

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

— DONNEES 2016-2017

Synthèse et orientations



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 Bixi, 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

Sommaire	2
1 Synthèse	3
1.1 Evolution de la mortalité par cancer du sein en Ile de France.....	3
1.2 Efficacité du DOCS	4
1.3 Qualité du DO	6
1.3.1 Qualité organisationnelle	6
1.3.2 Qualité radiologique.....	7
1.3.3 Qualité des pratiques.....	7
1.4 Participation/fidélisation des femmes au DO et couverture mammographique globale.....	8
2 Orientations décisionnelles	13
2.1 Approfondir certains constats dans des groupes de travail régionaux.....	13
2.2 Développer des actions d'amélioration de la qualité du DOCS et de la participation au DOCS.....	13
2.3 Améliorer le contenu du tableau de bord	14

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)¹, 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 2007-2016², 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 successifs², 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 Evolution de la mortalité par cancer du sein en Ile de France

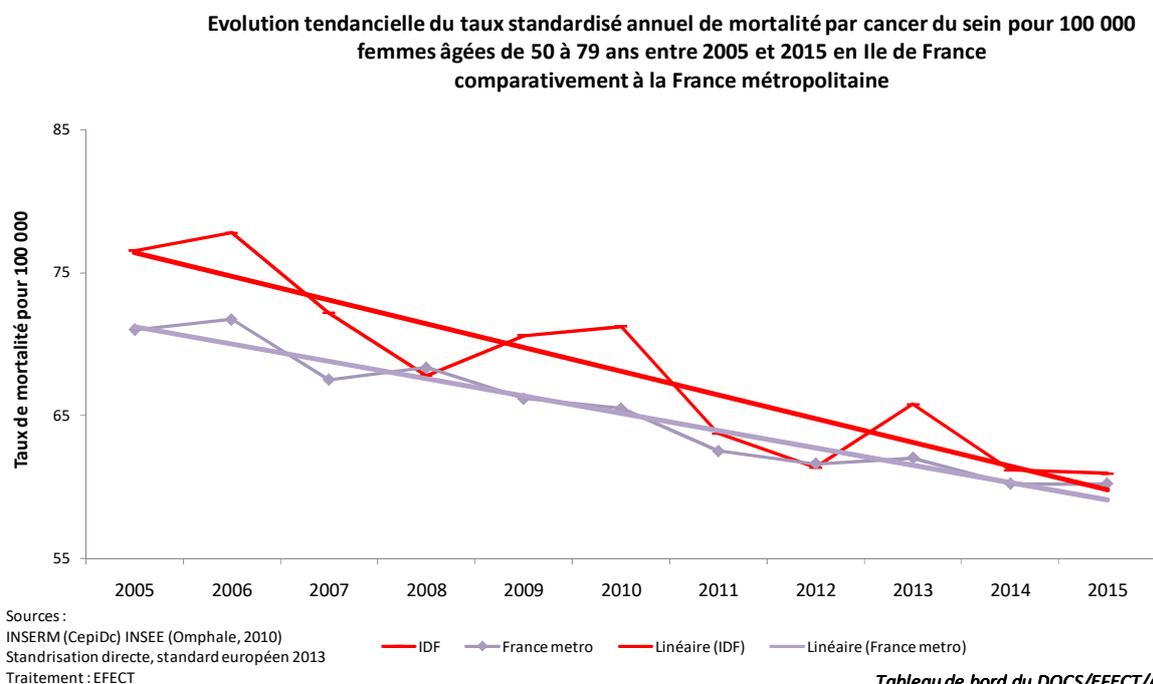
La région Ile de France fait partie des régions les plus touchées par la mortalité par cancer du sein chez la femme et sa réduction est, à terme, la contribution recherchée du programme de dépistage organisé, en conformité avec le Plan Cancer national. Rappelons néanmoins que d'autres facteurs majeurs, 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 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.

¹ 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/>

² Plan Cancer 2003-2007 ; Plan Cancer 2009-2013, Plan Cancer 2014-2019

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.

1.2 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 CISC³, 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.

³ Cancers in situ intracanalaires stricts

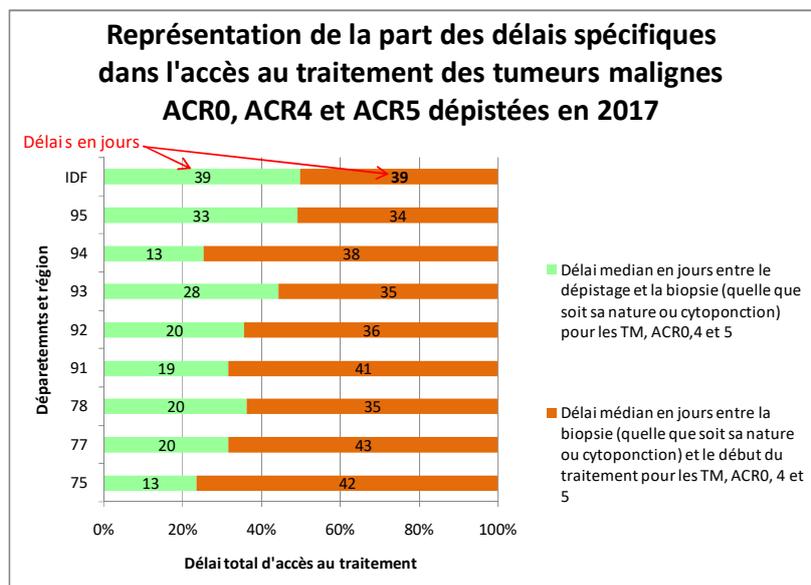
1.3 Qualité du DO

1.3.1 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.

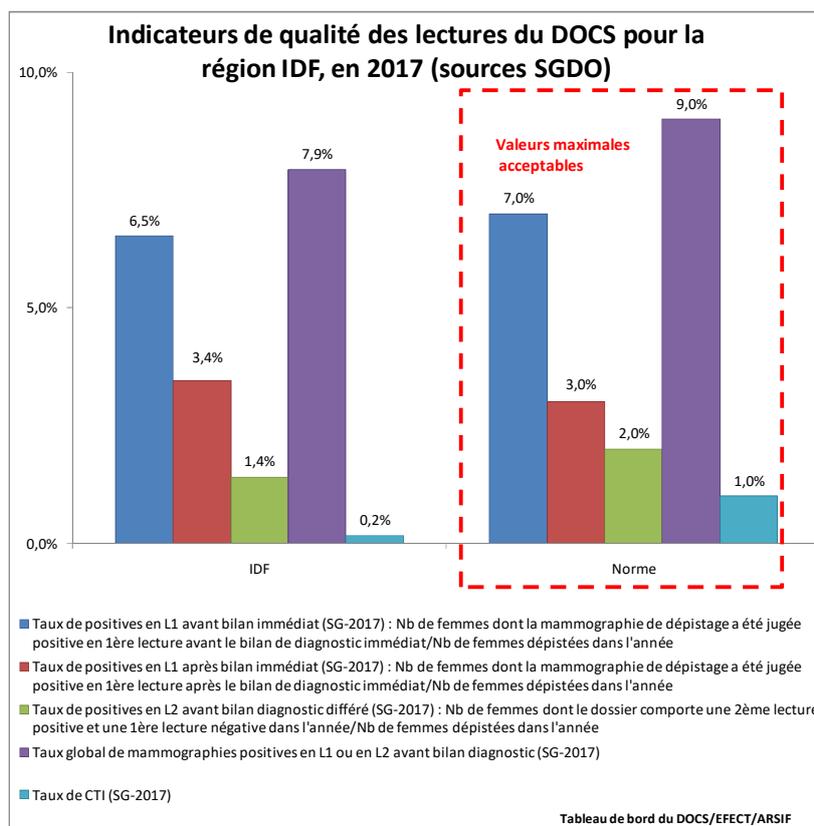
Figure 2



1.3.2 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.

1.3.3 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.

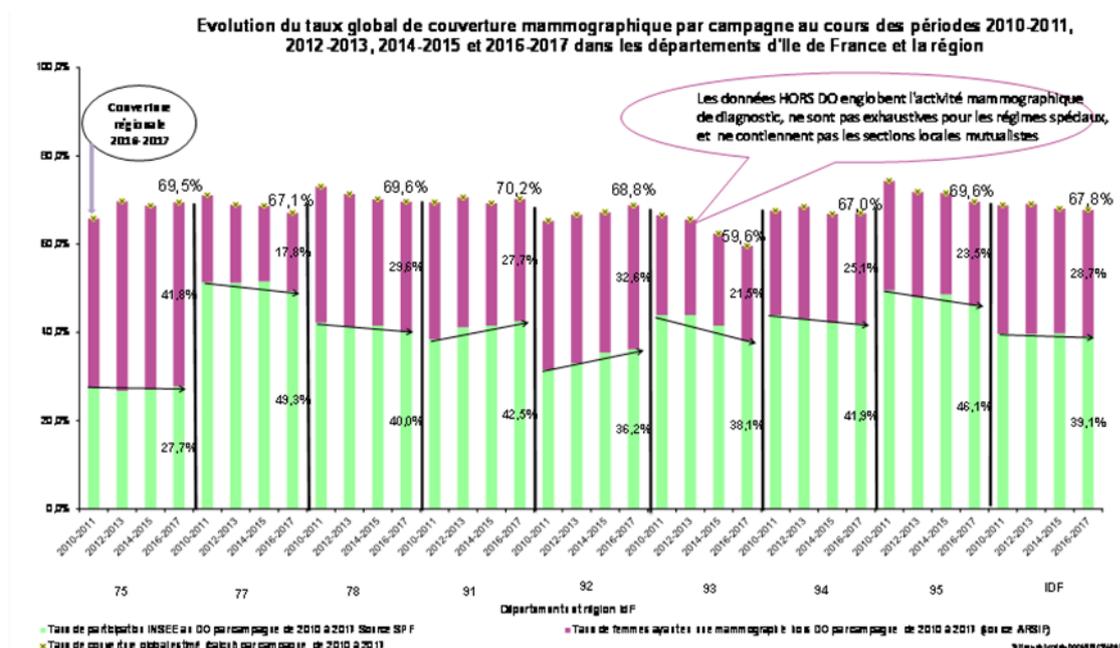
1.4 Participation/fidélisation des femmes au DO et couverture mammographique globale

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 :



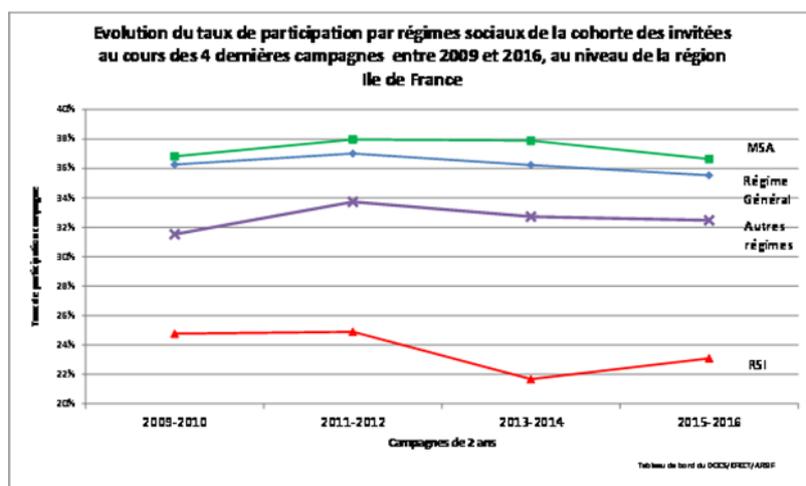
Ces éléments témoignent d'un chemin qui ne s'engage pas dans le sens attendu par le plan cancer 2014-2019 à savoir l'atteinte, fin 2018, d'un taux de participation de 75% dans le DOCS.

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).

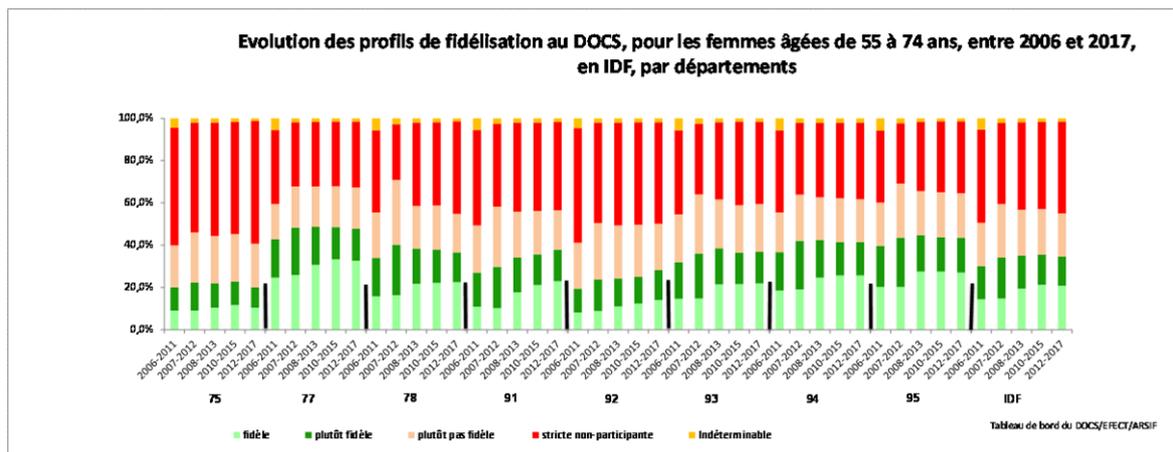
Les analyses portant sur la cohorte des femmes invitées en 2015-2016 montrent que les femmes entrantes dans le programme, âgées de 50 à 54 ans, sont toujours celles qui participent le moins au DO. Jusqu'à la campagne 2013-2014 la participation augmentait jusqu'à 70 ans puis stagnait ou diminuait au-delà. 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.

2 ORIENTATIONS DECISIONNELLES

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

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».

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.

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.