029</b>	<b>33 415</b>	<b>238 234</b>
<b>Nombre de cancers dépistés 2005</b>	<b>295</b>	<b>280</b>	<b>171</b>	<b>123</b>	<b>183</b>	<b>210</b>	<b>226</b>	<b>166</b>	<b>1 653</b>
Taux de cancer par femme dépistée 2005 (pour mille femmes)	8,0	8,2	5,8	5,8	8,8	6,5	7,5	5,0	6,9

**Tableau 39 : Délais médians d'accès au traitement pour les ACR 5 de 2005 à 2015 (Source : requête SG (Néoscope))**

	75	77	78	91	92	93	94	95
<b>Délai médian entre dépistage et traitement 2015 ACR5</b>	<b>45</b>	<b>48</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>55</b>	<b>42</b>	<b>53</b>	<b>48</b>
Délai médian entre dépistage et traitement 2013 ACR5	54	50	52	48	51	51	46	48
Délai médian entre dépistage et traitement 2012 ACR5	56	54	49	49	49	51	43	58
Délai médian entre dépistage et traitement 2011 ACR5	47	47	43	49	59	47	49	55
Délai médian entre dépistage et traitement 2010 ACR5	50	47	56	49	56	50	54	48
Délai médian entre dépistage et traitement 2009 ACR5	54	43	43	48	56	57	50	50
Délai médian entre dépistage et traitement 2008 ACR5	48	49	51	42	53	56	49	49
Délai médian entre dépistage et traitement 2007 ACR5	49	42	43	58	62	51	46	53
Délai médian entre dépistage et traitement 2006 ACR5	45	50	63	57	52	44	49	54
Délai médian entre dépistage et traitement 2005 ACR5	48	42	55	62	53	48	48	48

**Tableau 40 : Qualité des lectures par département quel que soit le type d'appareil mammographique en 2015**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	Norme
Nb de femmes dt 1ère lecture (+) a induit des examens°	3 819	2 787	3 173	1 262	3 385	1 987	2 257	2 539	21 187	
<b>Taux de positives en L1 avant bilan immédiat (SG-2015)</b>	9,3%	6,2%	7,7%	3,9%	9,2%	5,4%	6,0%	6,8%	6,9%	<b>7,0%</b>
Nb de femmes dt 1ère lecture (+) a été confirmé par examens°	1718	1646	1317	818	1638	1109	1358	981	10416	
<b>Taux de positives en L1 après bilan immédiat (SG-2015)</b>	4,2%	3,7%	3,2%	2,5%	4,4%	3,0%	3,6%	2,6%	3,4%	<b>3,0%</b>
Nb de femmes dt 2ème lecture ou 3ème lecture (+) et 1ère lecture (-)	0 400	0 856	0 543	0 428	0 390	0 568	0 454	0 915	4 518	
<b>Taux de positives en L2 avant bilan diagnostic différé (SG-2015)°°</b>	1,0%	1,9%	1,3%	1,3%	1,1%	1,5%	1,2%	2,5%	1,5%	<b>2,0%</b>
<b>Taux global de mammographies positives en L1 ou en L2 avant bilan diagnostic°°°</b>	10,3%	8,1%	9,0%	5,2%	10,2%	7,0%	7,2%	9,3%	8,3%	<b>9,0%</b>
Nombre de dossiers CTI	79	150	41	92	101	22	11	180	666	
<b>Taux de CTI (SG-2015)</b>	0,2%	0,4%	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%	0,0%	0,5%	0,2%	<b>&lt;1%</b>
<b>Nombre de femmes dépistées 2015</b>	40 997	44 869	41 208	32 737	36 982	36 752	37 442	37 260	308 247	40 997

\* prise en compte de la troisième lecture pour les départements : 78, 93, 94 et 95 ?? ° référence : <7% °° référence : <2% °°° référence : <9%

Tableau 41 : Qualité des lectures selon le type de mammographes, analogiques (A) ou numériques (N) en 2013

	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF	Norme
<b>Qualité pour l'analogique</b>										
Taux de positives en L1 avant bilan immédiat (SG-2013) <sup>°</sup>	24,48 % ??	6,39%	6,72%	3,48%	9,85%	5,74%	5,49%	6,93%	8,11%	<7%
Taux de positives en L1 après bilan immédiat (SG-2013)	3,57%	2,86%	2,28%	1,22%	2,80%	2,54%	2,95%	2,31%	2,57%	
Taux de positives en L2 ou en L3 avant bilan diagnostic différé (SG-2013) <sup>°°</sup>	1,29%	1,77%	2,95%	1,65%	2,08%	1,24%	1,85%	3,58%	2,03%	<2%
Taux global de mammographies positives en L1 ou en L2 (ou L3) avant bilan diagnostic <sup>°°°</sup>	25,77 %	8,16%	9,67%	5,13%	11,92 %	6,98%	7,34%	10,50 %	10,15 %	
Taux de CTI (SG-2013)	0,64%	0,40%	0,44%	0,94%	0,90%	0,11%	0,10%	1,31%	0,53%	<1%
<b>Qualité pour le numérique</b>										
Taux de positives en L1 avant bilan immédiat (SG-2013) <sup>°</sup>	8,41%	6,19%	7,80%	3,88%	9,69%	5,37%	6,07%	6,82%	6,84%	<7%
Taux de positives en L1 après bilan immédiat (SG-2013)	4,24%	3,77%	3,29%	2,59%	4,40%	3,07%	3,59%	2,62%	3,47%	
Taux de positives en L2 ou en L3 avant bilan diagnostic différé (SG-2013) <sup>°°</sup>	0,95%	1,92%	1,15%	1,28%	1,00%	1,58%	1,18%	2,39%	1,43%	<2%
Taux global de mammographies positives en L1 ou en L2 (ou L3) avant bilan diagnostic <sup>°°°</sup>	9,36%	8,12%	8,95%	5,16%	10,69%	6,95%	7,24%	9,21%	8,27%	<9%
Taux de CTI (SG-2015)	0,17%	0,33%	0,06%	0,24%	0,24%	0,05%	0,03%	0,43%	0,19%	

\* prise en compte de la troisième lecture pour les départements : 78, 93, 94 et 95 ° référence : <7% °° référence : <2% °°° référence : <9%

# 11 ANNEXE 4 : CLASSIFICATION TNM

Classification TNM des cancers du sein (Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed New York: Springer; 2010.)

## T Tumeur primitive

- TX Non déterminé
- T0 Pas de signe de tumeur primitive
- Tis Carcinome in situ : carcinome intra-canaux, ou carcinome lobulaire in situ, ou maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable (Note : une maladie de Paget avec tumeur décelable est à classer en fonction de la taille de la tumeur)

## T1 Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

- . T1mic micro-invasion ≤ 0,1 cm
- . T1a > 0,1 et ≤ 0,5 cm
- . T1b > 0,5 et ≤ 1 cm
- . T1c > 1 cm et ≤ 2 cm

## T2 Tumeur > 2 cm et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension

## T3 Tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension

T4 Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique ou à la peau (Note : la paroi thoracique comprend les côtes, les muscles intercostaux et grands dentelés, mais ne comprend pas le muscle pectoral)

- T4a Extension à la paroi thoracique
- T4b Extension à la peau œdème (y compris la «peau d'orange»), ou ulcération cutanée du sein, ou nodule de perméation limitée au même sein
- T4c A la fois 4a et 4b
- T4d Cancer inflammatoire

## N Adénopathies

- NX Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (du fait, par exemple, d'une exérèse antérieure)
- N0 Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional
- N1 Ganglions axillaires homolatéraux mobiles
- N2 Adénopathies axillaires homolatérales fixées entre elles ou à une autre structure anatomique ou adénopathies mammaires internes homolatérales cliniquement apparentes.
- N2a Adénopathies axillaires homolatérales fixées entre elles ou à une autre structure.
- N2b Adénopathies mammaires internes homolatérales cliniquement apparentes en l'absence d'adénopathie axillaire cliniquement évidente.
- N3 Adénopathie sous-claviculaire homolatérale OU adénopathie mammaire interne homolatérale cliniquement apparente associée à une adénopathie axillaire homolatérale cliniquement patente OU adénopathies sous-claviculaire homolatérale associée ou non à une adénopathie axillaire ou mammaire interne.
- N3a Adénopathies sous-claviculaires associées à des adénopathies axillaires homolatérales
- N3b Adénopathies mammaires internes associées à des adénopathies axillaires homolatérales
- N3c Adénopathies sous-claviculaires homolatérales

## M Métastases

- MX Détermination impossible de l'extension métastatique
- M0 Absence de métastases a distance
- M1 Présence de métastases a distance

### Concordance Classification TNM/stade

Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
Stade IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stade IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stade IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stade IIIB	T4	qqsN	M0
	qqsT	N3	M0
Stade IV	qqsT	qqsN	M1

# 12 LISTE DES SIGLES UTILISES

<b>ACR</b>	Américan College of Radiology
<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>AME</b>	Aide Médicale d'Etat
<b>APACCHE</b>	Outil budgétaire ministériel : Analyse Partagée des Crédits Cancers Harmonisation Evaluation
<b>ARS IF</b>	Agence Régionale de Santé (Île-de-France)
<b>CépiDc</b>	Centre d'Epidémiologie sur les causes de Décès (INSERM)
<b>CNAMTS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>DDI</b>	Démarche de Détection Individuelle
<b>DGS</b>	Direction régionale de la Santé (Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé)
<b>DO</b>	Dépistage Organisé (du Cancer)
<b>DOCS</b>	Dépistage Organisé du Cancer du Sein
<b>DRASSIF</b>	Direction Régionale de l'Administration Sanitaire et Sociale (Île-de-France)
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé)
<b>ELIGIBILITE</b>	Procédé informatique qui permet aux professionnels équipés de l'interface NEONET de consulter le site de l'assurance maladie et vérifier si la personne présente les critères d'éligibilité au DO. Il peut dans ce cas éditer une invitation pour ce dépistage.
<b>GIP</b>	Groupement d'Intérêt Public
<b>GRSP</b>	Groupement Régional de Santé Publique
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HCSP</b>	Haut Conseil de la Santé Publique
<b>IdF</b>	Île-de-France
<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales (service interministériel de contrôle, d'audit et d'évaluation des politiques sociales)
<b>INCa</b>	Institut National du Cancer
<b>INSEE</b>	Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>InVS</b>	Institut national de Veille Sanitaire
<b>MSA</b>	Mutualité Sociale Agricole
<b>NEO NET</b>	Nom du logiciel (de la société Epiconcept) qui permet aux professionnels d'éditer une

	invitation pour les femmes éligibles au DOCS
<b>NPAI</b>	N'habite Pas à l'Adresse Indiquée
<b>OMPHALE Pour l'INSEE</b>	Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logement et d'Elèves
<b>ORS</b>	Observatoire régional de Santé (Île-de-France)
<b>RSI</b>	Régime Social des indépendants
<b>SLM</b>	Section Locales Mutualistes
<b>SNIIRAM</b>	Système National d'Information Inter Régimes d'Assurance Maladie
<b>SPF</b>	Santé Publique France
<b>URCAM</b>	Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie (Île-de-France)