



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS EN SANTÉ PUBLIQUE

La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France

Situation actuelle et perspectives d'évolution

Synthèse et recommandations

Novembre 2011

L'argumentaire scientifique de cette évaluation est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service Documentation - Information des publics

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 2 |
| Contexte de l'évaluation | 3 |
| 1.1 La coexistence dépistage organisé et dépistage individuel en France.. | 3 |
| 1.2 La controverse sur l'intérêt du dépistage | 3 |
| Méthode | 5 |
| 1.3 Méthode et déroulement des travaux..... | 5 |
| 1.4 Champ des recommandations | 7 |
| 1.5 Professionnels, associations et institutions concernés | 8 |
| Synthèse | 9 |
| 1.6 Données épidémiologiques et économiques générales..... | 9 |
| 1.7 Le programme national de dépistage organisé..... | 10 |
| 1.8 Place du DI à côté du DO chez les femmes de 50 à 74 ans | 15 |
| 1.9 Facteurs de participation-non participation au DO et/ou DI | 18 |
| 1.10 Scénarios d'évolution de la situation actuelle | 22 |
| Recommandations | 31 |
| Perspectives et pistes de recherche | 41 |
| Abréviations | 42 |
| Annexe 1. Modalités de dépistage du programme de dépistage organisé | 43 |
| Annexe 2. Analyse des scénarios d'évolution | 44 |
| Participants | 46 |
| Fiche descriptive | 50 |

Introduction

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme et la première cause de mortalité par cancer. De nombreux facteurs de risque ont été identifiés dont certains (alcool, sédentarité, obésité ou surpoids, prise de traitements hormonaux substitutifs sur une durée longue ou de contraceptifs oraux) peuvent faire l'objet de programmes de prévention primaire. Pour autant, cette prévention primaire peut être complétée par un dépistage permettant le repérage des cancers à un stade précoce de la maladie, et améliorer ainsi le pronostic.

De nombreux programmes de dépistage ont été introduits en Europe à partir du milieu des années 80. En France le dépistage organisé (DO) du cancer du sein a démarré au début des années 80 dans certains départements pour être généralisé à l'ensemble de la population des femmes de 50 à 74 ans en 2004.

Au regard des conclusions de plusieurs rapports institutionnels et par rapport à l'objectif fixé par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la politique de dépistage organisé du cancer du sein ne semble pas avoir atteint ses objectifs en terme de taux de participation de la population, notamment parce qu'il subsiste de fortes disparités entre les départements qui seraient pour partie liées à la coexistence du DO et du dépistage individuel (DI).

En 2007, pour améliorer la participation au DO, la Direction Générale de la Santé (DGS) a saisi la HAS afin d'évaluer la « faisabilité et le coût de la substitution d'un double dispositif du dépistage du cancer du sein, dépistage individuel et dépistage organisé, par le dépistage organisé seul », c'est-à-dire, compte tenu des enjeux de santé publique et économiques, d'émettre des recommandations sur l'opportunité de conserver ou de supprimer la coexistence du DO et du DI pour les femmes de 50 ans à 74 ans en France.

En octobre 2008, la commission Évaluation Économique et Santé Publique de la HAS a préconisé d'élargir le sujet à l'ensemble de la population cible du dépistage du cancer du sein. Il convenait de se poser la question des moyens et des mécanismes qui permettraient d'augmenter la participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France, à travers les 2 axes suivants :

- Un bilan de la situation actuelle (état des lieux quantitatif des pratiques observées en France et analyse des facteurs associés aux attitudes des femmes et des professionnels de santé ainsi que de l'hétérogénéité des taux de participation entre les départements).
- L'étude de différents scénarios d'évolution de la situation actuelle de dépistage permettant d'en améliorer l'efficacité.

Contexte de l'évaluation

1.1 La coexistence dépistage organisé et dépistage individuel en France

La situation française est caractérisée par l'existence parallèle d'un DI et d'un programme de DO.

Le programme de DO est soumis à des règles strictes d'application, à un système d'assurance-qualité et un recueil systématique et centralisé des données. Son organisation est décentralisée au niveau départemental (*via* des structures de gestion) et fondée sur la collaboration avec les radiologues libéraux. Le programme est soumis à un cahier des charges (dont la dernière version date de 2006) pour les radiologues et les structures de gestion participants. Une des caractéristique essentielle de ce cahier des charges est l'existence d'une deuxième lecture systématique des mammographies considérées comme négatives (en première lecture d'emblée ou après bilan de diagnostic immédiat).

Le DI se pratique à la demande du médecin traitant (le plus souvent généraliste) ou du gynécologue, et parfois à l'initiative de la femme. Comme tout examen radiologique, la mammographie de DI fait l'objet de référentiels et d'une évaluation des pratiques professionnelles et les mammographes sont régulièrement contrôlés. Le DI se déroule néanmoins en dehors de tout cadre contractuel et n'est donc pas soumis à un cahier des charges concernant la procédure à suivre et les examens complémentaires à pratiquer, et ne bénéficie pas d'un suivi centralisé concernant sa qualité et ses résultats (notamment le nombre de cancers dépistés).

L'existence concomitante du DI pour la même population cible est susceptible de constituer un obstacle à la rentabilité de l'investissement dans le programme de DO, en particulier par le biais d'un moindre taux de participation des femmes au DO, orientées vers le DI. Il est en effet établi que le taux de participation au DO est un enjeu majeur pour le programme français, puisqu'il conditionne à la fois l'efficacité et l'efficience de cette politique de santé publique.

1.2 La controverse sur l'intérêt du dépistage chez les femmes de 50 ans et plus

Une controverse relative à la balance bénéfice/risque du dépistage et à son impact sur la mortalité, qui était apparue au début des années 2000 (mais n'avait pas conduit à modifier les recommandations en cours) a émergé de

nouveau à partir de 2006 à la faveur de l'actualisation de diverses méta-analyses.

En 2011, les conclusions de la controverse autour de l'intérêt du dépistage du cancer du sein par mammographie ne sont toujours pas tranchées.

L'existence d'un certain nombre de sur-diagnostic et d'effets anxiogènes associés au dépistage, en cas de résultats faussement positifs, est unanimement reconnue. Elle est inhérente à toute procédure de dépistage, mais doit rester limitée.

La décision de dépister ou non est alors en partie déterminée par l'appréciation au niveau individuel et/ou collectif de la balance bénéfice-risque associée à la procédure. Cette décision a été prise, à l'échelle collective, sur la base de la baisse attendue des taux de mortalité par cancer du sein associée au dépistage par mammographie. Or, l'actualisation des méta-analyses et les données en population ont montré que l'impact des programmes sur la mortalité était plus faible qu'attendu dans plusieurs pays ayant mis en place précocement un programme de dépistage.

Par ailleurs la balance bénéfice-risque est d'autant plus défavorable que le dépistage concerne des femmes jeunes et/ou sans facteur de risque élevé. Ces résultats ont conduit certains auteurs à recommander une modification des messages adressés aux femmes, mais également des indicateurs de résultats associés au dépistage (i.e. avec notamment quantification du phénomène de sur-diagnostic).

L'objectif des présentes recommandations n'est pas de prendre position sur la controverse, ni de remettre en cause l'intérêt du dépistage chez les femmes de 50 à 74 ans, dans la mesure où cette question devrait faire l'objet d'une revue approfondie de la littérature et n'est pas l'objet de la présente saisine.

Toutefois, l'existence de cette controverse, largement diffusée dans la presse médicale, a été prise en compte dans l'évaluation dans la mesure où elle est susceptible d'induire chez les professionnels et/ou chez les femmes une moindre confiance dans le dispositif en place et par là même à avoir un impact sur la participation au dépistage, individuel ou organisé.

Méthode

1.3 Méthode et déroulement des travaux

L'évaluation des actions de santé publique constitue une aide à la décision publique. Les recommandations en santé publique consistent à réunir les arguments permettant de juger de l'opportunité de mettre en place ces actions et d'en préciser les modalités.

Une note de cadrage détaillée a été réalisée par la HAS afin d'évaluer l'intérêt de la question posée et la disponibilité de la littérature, de définir le périmètre de l'étude et le calendrier envisagé, de proposer les axes de réponse aux objectifs poursuivis.

La présente évaluation s'est fondée sur une revue systématique de la littérature en santé publique et économique ainsi que sur un état des lieux des pratiques de dépistage en France, des analyses de bases de données et une analyse d'impact budgétaire. Elle a été discutée au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire, comprenant des professionnels de santé et des représentants d'associations de patients ainsi que d'usagers. Ce groupe de travail s'est réuni à trois reprises entre juin 2010 et mai 2011. L'argumentaire et les recommandations de la HAS élaborées à partir des discussions au sein du groupe de travail.

Ces documents, dans une version intermédiaire non finalisée, ont été ensuite soumis à un groupe de lecture pluridisciplinaire qui s'est prononcé sur la qualité de l'argumentaire sur le fond et dans la forme, ainsi que sur la pertinence et l'applicabilité des recommandations (du 9 avril au 16 mai 2011¹). Les commentaires et avis des membres du groupe de lecture ont été analysés et, après discussion en réunion du groupe de travail, la plupart d'entre eux ont été pris en compte. Le groupe de lecture était majoritairement en accord avec les analyses présentées dans l'argumentaire ainsi qu'avec les propositions de recommandations. Toutefois, 4 experts ont exprimé leurs désaccords avec le champ de l'évaluation et des recommandations tel que défini par la HAS en octobre 2008. Ces désaccords portaient sur :

- *« la non prise en compte des incertitudes sur l'efficacité du dépistage du cancer du sein (morbidité consécutive au dépistage (sur diagnostics et sur traitements), impact sur la diminution de la mortalité), du lien entre incidence et développement technique ainsi que du paradoxe*

¹ 51 membres du groupe de lecture ont répondu sur 54 experts ayant acceptés d'y participer, soit un taux de participation de 94,4%.

entre l'importance des investissements consentis par rapport à son impact modéré sur la mortalité » ;

- *« le fait que la démarche d'évaluation soit uniquement axée sur le dépistage du cancer du sein d'un point de vue biomédical et économique et ne prenne pas en compte les approches sociologiques, anthropologiques et éthiques ainsi que les conséquences psychologiques, identitaires et sociales du cancer du sein ».*

Un recueil formalisé de l'avis du groupe de travail sur des propositions de recommandations de la HAS a eu lieu du 4 juillet au 30 septembre 2011². Les membres du groupe de travail étaient en accord avec l'ensemble des propositions de recommandations de la HAS à l'exception du Dr Philippe Nicot, médecin généraliste, en désaccord total avec chacune des propositions de recommandations de la HAS. S'agissant du présent document, 4 experts ont souhaité qu'il soit fait mention de leur désaccord majeur avec tout ou partie du document :

- Dr Julien Gelly, médecin généraliste : *« Avant d'entreprendre des recommandations visant à promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein par mammographies, il aurait été plus pertinent de ré-évaluer sa balance bénéfices/risques au regard des données actuelles de la science. En outre, il est indispensable de développer des projets de recherche, et de produire des recommandations reposant sur des preuves solides, couvrant l'ensemble des mesures préventives réalisables en soins primaires. » ;*
- Dr Béatrice Guigues, gynécologue-obstétricien : *« Désaccord avec le paragraphe concernant les réticences des gynécologues sur le caractère social et la moindre qualité du DO et le fait que les gynécologues puissent être considérés comme un frein au dépistage. » ;*
- Dr Philippe Nicot, médecin généraliste : *« Il n'y a plus de donnée scientifique solide permettant de recommander le dépistage du cancer du sein de manière individuelle ou organisée. En effet le bénéfice en terme de mortalité est constamment revu à la baisse, et tant le sur diagnostic que le sur traitement ont des conséquences néfastes de mieux en mieux connues et importantes. » ;*
- Pr Hélène Sancho-Garnier, Santé publique : *« Le déremboursement de l'acte de DI devrait surtout comprendre les femmes de moins de 50 ans non à haut risque. ».*

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêt à la HAS. Elles ont été analysées au regard de la grille

² 14 membres du groupe de travail ont répondu sur 22 experts concernés soit un taux de participation de 63,6%. Ces propositions sont détaillées dans le chapitre 7 de l'argumentaire scientifique des recommandations, consultable en ligne sur le site internet de la HAS : www.has-sante.fr

d'analyse des intérêts déclarés figurant dans le Guide des déclarations d'intérêts et de prévention des conflits, à la date de démarrage de cette évaluation, soit en 2010 et la composition du groupe de travail a été validée par le bureau de la Commission Évaluation Économique et de Santé Publique de la HAS.

L'ensemble des déclarations publiques d'intérêt des membres du groupe de travail est consultable sur le site Internet de la HAS.

1.4 Champ des recommandations

Les recommandations concernent la participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans. Elles se fondent sur une évaluation qui a consisté en une analyse de la situation actuelle et de ses perspectives d'évolution. Cette évaluation s'est organisée de la façon suivante :

- présentation des modalités techniques et pratiques du programme de DO,
- analyse des données de l'évaluation des résultats du programme de DO (participation, efficacité médicale, impact sur l'incidence et la mortalité) ;
- analyse des données disponibles concernant le DI ;
- étude des freins associés à la participation au DO chez les femmes et les professionnels de santé ;
- analyse de différents scénarios d'évolution et de leurs conséquences, en particulier en termes d'impact budgétaire pour l'assurance maladie et au plan des restes à charge pour les femmes ou les organismes complémentaires.

Sont hors champ des recommandations, les questions suivantes :

- l'évaluation a priori de l'intérêt du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans (bénéfices, risques, efficience, aspects éthiques, etc.) ;
- les stratégies de diagnostic et de suivi du cancer du sein ;
- l'extension du programme de DO aux femmes âgées de moins de 50 ans (40-49 ans ou 45-49 ans)³ ;
- les stratégies de dépistage du cancer du sein chez les femmes à haut risque (identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage)⁴.

³ Si les recommandations n'ont pas abordé la question de l'extension des tranches d'âge pour le dépistage du cancer du sein, le comportement des femmes de moins de 50 ans, vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, a été pris en compte dans l'évaluation dès lors lorsqu'il avait des conséquences sur les pratiques de dépistage des femmes de plus de 50 ans.

1.5 Professionnels, associations et institutions concernés

Les recommandations sont destinées à la DGS mais concernent également tous les professionnels de santé et associations de patients/usagers impliqués dans le dépistage et la prise en charge du cancer du sein ou sur les questions de prévention et d'accès aux soins.

⁴ Cette évaluation, inscrite au programme de travail 2010 de la HAS à la demande de l'INCa, dans le cadre du plan cancer 2009-2013, est actuellement en cours. Elle a pour objectif d'établir des recommandations de dépistage du cancer du sein adaptées en fonction des facteurs de risque de la femme. Il s'agira d'évaluer l'intérêt du dépistage du cancer du sein pour chaque facteur de risque et combinaisons de facteurs de risque. Si la pertinence est démontrée, l'évaluation appréciera les modalités d'organisation du dépistage en regard de l'organisation actuelle du programme national de dépistage du cancer du sein.

La note de cadrage a été publiée sur le site Internet de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050648/note-de-cadrage-depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage?xtmc=&xtr=2

Synthèse

1.6 Données épidémiologiques et économiques générales

Le taux d'incidence standardisé (sur la population mondiale) du cancer du sein a presque doublé en 25 ans et s'établissait à 101,5/100 000 en 2005. En 2008, le nombre de décès par cancer du sein était de 11 605 décès, soit un taux brut de 36,2 décès pour 100 000 femmes. Le taux de mortalité (standardisé monde pour 100 000 personnes-années) a augmenté jusqu'au début des années 1990 pour décroître ensuite. Le taux annuel moyen de baisse de la mortalité entre 2000 et 2005 était de -1,3 % alors que l'incidence augmentait rapidement, de l'ordre de + 2,1 % en moyenne annuelle. Au total le nombre de cas de cancers a été multiplié par 2,3 entre 1980 et 2005 passant de 21 704 à 49 814, alors que le nombre de décès par cancer du sein n'a été multiplié que par 1,3 passant de 8 689 à 11 201. Ces résultats globaux cachent néanmoins d'importantes disparités par classes d'âge, les baisses de taux de mortalité les plus importantes ayant été observées chez les femmes les plus jeunes (avant 65 ans) alors qu'ils ont augmenté chez les femmes les plus âgées (plus de 75 ans). Le nombre de cas incidents de cancers dans la tranche 50-74 ans est passé de 12 260 en 1980 à 19 839 en 1995 et à 29 448 en 2005.

Le cancer du sein génère des coûts médicaux directs (coûts des traitements), des coûts indirects (pertes de production, arrêts de travail, pertes de production domestique) ainsi que des coûts psycho-sociaux importants (stress, angoisse, rupture familiale...).

Pour l'année 2004, l'Institut National du Cancer (INCa) avait estimé le coût total du cancer du sein à 3,2 milliards d'€. Ce coût total se répartissait entre des coûts directs : 1,45 milliards d'€ (soit 13,4% du coût total des cancers de la même année et une moyenne de 19 000 € par patiente) et des coûts indirects c'est-à-dire les coûts induits par les arrêts maladie évalués à 114,6 millions d'€ et les coûts induits par les pertes de production jusqu'à 65 ans liés aux décès évalués à 1,65 milliards d'€.

1.7 Le programme national de dépistage organisé

► Pilotage du programme

Au plan organisationnel, le dispositif a connu des évolutions importantes avec la recentralisation des activités de dépistage⁵, la création de l'INCa et des groupements régionaux de santé publique (GRSP) puis des agences régionales de santé (ARS).

La coordination nationale du dépistage organisé des cancers en France est placée sous la responsabilité du Ministre de la Santé. Depuis 2011, un Comité stratégique de dépistage des cancers piloté par la DGS est chargé de définir, piloter et suivre les orientations et axes stratégiques de la politique de dépistages des cancers qu'ils soient organisés ou non, afin d'en améliorer la qualité et l'accès comme le prévoit le plan cancer 2009-2013.

Le pilotage et l'animation du programme sont effectués au niveau régional par les ARS, et au niveau départemental par des structures de gestion (le plus souvent associatives).

► Modalités techniques et pratiques⁶

L'examen principal est la mammographie bilatérale des seins avec deux incidences et seconde lecture des clichés classés négatifs en première lecture. La population cible est celle de l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans, à raison d'une mammographie tous les deux ans, soit environ quatre millions de femmes chaque année. Les femmes en traitement pour un cancer du sein ou sous surveillance spécifique après traitement d'un cancer du sein sont exclues du DO, de même que les femmes à haut risque génétique ou histologique.

Les modalités techniques de réalisation du dépistage sont présentées dans un cahier des charges élaboré par la DGS et à destination des radiologues et des structures de gestion (version actuelle datant de 2006).

Les structures de gestion adressent tous les deux ans à chaque femme concernée, à partir de 50 ans, une lettre d'invitation par courrier postal.

⁵ L'organisation du dépistage du cancer du sein a été recentralisée en en confiant la compétence pleine et entière à l'Etat par la Loi du 13 aout 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales. Cette recentralisation est entrée en vigueur en 2006.

⁶ Cf. Figure en annexe 1. Modalités du dépistage organisé.

Le DO est réalisé en deux temps, répondant à deux protocoles précis, appelés première et deuxième lecture :

- L'examen initial (donnant lieu à la première lecture) doit nécessairement comprendre une série de questions sur les antécédents de la femme, un examen clinique des seins, une mammographie comprenant deux incidences par sein de face et en oblique externe (habituellement à 45 degrés).
- En cas de résultat normal ou bénin (BI-RADS ACR 1 et 2) le radiologue donne oralement à la femme le résultat provisoire de son analyse, puis adresse la mammographie à la structure de gestion qui fera pratiquer une deuxième lecture du cliché mammographique. L'objectif de la deuxième lecture des mammographies est la détection de cancers non repérés en première lecture et concerne donc les clichés normaux ou bénins lors de la première lecture.
- En cas de résultat anormal en première ou deuxième lecture, des examens complémentaires doivent être réalisés (bilan de diagnostic immédiat ou différé). Il s'agit de clichés en agrandissement, d'une échographie, d'une cytoponction guidée pour préciser la nature d'une masse, et éventuellement d'autres gestes interventionnels (comme les micro ou macro-biopsies), le plus souvent réalisés en différé.

► **Matériel utilisé**

Deux types de mammographes sont autorisés: les mammographes analogiques, avec films à surface argentique, et, depuis 2008, les mammographes numériques⁷. La seconde lecture est réalisée par un radiologue ayant un contrat avec la structure de gestion, à partir d'une impression laser directe, dont la qualité doit être contrôlée par le radiologue premier lecteur.

En 2009, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) recensait 2 520 mammographes sur le territoire dont 1 605 numériques et 915 analogiques. Ces installations étaient réparties de manière très hétérogène par département.

► **Place de l'échographie**

L'intérêt d'une combinaison de la mammographie et de l'échographie pour la détection du cancer du sein en situation de dépistage a été montré dans plusieurs travaux. Toutefois l'échographie n'est pas utile lorsque la mammographie est normale, ou avec des aspects typiquement bénins

⁷ Les techniques autorisées sont les mammographes plein champ, les plaques ERLM (écran radio-luminescent à mémoire) et les systèmes à balayage. L'utilisation ou la lecture sur console de films numérisés secondairement n'est pas autorisée.

(BI-RADS ACR1 ou 2), devant une image manifestement bénigne en mammographie (images claires ou mixtes, ganglion intra-mammaire, adénofibrome ou kyste avec calcification typique), devant des adénofibromes connus et stables (depuis 2 ans ou plus) qui sont reclassés BI-RADS ACR 2.

L'échographie n'est envisageable pour faciliter le dépistage que dans le cas de densités mammaires élevées gênant l'analyse⁸.

En revanche, en cas de résultat positif de la mammographie pratiquée en première intention, l'échographie fait partie des examens permettant d'établir un bilan diagnostique immédiat.

► **Qualification et accord conclu avec les radiologues**

Tout radiologue, quel que soit son mode d'exercice ou son statut, peut participer au DO dès lors qu'il signe une convention avec l'Assurance maladie l'engageant à respecter le cahier des charges du DO et qu'il justifie d'une formation spécifique (préalable et continue) au dépistage, ainsi que de celle de ses manipulateurs.

Les engagements de bonne pratique des radiologues se sont concrétisés dans le cadre de la signature d'un Accord de Bon Usage des Soins (ACBUS) relatif à la mammographie, le 23 Juin 2006. Cet accord a fixé la nouvelle cotation de la mammographie dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en permettant la distinction entre les mammographies entrant dans le DO⁹ et les autres mammographies qui concernent le DI ou les actes diagnostiques¹⁰. Par ailleurs, les radiologues pratiquant le DO s'engagent individuellement à réaliser annuellement au minimum 500 mammographies (de dépistage et/ou de diagnostic) dont 50% dans le cadre du DO et à orienter le plus possible les femmes de 50 à 74 ans vers le DO.

Pour assurer le suivi de leur activité, les radiologues transmettent leurs données d'activité à une structure professionnelle (la Fédération Nationale des Médecins Radiologues) via l'observatoire de la sénologie.

⁸ Densité diffuse correspondant au type 4 selon la classification BI-RADS de la densité mammaire et plus rarement densité de répartition hétérogène correspondant au type 3. Dans ces cas, l'échographie doit alors être complète et bilatérale et réalisée avec un matériel performant et par un opérateur expérimenté, afin de ne pas générer trop de faux positifs propres à l'échographie. L'examen doit faire l'objet d'un compte rendu, son résultat doit être mentionné sur la fiche de lecture, même lorsque l'échographie est normale.

⁹ Cotées QEYK004 mammographie de dépistage.

¹⁰ Cotées QEYK001 : mammographie bilatérale et QEYK005 mammographie unilatérale.

► Place des médecins traitants et des gynécologues

A la suite du dépistage sur invitation, les structures de gestion informent le médecin désigné par la femme (médecin traitant ou gynécologue) de la réalisation d'une mammographie de dépistage, ainsi que de ses résultats. Si la femme n'a pas d'invitation et souhaite se faire dépister, la prescription par le médecin d'une mammographie de dépistage qui rentre dans le cadre du programme organisé est possible.

En 2007, les médecins traitants se sont engagés à développer une information positive sur le dépistage afin de lever les éventuelles réticences de leurs patientes, ainsi que sur des objectifs quantifiés collectifs. Ces objectifs collectifs pouvaient s'accompagner d'objectifs individuels dans le cadre du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) et de nouveaux modes de rémunération (NMR) pour les médecins exerçant en maisons, centres, pôles et réseaux de santé.

La convention médicale, signée en 2011, introduit pour tous les médecins le principe d'une rémunération à la performance sur objectifs de santé publique. L'un de ces objectifs concerne l'atteinte d'un taux global de participation au dépistage du cancer du sein (i.e. 80% de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans).

Toutefois, le circuit de dépistage du cancer du sein peut encore totalement échapper au médecin traitant, puisque les femmes sont directement invitées à participer au dépistage par les structures de gestion, et que la femme est libre de choisir le médecin auquel sont envoyés les résultats.

► Financement et tarification

Tous les actes médicaux associés au DO sont principalement financés par l'assurance maladie, soit par le biais de la cotation CCAM, soit via ses fonds de prévention. La mammographie de dépistage est remboursée à 100%. Mais il existe cependant un reste à charge de 30%, financé par les organismes complémentaires ou la femme, pour les actes réalisés suite à un dépistage positif (échographies, ponctions, biopsies). Enfin, depuis 2010, consécutivement à la suppression du paiement de l'acte d'archivage par l'Assurance maladie, certains radiologues facturent un supplément pour archivage numérique de l'examen qui est à la charge de la patiente.

► Évaluation du programme

Le programme fait l'objet d'une évaluation annuelle par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Le DO permet la mise en place d'indicateurs de suivi, normalisés au niveau national, même si certains sont parfois renseignés de manière incomplète. Les structures de gestion recueillent les données et s'assurent de leur qualité. On dispose ainsi en routine d'indicateurs de

résultats intermédiaires concernant le taux de participation, le nombre de mammographies positives (première et deuxième lecture), le nombre de cancers dépistés (ainsi que leur stade).

Les indicateurs de qualité et d'efficacité du programme de DO apparaissent conformes globalement aux recommandations européennes.

Les indicateurs de participation font en revanche apparaître un résultat inférieur à l'objectif cible de 80% et une forte hétérogénéité par département. Mais le taux de participation a augmenté de 12 points de % sur la période 2004-2010 (de 40 à 52%). Par ailleurs, un nombre important de femmes a déjà pratiqué une mammographie avant l'entrée dans le DO, laissant supposer une pratique fréquente du DI avant 50 ans.

Le taux de participation n'est néanmoins pas le seul indicateur à retenir concernant l'efficacité du programme. La proportion de cancers dépistés et de bon pronostic (tumeurs de petite taille et dépistées avant envahissement ganglionnaire) constitue également un indicateur intermédiaire d'efficacité. Avec 0,7% de cancers dépistés (norme européenne comprise entre 0,3 et 0,5%) dont plus de 36% de cancers invasifs de taille inférieure à 10mm (norme européenne + de 25%) et plus de 74,2% de cancers micro-invasifs et invasifs sans envahissement ganglionnaire (norme européenne supérieure à 70-75%), le programme français est conforme aux objectifs en nombre et types de cancers dépistés.

L'indicateur final d'évaluation du programme de dépistage est la baisse de la mortalité à un âge donné. Il est néanmoins difficile à appréhender parce que l'avance au diagnostic permise par le dépistage allonge artificiellement la survie des femmes ayant un cancer dépisté et parce que l'amélioration de la survie peut être obtenue par l'amélioration des traitements. Par ailleurs une partie des cancers du sein dépistés dans le programme (i.e. cancer in situ) n'étant pas évolutifs, il existe, suite au dépistage, une proportion de sur-diagnosics pouvant conduire à des sur-traitements sans allongement de la durée de vie.

En France, il n'est pas possible de conclure quant à l'impact du DO :

- sur l'augmentation transitoire de l'incidence du cancer du sein, compte tenu du fait que la généralisation du dépistage a coïncidé avec l'arrêt des traitements hormonaux substitutifs chez les femmes (réduction de l'incidence), la modification des modes de vie (augmentation de l'incidence) ainsi que l'augmentation de la population et le vieillissement (augmentation du nombre de nouveaux cas).
- sur la mortalité par cancer du sein (indicateur final de l'efficacité du dépistage) compte tenu du faible recul en termes d'années

(généralisation du dépistage en 2004), mais également en raison de la coexistence en France du DO et du DI, et de l'absence de recueil systématique de données pour ce dernier. Une étude de l'InVS, publiée en 2010, a par ailleurs montré que la mesure de l'effet du DO sur la mortalité posait des difficultés méthodologiques, en raison de l'effet conjoint des traitements sur la réduction de la mortalité et de l'existence de sur-diagnostics.

La 2ème lecture a permis de détecter 1,4% de mammographies anormales supplémentaires en 2007 et 9 % du total des cancers dépistés en DO. Elle permet aussi de réunir au niveau départemental les clichés radiologiques et de mettre en place un contrôle de qualité de ces clichés (en particulier l'évaluation des faux négatifs). Les indicateurs organisationnels sur la 2ème lecture ne semblaient toutefois pas totalement satisfaisants, concernant l'envoi des résultats des mammographies positives en 2ème lecture, mais les chiffres fournis datent de 2005 et les modalités organisationnelles peuvent s'être améliorées depuis. Pour l'Observatoire de sénologie, le respect du seuil minimum d'activité des radiologues décrit dans le cahier des charges n'est pas contrôlé et ne serait pas respecté par 35% des radiologues pratiquant la mammographie.

Les données sur le coût du programme ne sont pas publiées en routine. L'INCa a estimé le coût global annuel du DO et l'a divisé par le nombre de femmes cibles ou de femmes participantes afin d'obtenir un coût unitaire. Au total, pour l'année 2004, l'évaluation du coût du DO s'établissait à 194,2 millions d'€ soit 133,75 € par femme dépistée¹¹. Ces données ont été réestimées pour 2008 par la HAS dans le cadre d'une analyse d'impact budgétaire (cf. partie "Scénarios d'évolution pour améliorer la participation au DO").

1.8 Place du dépistage individuel à coté du dépistage organisé chez les femmes de 50 à 74 ans

Les femmes déclarent participer massivement au dépistage du cancer du sein. Dans toutes les enquêtes, plus de 9 femmes sur 10, âgées de 50 à 74 ans, déclarent avoir réalisé une mammographie au cours de leur vie.

Selon les sources, entre 60 et 70% des femmes déclarent avoir eu leur dernière mammographie il y a moins de deux ans et aux alentours de 80% il y a moins de trois ans.

¹¹ Évaluation du coût pour le financeur public (i.e. assurance maladie et administrations publiques locales) comprenant les invitations, la 1^{ère} et la 2^{ème} lecture ainsi que les examens complémentaires.

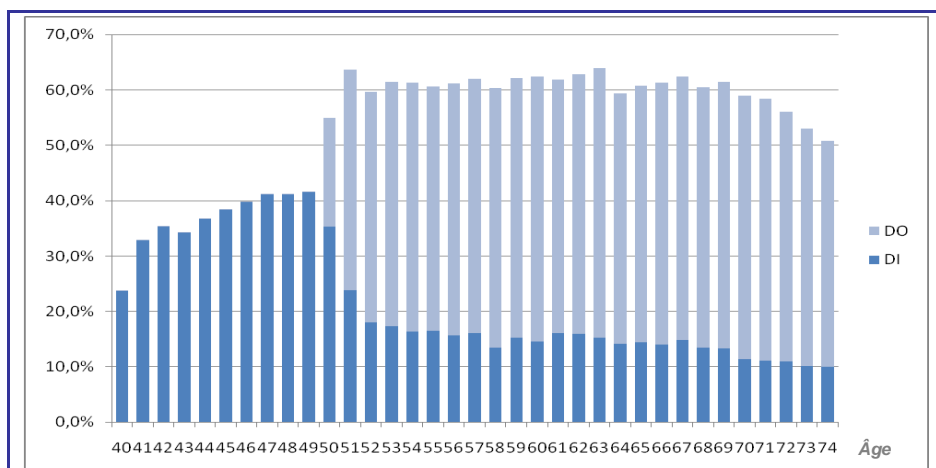
La périodicité inadéquate par rapport aux recommandations pourrait avoir deux facteurs explicatifs :

- pour les femmes jeunes, elle correspondrait à une mammographie pratiquée en DI avant 50 ans ;
- pour les plus âgées, elle correspondrait à un phénomène de lassitude ou au fait de ne plus se sentir concernée.

Une synthèse des données d'enquêtes auprès des femmes a été réalisée, complétée par l'interrogation des données de l'Assurance maladie et de l'Observatoire de Sénologie afin d'évaluer l'ampleur du DI.

Avant 50 ans, plus de 30% des femmes réalisent un DI et, de ce point de vue, le moment d'entrée dans le DO à 50 ans constitue pour ces femmes une période de transition du DI au DO.

A partir de 50 ans, les femmes se font dépister par le DO et/ou par le DI. L'augmentation globale de la participation au dépistage se fait progressivement par le DO entre 50 et 52 ans, les actes de DI, de suivi ou de diagnostic représentent toujours plus de 10% des actes quel que soit l'âge mais sont particulièrement élevés (plus de 20%) entre 50 et 51 ans (Fig.1).



Source : Extraction HAS à partir des données de l'EGB (régime général) - 2008-2009

Figure 1. Recours à la mammographie en fonction de l'âge des femmes : part du DO et du DI, suivi ou diagnostic (données 2008-2009 de l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie, régime général)

Les données convergent vers un taux de participation au DO de l'ordre de 50% de la population cible du régime général.

Le pourcentage de DI chez les femmes de 50 à 74 ans est difficile à évaluer précisément, en particulier en raison des modalités actuelles de codage des mammographies, dans les bases de données de l'assurance maladie, qui ne permettent pas d'isoler celles pratiquées dans le cadre d'un DI de celles de diagnostic ou de suivi.

L'analyse des bases de données de l'assurance maladie et Senolog a montré que le pourcentage de DI pouvait être estimé à environ 10 % des mammographies réalisées chez les femmes de 50 à 74 ans. Il y aurait par ailleurs 7 à 8% de femmes ayant une mammographie de diagnostic ou de suivi. Dans les enquêtes déclaratives auprès des femmes, le taux de DI, de suivi ou de diagnostic se situerait entre 20 et 25% sans qu'il soit possible de savoir combien de ces mammographies correspond à du DI.

A partir des données de l'assurance maladie, il n'est pas possible de conclure que le DI est réalisé systématiquement à intervalle plus rapproché (tous les ans) que le DO.

Il existe un décalage entre le taux d'échographies en DO et celles qui se pratiquent en DI hors facteurs de risque spécifique.

En fonction des bases de données, le taux d'échographies pratiquées en association se situerait :

- pour le DO autour de 20 % dont 8 à 9 % alors que la mammographie est normale;
- autour de 60% dans l'EGB en DI, suivi ou repérage et de l'ordre de 40 % pour le DI seul (c'est-à-dire hors suivi et repérage) dans la base Sénolog. Ces données nécessitent d'être validées par un contrôle qualité du recueil de l'information dans la base Sénolog.

Une partie de ces échographies « en excès » en DI pourrait partiellement s'expliquer par la proportion plus élevée en DI qu'en DO de femmes plus jeunes ayant des seins plus denses et par un taux d'ACR 3-4-5 plus élevé en DI.

La baisse récente de tarification de l'échographie, quand elle est pratiquée en association, pourrait avoir eu un impact sur l'activité des radiologues en nombre d'échographies pratiquées ou dans l'organisation de la pratique (échographies en différé ou effectuées par un autre radiologue).

Enfin, des dépassements d'honoraires peuvent être pratiqués par certains radiologues dans le cadre du DI. Ils s'élèvent à près de 13% du montant global remboursé (DI sans facteur de risque) et concernent quasi exclusivement Paris et la région parisienne.

1.9 Facteurs de participation-non participation au dépistage organisé et/ou au dépistage individuel

► Perceptions des femmes

Le dépistage du cancer du sein est bien connu des femmes et elles y voient un intérêt, même si elles n'adhèrent pas systématiquement au DO.

Dans les études quantitatives, le suivi par un médecin apparaît comme un facteur prédictif du recours au dépistage en faveur du DO lorsqu'il s'agit d'un médecin traitant, et en faveur du DI lorsqu'il s'agit d'un gynécologue. Le fait d'avoir réalisé d'autres examens de dépistage est un facteur prédictif du DO ou du DI. Le fait de résider en zone urbaine parisienne est également un facteur prédictif du recours au DI. Les facteurs prédictifs de non participation au dépistage seraient la faible attention accordée à sa santé, le fait d'avoir déjà renoncé aux soins, un revenu faible, une catégorie socioprofessionnelle peu qualifiée, la ruralité, le statut de locataire.

Dans les études qualitatives, les motifs évoqués par les femmes pour ne pas participer au dépistage sont avant tout liés au fait de ne pas se sentir concernée. Ce comportement serait induit par la peur de la maladie générant un comportement de fuite pouvant se traduire par du fatalisme, de la négligence ou l'impression d'être en bonne santé. Le manque de temps pour s'occuper de soi du fait des contraintes sociales, familiales, voire médicales (autre pathologie) est également évoqué. A l'inverse, les femmes qui participent au DO le font parce qu'elles y ont été incitées par leur médecin, d'autres professionnels de santé ou des proches. En second lieu, elles se disent préoccupées par leur santé ou la peur de la maladie. L'avantage de la gratuité est évoqué mais n'apparaît pas comme le premier motif de recours au DO. Il en est de même pour la qualité du dépistage (seconde lecture). D'autres éléments sont cités comme le fait que l'invitation reçue soit incitative, le civisme ou la sensation de participer à un acte d'intérêt collectif.

Enfin, les facteurs d'adhésion au DI sont moins souvent étudiés et plus diffus. On y trouve dans deux études le doute sur la qualité du DO (un dépistage à « vocation sociale ») ou la valorisation de la qualité du DI (mammographie associée à l'échographie). Le suivi d'une prescription médicale avec incitation du médecin et une certaine prise d'habitude vis-à-vis du DI sont également évoqués.

Les résultats sur l'âge sont contrastés mais font globalement apparaître une difficulté à entrer dans le DO (âge 50-54 ans) et une diminution de participation aux âges élevés (70-74 ans).

Pour améliorer le taux de participation des femmes ne bénéficiant ni du DO ni du DI, plusieurs pistes ont été identifiées dans la littérature:

- Le dépistage doit être relayé par les acteurs de santé, en particulier par les médecins généralistes, pour les patientes en milieu rural ou défavorisé. Le médecin doit s'assurer que les enjeux du dépistage sont bien compris, être insistant (information, relances, etc.) et contrôler la réalisation effective de l'examen.
- Les contraintes sociales/familiales et l'image de soi sont souvent évoquées pour expliquer le non recours. Il convient donc de favoriser les messages de valorisation de soi, un accès de proximité, si possible sans rendez-vous, ainsi que de mettre en avant le caractère insidieux de la pathologie, l'intérêt du caractère précoce du dépistage.

Pour orienter vers le DO les femmes ayant recours au DI, plusieurs éléments sont à privilégier, dont certains sont en cours de mise en œuvre:

- Rompre avec l'image « sociale » du DO, en insistant sur son niveau de qualité supérieur. Les messages actuels ne paraissent pas être suffisants de ce point de vue.
- Clarifier/expliciter la différence entre DO et DI chez les femmes qui ne sont pas en capacité d'identifier qu'elles sont dans une situation de DI dès lors qu'une prescription est effectuée par leur médecin.
- Evaluer la place de l'échographie dans les représentations individuelles concernant la qualité du dépistage et, le cas échéant, renforcer la communication sur la place de l'échographie en DO, systématiquement pratiquée dès lors qu'elle est nécessaire.

► Perceptions des professionnels de santé

La base sénolog montre qu'en 2009, les gynécologues étaient les principaux prescripteurs du DI (60,1%) suivis des médecins généralistes (31,7%).

Les études concernant les facteurs de non participation au DO des professionnels de santé sont peu nombreuses, particulièrement concernant les gynécologues et les radiologues.

Les médecins généralistes connaissent le DO et y sont plutôt favorables, mais ne le proposent pas systématiquement à leur patientèle. Ils sont globalement satisfaits des conditions de réalisation du DO, notamment concernant les délais et le rendu des résultats. Pour expliquer la non participation, ils évoquent les réticences de leurs patientes. Ils ont du mal à

apprécier leur rôle dans la trajectoire de soins de prévention de leurs patientes (femmes souvent directement suivies par un gynécologue, invitations au DO reçues directement par les femmes à leur domicile) et se sentent parfois exclus du dispositif.

La position des gynécologues est proche de celle des médecins généralistes. Quelques spécificités apparaissent néanmoins, notamment le fait qu'ils considèrent qu'ils peuvent effectuer la seconde lecture des mammographies et qu'ils adressent globalement peu leurs patientes au programme de DO. Les réticences des gynécologues pour inciter au DO sont liées au sentiment de « perdre le contrôle » sur la procédure, au caractère jugé inadapté du DO du fait des caractéristiques de la femme (ex. âge, facteurs de risque) ou de la périodicité imposée, à l'habitude prise de prescrire un DI avant 50 ans et à l'image de dépistage à caractère social et de moindre qualité du DO (gratuité, horaires spécifiques, choix limité du radiologue, matériel utilisé par les radiologues différent de celui du DI).

Les radiologues considèrent que le DO a nettement favorisé l'accès au dépistage (notamment pour les femmes de plus de 65 ans peu suivies sur le plan gynécologique, les femmes en milieu rural et les femmes en situation socio-économique défavorisée) et que les femmes suivies par un gynécologue auraient une tendance forte à rester dans le dispositif de DI. Pour eux, les principales difficultés rencontrées avec le DO concernent la 2ème lecture (parfois difficile à accepter), la rémunération est évoquée par les praticiens de secteur 2, les limites du protocole chez les femmes ayant des seins denses, l'accès à la formation, et l'atteinte des quotas pour les 2èmes lecteurs.

► **Freins institutionnels, organisationnels ou financiers**

Les délais d'attente pour les résultats de la 2ème lecture ont été identifiés comme un facteur contribuant à freiner le recours au DO.

Les difficultés organisationnelles (modalités de financement, manque de personnel, restructuration) rencontrées par les structures de gestion peuvent également en partie expliquer les différences dans les taux de participation au niveau des départements. Le défaut de pilotage au niveau régional a également été souligné. Le renforcement de ce dernier pourrait permettre de réduire l'hétérogénéité des pratiques départementales et donner une cohérence régionale au DO.

Les actions de communication en direction des professionnels de santé ou des femmes ne sont pas toujours suffisantes ou adaptées.

Des difficultés exogènes, comme un déficit au plan de la démographie médicale de radiologues dans certaines zones, pourraient également expliquer le faible taux de participation au DO.

► **Liaison entre la participation par département et les caractéristiques du département**

Une étude statistique des facteurs permettant d'expliquer les différences de taux de participation au DO entre les départements a été réalisée par la HAS.

Cette étude a montré que les départements (hors Paris et Haut de Seine¹²) dans lesquels la richesse économique est élevée ont un taux de participation au DO plus élevé. Le taux de participation au DO est plus faible dans les départements où les inégalités de revenus sont élevées.

Le taux de participation au DO est significativement plus faible dans les départements à forte densité de gynécologues, bien que la force de cette relation soit faible. Un nombre important de gynécologues peut davantage conduire les femmes à s'orienter vers le DI plutôt que vers le DO.

L'analyse a conduit à deux résultats contre-intuitifs :

- une relation négative entre l'année d'entrée des départements dans le programme de DO et le taux de participation. Dans les départements entrés après 2002 dans le programme de DO les taux de participation sont plus élevés. Les facteurs explicatifs de cette relation restent à identifier (volonté de rattrapage induisant une plus forte mobilisation, plus de ressources, meilleure organisation, pas d'impact négatif des expérimentations initiales, etc.).
- les départements dans lesquels la proportion de femmes âgées de 70 à 74 ans est plus forte ont un taux de participation plus élevé, alors que les données de l'Assurance maladie analysées ont fait apparaître un plus faible taux de participation chez ces femmes.

La typologie des départements métropolitains (fondée sur les taux de participation au DO, l'indice d'inégalités, la part de femmes de 70-74 ans dans la population cible et la densité de gynécologues) fournit une répartition en trois groupes. Un groupe comprend douze départements qui ont un taux de participation au DO significativement plus faible que le taux moyen de participation au niveau national (55,7%). Ces départements sont caractérisés par des inégalités de revenus plus élevées que la moyenne,

¹² Ces départements ont été exclus de l'analyse car leurs caractéristiques étaient très différentes des autres départements. Ils comportaient à la fois une très faible participation au DO et une richesse économique très élevée.

une population cible plus jeune (part plus faible que la moyenne des femmes de 70 à 74 ans) et une densité plus élevée en gynécologues.

1.10 Scénarios d'évolution de la situation actuelle

► Méthode et objectif

Conformément à la saisine initiale, la HAS a comparé les coûts et les résultats d'une situation correspondant au maintien de la situation actuelle (coexistence DO/DI) à ceux d'une situation correspondant au passage au DO seul (situation cible ou SC)¹³.

L'indicateur de résultat considéré est le nombre de cancers dépistés (résultat intermédiaire du dépistage). Le calcul des coûts prend la forme d'une étude d'impact budgétaire (AIB), limitée à la prise en compte des coûts médicaux directs du dépistage, du point de vue de l'assurance maladie et du point de vue de la société (i.e. conséquences sur les femmes et/ou l'assurance complémentaire).

► Valorisation de la situation actuelle (coexistence DO-DI) et de la situation cible (passage au tout DO)

Situation actuelle « coexistence DO-DI » (S0)

Dans la situation actuelle « coexistence DO-DI », 19 060 cancers sont dépistés sur une année (dont 16 010 en DO et 3 050 en DI). Le coût du dépistage (DO+DI) tous financeurs a été évalué à 218,4 millions d'€ (dont 180,8 millions pour le seul DO) comprenant le coût de la 2^{ème} lecture, auquel il convient d'ajouter 35,2 millions d'€ pour le fonctionnement des structures de gestion (invitation, relance, recueil des données, suivi des cas positifs...). Ce scénario a servi de point de comparaison.

Le maintien de la situation actuelle pose la question de l'absence de suivi des modalités et de la qualité du DI qui induit vraisemblablement des dépistages à des fréquences non recommandées, une moindre détection

¹³ La situation de passage intégral au dépistage individuel n'a pas été évaluée pour des raisons méthodologiques et liées à la qualité des données disponibles pour le DI :

- Le DI intégral correspondrait à un retour à la situation française avant la mise en place du DO et il n'est pas possible d'évaluer l'ampleur de la diminution du taux de participation induite (en l'absence d'invitation) ainsi que du nombre de cancers dépistés ;
- L'égalité d'accès au dépistage ne serait plus assurée (reste à charge en DI et dépassements d'honoraires) ;
- Les données disponibles pour le DI sont fragiles et ne peuvent être estimées qu'en référence à celles connues pour le DO, en l'absence de recueil et de suivi systématique.

Enfin, l'analyse des données disponibles ont montré que le DO présentait, par rapport au DI, des avantages en termes de santé publique qu'il n'est pas possible de quantifier dans une analyse d'impact budgétaire.

d'images anormales en l'absence de 2ème lecture (faux négatifs), des situations de surveillance inutile générant une anxiété importante ou des douleurs liées aux examens pour les femmes (faux positifs), ainsi que des consommations de soins inutiles. Le maintien de la situation actuelle, si elle devait perdurer, devrait *a minima* s'accompagner d'un rappel des engagements des radiologues concernant les bonnes pratiques en matière d'association mammographie-échographie et d'orientation des femmes vers le DO, à chaque fois que cela est possible.

Situation cible « passage au tout DO » (SC)

Dans la situation cible, toutes les femmes qui pratiquent le dépistage entre 50 et 74 ans ont recours au programme national de DO (report total du DI vers le DO).

Par rapport au maintien de la situation actuelle, la situation cible s'accompagne d'une meilleure efficacité médicale qui se traduit par la détection de 283 cas de cancers supplémentaires. Elle est plus coûteuse (+ 9 millions d'€) pour l'assurance maladie (en raison de la prise en charge à 100% de la mammographie ainsi que du coût de la 2ème lecture pour les femmes qui passent du DI vers le DO). Les femmes et les assureurs complémentaires n'ont plus à supporter le ticket modérateur de la mammographie ni les dépassements (-12,2 millions d'€). Au total, tous financeurs, la situation cible avec report total vers le DO diminue le coût de - 3,1 millions d'€ par rapport à la situation actuelle.

Conclusion

Par rapport au maintien de la situation actuelle, la situation cible permet de détecter plus de cancers et de diminuer les coûts. Elle permet également de réduire le nombre de faux négatifs grâce à la 2ème lecture et de faux positifs de l'échographie. La convergence vers cette situation cible doit donc être recherchée. Dans cet objectif, des scénarios de transition, présentés ci-après, ont été proposés, sans présager a priori de la supériorité de l'un d'entre eux.

► Scénarios d'évolution de la situation actuelle permettant d'atteindre de la situation cible

Il s'agit de simuler de manière statique et univariée l'impact d'une modification de l'organisation du dépistage permettant d'atteindre la situation cible par le biais de plusieurs scénarios. Les scénarios analysés ont été les suivants :

- déremboursement du DI (S1) comme préconisé dans plusieurs rapports institutionnels, de manière à donner un signal clair aux professionnels et aux femmes sur le dépistage à privilégier, c'est à dire le DO,

- Intégration du DI dans le processus qualité du DO permettant d'accroître la qualité et le suivi du DI (S2),
- Modification du cahier des charges du protocole de DO (pas de 2ème lecture et échographie en association dans 40% des cas), permettant de faire converger les deux pratiques tout en bénéficiant du rendu rapide des résultats (S3),
- tarification forfaitaire d'un acte unique de dépistage du cancer du sein comprenant la mammographie et une échographie quand elle est indiquée (en DO ou en DI), supprimant les incitations à réaliser une échographie pour raison financière, au profit d'une pratique ajustée sur le cahier des charges du programme (échographie inutile sur seins non denses et classés ACR 1 ou 2 après mammographie) (S4),
- mesures incitatives favorisant une substitution vers le DO visant à replacer les professionnels de santé au cœur du dispositif de dépistage (S5).

Les mesures envisagées dans les scénarios d'évolution ne sont pas exclusives les unes des autres et sont susceptibles d'être combinées, mais elles ont été étudiées séparément afin de pouvoir estimer leur effet propre. La capacité des différents scénarios à atteindre la situation cible est discutée.

Les modifications de comportements inhérentes à ces scénarios sont simulées, sans évaluer la probabilité d'une réalisation effective, ou la possible émergence de comportements stratégiques visant à en limiter/amplifier les effets.

► Résultats

Les principaux résultats de l'analyse sont récapitulés dans les tableaux et le graphique présentés en annexe 2. Les estimations concernant le nombre de cancers dépistés en DI reposent sur des hypothèses fortes mais non vérifiables en termes de valeur prédictive positive des ACR 4 et 5. Il convient donc de les considérer avec précaution.

Scénario « déremboursement de la mammographie de DI » (S1)

Le scénario de déremboursement du DI paraît a priori le plus lisible en termes de politique publique ; il cible les femmes et tous les professionnels de santé en leur donnant un signal fort sur le dispositif à privilégier (à savoir le DO).

Ce scénario a été modélisé avec 4 variantes concernant les taux de report et les taux d'abandon (S1a : report 0%, abandon 0% ; S1b : report 100%,

abandon 0% ; S1c : report 50% abandon 0% ; S1d : report 50% abandon 25%).

Si les femmes ne changent pas de type de dépistage (échec de la stratégie) et restent dans le DI (variante S1a), le déremboursement engendrera un simple report du coût du DI de l'assurance maladie vers les femmes ou les organismes complémentaires pour un total de 20,2 millions d'€, sans impact sur le nombre de cancers dépistés et sur le coût de fonctionnement des structures de gestion.

A l'inverse (variante S1b), le report intégral du DI vers le DO (succès total de la stratégie) conduirait à un nombre plus important de cancers dépistés (+283 du fait de la double lecture) que dans la situation actuelle avec une diminution du coût tous financeurs de 3,2 milliards d'€ dont 9 millions d'€ d'augmentation des coûts du dépistage pour l'assurance maladie et 12,2 millions d'€ de diminution du reste à charge pour les femmes ou les complémentaires (prise en charge à 100% des mammographies de dépistage organisé et absence de dépassement d'honoraires). Il n'est pas possible, compte tenu des données disponibles, d'évaluer précisément l'augmentation du coût de fonctionnement des structures de gestion qui résulterait du report intégral du DI vers le DO.

Avec un report de la moitié des femmes seulement vers le DO et sans abandon du DI pour les autres (variante S1c), le déremboursement du DI conduirait à une diminution du coût total du dépistage de -1,6 millions d'€ pour 141 cancers supplémentaires dépistés. Dans cette hypothèse, le coût de fonctionnement des structures de gestion augmenterait dans une proportion qu'il n'est pas possible d'évaluer.

On peut néanmoins s'attendre à ce qu'une partie des femmes abandonne le DI sans se reporter vers le DO si un déremboursement est instauré. Avec un taux de report de 50% du DI vers le DO et un taux d'abandon 25% (variante S1d), le nombre de cancers dépistés diminuerait de - 621 pour une baisse de coût tous financeurs de 11 millions d'€. Dans cette hypothèse, le coût de fonctionnement des structures de gestion augmenterait vraisemblablement mais dans une proportion qu'il n'est pas possible d'évaluer. Ici, le déremboursement s'accompagnerait d'une forte baisse de l'efficacité médicale du fait de la forte baisse du nombre de cancers dépistés.

Le scénario de déremboursement du DI (S1) permet d'atteindre la situation cible dans ses variantes comportant un fort taux de report et un faible taux d'abandon. Toutefois, il présente les risques ou inconvénients suivants :

- Il est très sensible au taux du report du DI vers le DO et au taux d'abandon du dépistage qui sont des variables inconnues ;

- Il n'est pas possible, compte tenu des données disponibles, d'évaluer précisément l'augmentation du coût de fonctionnement des structures de gestion qui résulterait du report de tout ou partie des femmes pratiquant actuellement le DI vers le DO ;
- Le déremboursement est une mesure qui pèse financièrement sur les femmes, les organismes complémentaires ne prenant généralement pas en charge les actes totalement déremboursés. Son acceptabilité par les femmes et par une partie des professionnels de santé est peu probable, ce qui pourrait générer des messages ou interprétations peu lisibles et contradictoires par rapport à l'intérêt du dépistage du cancer du sein après 50 ans. Le déremboursement du DI peut entraîner des abandons du dépistage du cancer du sein (doute sur son utilité) qui peut diminuer la participation globale des femmes au dépistage du cancer du sein ;
- il devrait potentiellement être appliqué aux femmes de moins de 50 ans à risque moyen mais, dans ce cas, une stratégie de dépistage des femmes à haut risque de développer un cancer du sein (quel que soit leur âge) est nécessaire (travail en cours à la HAS) ;
- pour être effectif, le déremboursement du DI nécessite une modification de la nomenclature de l'assurance maladie permettant de distinguer les mammographies pratiquées pour suivi ou diagnostic continuant à être remboursées et celles pratiquées dans le cadre d'un DI. Néanmoins, une hausse importante du nombre de mammographies pour diagnostic, par substitution à des prescriptions de DI « requalifiées », pourrait être observée.

Scénario « Intégration du DI dans le processus qualité du DO » (S2)

Le scénario « Intégration du DI dans le processus qualité du DO » cible les radiologues pratiquant le DI en instaurant un contrôle et un suivi du résultat des mammographies de DI. Il permettrait de dépister 274 cancers supplémentaires par rapport à la situation actuelle, mais générerait un surcoût de 3,1 millions d'€ tous financeurs (2,9 millions d'€ pour l'assurance maladie). Ce scénario est plus coûteux que le scénario 0 (+ 3,2 millions d'€ tous financeurs) et a fortiori que la situation cible (+ 6,3 millions d'€) pour un nombre de cancers dépistés identique.

Les modalités organisationnelles et le rôle des structures de gestion dans l'organisation de la 2^{ème} lecture resteraient à déterminer. C'est notamment pour cette raison, que l'impact de ce scénario sur le coût de fonctionnement des structures de gestion n'a pu être évalué.

Ce scénario présente l'inconvénient de créer de l'ambiguïté dans les messages diffusés auprès des femmes et pourrait donc conduire à une diminution de la participation au DO même si, en parallèle, il améliore la qualité et la traçabilité du DI. La possibilité de mettre en place une 2^{ème}

lecture uniquement pour les ACR3 en DI a donc été évoquée par le groupe de travail.

Scénario « Modification du cahier des charges du protocole de DO » (S3)

Le scénario « Modification du cahier des charges du protocole de DO » permet de répondre à la remise en cause par certaines femmes et professionnels de l'organisation du DO supposée lourde du fait de la 2^{ème} lecture et de l'absence de rendu immédiat des résultats.

La modification du cahier des charges du protocole de DO dépiste moins de cancers (-1596) que la situation actuelle et, a fortiori que la situation cible (efficacité médicale très éloignée de la situation cible), du fait :

- d'une part, d'un moindre recours à un second acte de dépistage après une mammographie normale (échographie dans 40% des cas versus 2ème lecture pratiquée chez 96,6% des femmes) et,
- d'autre part, d'une performance moindre de l'échographie par rapport à la 2^{ème} lecture pour détecter les faux négatifs de la mammographie.

Ce scénario est moins coûteux pour l'assurance maladie (-7,1 millions d'€) mais plus coûteux pour les femmes et les complémentaires (+ 2,5 millions d'€) que la situation actuelle. Dans ce scénario, les missions des structures de gestion devraient évoluer dans la mesure où elles ne coordonneraient plus les 2èmes lectures. On peut postuler que leur coût total de fonctionnement diminue mais, compte tenu des données disponibles, il n'est pas possible d'évaluer dans quelle proportion.

Scénario « tarification forfaitaire ' dépistage du cancer du sein ' » (S4)

Le scénario « tarification forfaitaire ' dépistage du cancer du sein ' » cible les radiologues en les incitant à ne pratiquer des échographies en association que lorsqu'elles sont médicalement justifiées.

Il n'augmenterait pas le nombre de cancers dépistés et s'avère coûteux (+ 24,8 millions d'€) pour l'assurance maladie avec une hypothèse de forfait de + 20 % par rapport au tarif actuel de la mammographie en DO et en DI. L'acceptabilité par les professionnels de santé d'un forfait facturé à iso-coût pour l'assurance maladie (soit un forfait facturé avec seulement 5,6% de plus que le tarif de la mammographie) est faible. Le niveau acceptable par rapport à la situation actuelle reste à déterminer et, pour être incitatif, il devrait s'accompagner d'une absence de possibilité de dépassement tarifaire en DI. Ce forfait, s'il était assorti d'une prise en charge à 100% en DO, avec tiers payant, aurait l'avantage d'améliorer le taux de participation au DO des femmes défavorisées qui renoncent actuellement à se faire dépister pour des raisons financières (à cause de l'avance des frais et/ou du reste à charge de l'échographie lorsqu'elles n'ont pas de complémentaire santé). Plus généralement, la gratuité de l'ensemble du processus de dépistage en DO (y compris les micro et macro biopsies) jusqu'au diagnostic

devrait être étudiée. Enfin, dans ce scénario, il n'est pas possible, compte tenu des données disponibles, d'évaluer précisément l'augmentation du coût de fonctionnement des structures de gestion qui résulterait du report de tout ou partie des femmes pratiquant actuellement le DI vers le DO.

Scénario « mesures incitatives en faveur du DO » (S5)

Le scénario « mesures incitatives en faveur du DO » a pour objectif de remettre les médecins généralistes et gynécologues au cœur de la politique de dépistage et d'améliorer le suivi des femmes. Il est supposé que les mesures incitatives permettent d'améliorer le taux de participation au DO par basculement du DI vers le DO : il n'y a pas d'abandon en raison du maintien des taux de remboursement actuels et de la possibilité de prescription d'un DI même si elle n'est pas recommandée.

Ce scénario, en cas de report non nul vers le DO, permet de converger vers la situation cible. Le nombre de cancers dépistés supplémentaires et le coût supplémentaire sont proportionnels au taux de report vers le DO (à taux de dépistage global DO+ DI constant). Il permettrait de dépister de 71 à 283 cancers supplémentaires en faisant varier le taux de report de 25% (variante S5c) à 100% (variante S5b). Avec un taux de report de 50% (variante S5d), le coût total tous financeurs diminuerait de - 1,7 millions d'€ (mais + 4,5 millions d'€ pour l'assurance maladie). Il n'est pas possible, compte tenu des données disponibles, d'évaluer précisément l'augmentation du coût de fonctionnement des structures de gestion qui résulterait du report intégral du DI vers le DO.

Pour être effectif, ce scénario impliquerait des modifications organisationnelles permettant aux médecins de prescrire directement et facilement une mammographie de DO en utilisant le libellé « mammographie de dépistage organisé, échographie si nécessaire », sans possibilité de dépassement d'honoraires par les radiologues. Les radiologues seraient incités à substituer le plus souvent possible le DI par du DO et à expliquer aux femmes l'intérêt de la démarche (2^{ème} lecture). Le taux de report dans le cadre de ce scénario est incertain, mais il pourrait probablement être augmenté en introduisant une/des incitation(s) financière(s) en direction des femmes (forfait non remboursable en DI si modification de la CCAM et/ou remboursement à 100% de l'échographie en DO).

► Conclusion

L'analyse a montré que la suppression de la coexistence DO-DI permettrait, par rapport au maintien de la situation actuelle, de détecter 283 cas de cancers supplémentaires et de diminuer les coûts tous financeurs de 3,1 millions d'€. Le report intégral des femmes de la population cible doit donc être recherchée. Cet objectif converge par ailleurs avec les conclusions de l'analyse de la littérature et des données disponibles qui ont montré que le programme de DO présentait, par rapport au DI, des avantages en termes

de santé publique (en particulier égalité d'accès au dépistage, formation des professionnels de santé, assurance qualité, évaluation, etc.).

En se fondant sur les résultats des scénarios en termes de nombre de cancer dépistés et de coût total tous financeur, il apparaît que :

- les scénarios 2, 3 et 4 s'éloignent de la situation cible en augmentant les coûts (S2 et S4) ou en diminuant le nombre de cancers dépistés (S3) ;
- le scénario S1 permettrait de converger vers la situation cible, à condition que le taux d'abandon soit très faible (dès lors que le taux report vers le DO des femmes pratiquant le DI compense leur taux d'abandon du dépistage¹⁴). Plus le taux de report des femmes est important plus l'on se rapproche de la situation cible.
- le scénario S5 (mesures incitatives pour favoriser la prescription en DO avec un report non nul) permet également de converger vers la situation cible sans présenter l'inconvénient de générer l'abandon du dépistage d'une partie des femmes.

Les principales limites de l'évaluation sont liées à l'absence de données concernant le DI, à l'indicateur de résultat retenu (nombre de cancers dépistés sans prise en compte des effets des sur-diagnostics ou sur-traitements) ainsi qu'à la non intégration des coûts des structures de gestion (35,2 millions d'€ en 2008).

Ces scénarios sont des hypothèses de travail pouvant être combinées. A partir de cette analyse, le groupe de travail a retenu 4 pistes d'évolution possibles :

- mettre les médecins au cœur du dispositif de DO en leur permettant de le prescrire et de disposer d'indicateurs de suivi de leur patientèle (scenario 5);
- étudier le niveau de tarification adéquat pour un forfait de prise en charge mammographie + échographie en DO en fonction d'un taux cible d'échographies restant à déterminer ;
- rembourser à 100% l'échographie lorsqu'elle est pratiquée dans le cadre d'un DO ;

¹⁴ Dès lors que 8,5% des femmes qui pratiquaient le DI décident d'abandonner le dépistage quelle qu'en soit sa modalité, il est nécessaire que toutes les autres femmes qui pratiquaient le DI se reportent vers le DO afin que le nombre de cancers dépistés demeure au moins équivalent à celui de la situation actuelle. Ainsi, sur les 435 060 femmes pratiquant le DI, si 36 980 abandonnent le dépistage, il est nécessaire que les 398 080 autres femmes se reportent toutes sur le DO pour maintenir un nombre de 19 060 cancers dépistés en France.

- après modification de la nomenclature CCAM et mise en place des procédures incitatives, dérembourser totalement ou au moins partiellement le DI (en introduisant par exemple une participation forfaitaire des femmes) en accompagnant cette mesure d'un message clair concernant le moindre intérêt médical du DI par rapport au DO chez les femmes qui ne présentent pas de haut risque de cancer du sein (en particulier du fait de l'absence de 2ème lecture et de suivi des résultats). Au delà du signal fort adressés à l'ensemble des professionnels sur le dispositif de dépistage à privilégier, les 2 principales conséquences de cette mesure sur les professionnels de santé seraient :
 - l'impossibilité pour eux de pratiquer des dépassements tarifaires sur les mammographies de dépistage ;
 - de devoir justifier auprès des femmes invitées *via* le DO et qui acceptent de se faire dépister, les raisons pour lesquelles ils ne les incluent pas dans le programme.

Recommandations

Fondements et objectifs

L'évaluation de la participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans menée par la HAS a permis de dresser les constats suivants :

- Un programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été instauré en 2004. Cette décision s'est fondée sur l'appréciation au niveau collectif de la balance bénéfico-risque associée au dépistage par mammographie, compte tenu de la baisse attendue des taux de mortalité par cancer du sein associée à cette procédure ;
- Il existe une controverse autour de l'intérêt du dépistage du cancer du sein par mammographie dont les conclusions ne sont pas tranchées en 2011 :
 - l'existence d'un certain nombre de sur-diagnosics, sur-traitements et d'effets anxiogènes associés au dépistage, en cas de résultats faussement positifs, est unanimement reconnue. Elle est inhérente à toute procédure de dépistage ;
 - par ailleurs la balance bénéfico-risque est d'autant plus défavorable que le dépistage concerne des femmes jeunes et/ou sans facteurs de risque ;
 - l'impact des programmes sur la mortalité est confirmé mais serait plus faible qu'attendu.
- Les femmes susceptibles de tirer avantage du dépistage du cancer du sein et qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier de la procédure qui présente les meilleures garanties de qualité possible, associée à une utilisation optimale des ressources financières disponibles et à une évaluation rigoureuse :
 - le programme national de dépistage organisé répond à ces exigences : par son caractère systématique et ses modalités d'invitation, le dispositif permet de garantir un égal accès de toutes les femmes de la population cible à cette mesure de prévention ;
 - le dépistage individuel, qui coexiste en France avec le programme national de dépistage organisé, est à ce jour difficilement quantifiable et ne peut être évalué ni au plan de son efficacité ni de son efficience. Il répond à certaines règles de contrôle technique mais ne bénéficie pas des garanties liées au contrôle qualité de tout programme organisé. Par ailleurs, il ne touche que les femmes de la population cible les mieux suivies au plan médical et/ou celles en situation socio-économiques favorisée.

- Jusqu'à présent, la participation au programme de dépistage organisé était considérée comme insuffisante au regard des objectifs fixés. Toutefois, le taux global de participation au dispositif de DO masque des réalités contrastées en fonction des territoires et/ou des populations:
 - la participation est satisfaisante et proche des objectifs dans de nombreux départements ;
 - elle est faible dans des territoires bien identifiés, en particulier fortement urbanisés et caractérisés par de fortes densités médicales (en gynécologues et radiologues libéraux) et, ces taux faibles de participation (en partie compensés par un recours élevé au dépistage individuel) ont un impact important sur le taux global ;
 - elle n'est pas satisfaisante pour les classes d'âge de la population cible les plus jeunes (juste après 50 ans) et les plus âgées (de 70 à 74 ans), en raison :
 - d'un recours important au dépistage individuel avant 50 ans et d'une transition de ces femmes vers le DO qui s'effectue très progressivement ;
 - d'une vraisemblable démobilisation des femmes les plus âgées en lien avec l'arrêt du suivi gynécologique et/ou de difficultés pour le programme à fidéliser les femmes.
 - elle devrait être augmentée chez les femmes en situation de précarité et/ou socio-économiquement défavorisées¹⁵.
- L'adhésion des professionnels de santé au dépistage organisé joue un rôle fondamental dans la participation des femmes au dépistage et dans le choix du dispositif (organisé ou individuel) sur lequel les femmes n'ont généralement aucune visibilité et ne maîtrisent pas les éléments décisifs du choix ;
- Des actions sont nécessaires en direction des acteurs institutionnels et associatifs du dépistage afin d'améliorer la performance organisationnelle du programme de dépistage organisé et de faciliter son évaluation pour permettre son amélioration continue, en particulier par le renforcement de son pilotage.

¹⁵ A cet égard, le Plan Cancer 2009-13 précise que « Des dépistages organisés de certains cancers, du sein pour les femmes et du colorectal pour les deux sexes, sont systématiquement proposés tous les deux ans aux personnes de 50 à 74 ans en France. Ces dépistages doivent respecter des contraintes fortes de qualité et de sécurité et leur impact dépend de la participation. Malgré une nette progression, leur intérêt n'est pas encore suffisamment compris. De nouvelles stratégies doivent être déployées afin que le plus grand nombre y participe, notamment pour limiter autant que possible les effets des inégalités sociales qui freinent la participation à ces dépistages. ».

Les présentes recommandations de la HAS visent à :

- rendre lisible la politique de dépistage du cancer du sein en France et faciliter son appropriation par les professionnels de santé et les femmes ;
- favoriser les bonnes pratiques professionnelles ;
- rationaliser les consommations de soins et l'utilisation des ressources collectives ;
- favoriser l'accès pour toutes les femmes à un dispositif de santé publique de qualité et limiter le renoncement à la prévention et aux soins ;
- remettre les professionnels de santé au cœur du dispositif ;
- améliorer l'efficacité et l'efficience du dépistage du cancer du sein.

Détail des recommandations

► Information des femmes

1. **La HAS recommande de s'assurer que les conditions sont réunies pour permettre un choix libre et éclairé des femmes concernant leur participation ou non au dépistage du cancer du sein, quelle qu'en soit la modalité (dépistage individuel ou dépistage organisé).**

Pour ce faire, la HAS recommande de :

- Synthétiser et mettre à jour régulièrement les informations relatives aux bénéfices et aux risques du dépistage, puis les communiquer aux professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues et radiologues) soit directement via des campagnes nationales, soit via une communication ou des actions déclinées au niveau régional ou local ;
- Compléter le niveau de connaissance et d'information des femmes sur le dépistage du cancer du sein après 50 ans (information scientifique sur les bénéfices et risques, pouvant notamment accompagner la lettre d'invitation au dépistage).

► Codification des actes de mammographie

2. **La HAS recommande une évolution de la codification des actes de mammographie qui distinguerait :**

- **mammographies de dépistage organisé ou réalisées chez les femmes présentant des facteurs de risque de cancer du sein impliquant un haut risque de développer un cancer du sein¹⁶ ;**
- **mammographies de dépistage réalisées sur prescription (i.e. dépistage individuel chez des femmes ne présentant pas de facteur de risque impliquant un haut risque de cancer du sein) ;**
- **autres mammographies, en dehors des situations de dépistage ;**

La HAS rappelle aux radiologues qu'ils doivent s'assurer que le code des mammographies de dépistage qu'ils réalisent chez les femmes présentant des facteurs de risque de cancer du sein impliquant un haut risque de développer un cancer du sein (i.e. femmes à haut risque de cancer du sein),

¹⁶ Une évaluation, actuellement en cours à la HAS, a pour objectif d'évaluer l'intérêt du dépistage du cancer du sein pour chaque facteur de risque et combinaisons de facteurs de risque et, si la pertinence est démontrée d'en préciser les modalités de dépistage – cf. note de bas de page n°4.

quel que soit leur âge, leur permette de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur, tel que prévue actuellement par la CCAM¹⁷.

La recommandation n°2 poursuit un triple objectif :

- clarification et lisibilité pour les professionnels de santé permettant de faire correspondre les actes aux situations médicales dans le respect du secret médical ;
- équité dans la prise en charge : exonération du ticket modérateur pour les femmes présentant un ou des facteurs de risque de cancer du sein (i.e. leur seul âge ou un tout autre facteur de risque ou combinaison de facteurs de risque impliquant un haut risque de développer un cancer du sein) ;
- possibilité d'évaluer l'importance des pratiques de dépistage individuel, celui-ci ne faisant l'objet d'aucun retour d'informations et donc d'aucune évaluation possible à ce jour.

► Orientation des femmes vers le DO et limitation du DI

3. La HAS recommande que les femmes, susceptibles de tirer avantage du dépistage du cancer du sein et qui souhaitent en bénéficier, soient orientées vers le programme organisé par les professionnels de santé.

Information et actions ciblées, amélioration de l'attractivité du DO :

La HAS recommande aux pouvoirs publics de mettre en œuvre des actions permettant de :

- Changer l'image du programme organisé de façon ciblée :
 - Distinguer et décliner les actions et supports d'information et de communication :
 - à destination des femmes ne bénéficiant ni du DO ni du DI,
 - à destination de celles ayant recours au DI,
 - en tenant compte des situations locales (en particulier en fonction des taux de participation au DI et au DO).

¹⁷ La CCAM actuelle prévoit en effet, que les mammographies de dépistage (codées QEQK004) concernent les mammographies effectuées dans le cadre du DO ou les mammographies de dépistage réalisée chez une femme avec facteurs de risque par un radiologue ayant adhéré à une structure en charge du DO, ayant signé la convention avec les caisses d'assurance maladie et respectant le cahier des charges national. En théorie, cela implique une exonération du ticket modérateur pour les femmes avec facteurs de risque quel que soit leur âge. En pratique, cette modalité est peu connue des radiologues et les mammographies de dépistage individuel réalisées chez les femmes avec facteurs de risque seraient codées QEQK001 ou QEQK005 impliquant une prise en charge partielle par l'Assurance maladie pour ces femmes.

- Accompagner les actions d'information et de communication, pour les femmes non dépistées et/ou des territoires à faible participation au dépistage, d'actions de promotion et d'éducation à la santé associant les publics concernés.
- Proposer des actions et supports de communication spécifiques :
 - aux femmes ayant déjà bénéficié d'une mammographie de dépistage afin de maintenir/atteindre un taux de fidélisation des femmes élevé,
 - aux femmes de plus de 60-65 ans afin de lutter contre leur désinvestissement au regard de la prévention et du dépistage en particulier.
- Convaincre et emporter l'adhésion des professionnels de santé vis-à-vis du DO :

La HAS rappelle que les femmes n'ont généralement aucune visibilité et ne maîtrisent pas les éléments décisifs du choix du dispositif de dépistage (individuel ou organisé). De ce point de vue, la HAS recommande que soit rappelée aux professionnels de santé, radiologues, gynécologues et médecins généralistes (en particulier s'ils sont médecins traitants) l'influence décisive qu'ils ont sur les femmes vis-à-vis de la démarche de dépistage et dans l'orientation vers le programme organisé ou vers le DI.
- Gynécologues et médecins traitants :
 - Développer les actions et supports d'information et de communication ainsi que les formations (initiale et développement professionnel continu [DPC]) destinés aux gynécologues et aux médecins généralistes : intérêt, limites et modalités du DO, conditions et modalités de recours au DI ainsi que freins à la participation au dépistage et, plus généralement, déterminants sociaux de la participation aux actions de prévention et promotion de la santé ;
 - Associer les médecins traitants et les gynécologues plus étroitement aux processus d'élaboration des contenus des messages d'information et de communication relatifs au DO ;
 - Repréciser leur rôle vis-à-vis du DO :
 - Inciter les femmes (qui souhaitent se faire dépister et sont éligibles au programme) à participer au DO et, le cas échéant, s'assurer de la réalisation effective du dépistage ;
 - Prescrire directement dans le cadre du DO (cf. recommandation n° 4) ;
 - S'assurer de la bonne prise en charge des femmes en cas de résultat positif du dépistage, en lien avec la structure de gestion ;

- Radiologues (renforcement de leur implication dans le DO) :
 - rappel ciblé sur les radiologues peu participants au DO de leurs engagements de bonne pratique¹⁸ (orientation vers le DO, indications des mammographies en association à l'échographie), *via* un contact pris par la structure de gestion dans le cadre d'un dialogue confraternel ou, le cas échéant, avec l'Assurance maladie,
 - accès facilité aux formations dédiées au DO (formation initiale et DPC),
 - soutien, au plan local, aux associations de radiologues à caractère confraternel.

Incitations et évolutions organisationnelles :

Afin de rendre le dispositif plus attractif et plus souple, la HAS recommande pour le DO les évolutions suivantes :

- Prescription/demande au radiologue de mammographies de DO par tous les médecins généralistes et gynécologues *via* le libellé « Mammographie de dépistage organisé », éventuellement complété par « échographie si jugée nécessaire » et généralisation des outils facilitant l'inclusion des femmes dans le DO (formulaires d'invitation, site internet sécurisé, etc.)
- Transmission systématique des résultats (quels qu'ils soient) de la mammographie de DO (réalisée sur invitation de la structure de gestion) au médecin traitant et au gynécologue (si la patiente l'accepte).
- Améliorer l'inclusion des femmes dans le programme organisé par les médecins traitants :
 - retour systématique d'informations (données agrégées sur les pratiques de dépistage, les prescriptions de mammographie de DO) à intervalles réguliers,
 - objectif de santé publique relatif au dépistage du cancer du sein fixé dans le cadre conventionnel portant sur la participation au DO plutôt que sur la participation globale au dépistage ;
 - association/intégration dans les processus d'invitation des femmes et de gestion des relances.
- Evaluer la possibilité de proposer un dispositif d'incitation(s) visant à associer les gynécologues de façon plus active au DO. Ce point est à discuter dans le cadre de la mise en place d'un éventuel paiement à la performance pour les médecins spécialistes.

¹⁸ concrétisés par l'Accord de Bon Usage des Soins (ACBUS) relatif à la mammographie du 23 Juin 2006.

- Sur des territoires spécifiques (Paris et une partie des départements d’Ile-de-France ainsi que dans quelques métropoles), porter la plus grande attention à la conformité des pratiques des radiologues, au respect des seuils minimaux d’activité et de la part de l’activité devant être consacrée au DO et au respect du cahier des charges du programme organisé. En cas de maintien de pratiques contraires aux principes de la convention signée dans le cadre du DO, l’agrément peut être retiré.
- Prendre en charge à 100% avec tiers payant l’échographie lorsqu’elle est pratiquée dans le cadre du programme de DO¹⁹.

Limitation des pratiques de dépistage individuel dans la population cible du DO :

Au-delà de l’ensemble des recommandations qui précèdent et qui devrait avoir pour effet de limiter le recours au dépistage individuel dans la population cible du DO et d’accroître le taux de participation au DO sans dégrader le taux de participation global au dépistage du cancer du sein, la HAS recommande la non prise en charge financière progressive été accompagnée de l’acte de dépistage individuel chez les femmes de 50 à 74 ans ne présentant pas de facteur de risque impliquant un haut risque de cancer du sein

La recommandation n°2 relative à la modification de la CCAM constitue une étape préalable indispensable à la mise en œuvre de la non prise en charge financière de cet acte.

La mesure adresserait aux femmes et aux professionnels de santé un signal sur le dispositif à privilégier (i.e. le DO) pour cette tranche d’âge.

Toutefois, son acceptabilité n’étant pas connue, elle devra s’accompagner d’actions de communication d’envergure sur les avantages du DO par rapport au DI afin de ne pas :

- générer, dans la population et parmi les professionnels de santé, des messages peu lisibles et contradictoires par rapport à l’intérêt du dépistage du cancer du sein après 50 ans (pouvant conduire à une diminution de la participation globale des femmes au dépistage et y compris au programme organisé) ;
- induire des stratégies de contournement avec la prescription de l’acte « autres mammographies, en dehors des situations de dépistage » en lieu et place de « mammographies de dépistage sur prescription ».

Les recommandations à venir de la HAS²⁰ concernant les femmes à haut risque de développer un cancer du sein permettront d’aider les

¹⁹ surcoût estimé à environ 3 millions d’€ pour l’assurance maladie en 2011.

professionnels de santé à identifier les femmes de leur patientèle dont le niveau de risque de cancer du sein (résultant d'un ou de la combinaison de facteurs de risque) justifie un dépistage spécifique. Les modalités de ce dépistage seront appréciées en regard de l'organisation actuelle du programme national de dépistage du cancer du sein.

Pilotage et évaluation du programme organisé :

La HAS recommande une clarification des rôles des acteurs institutionnels ou associatifs du programme ainsi que :

- un renforcement de son pilotage :
 - au niveau national : suivi du programme (participation, performance organisationnelle, efficacité, efficience, qualité), déclinaison des orientations stratégiques en actions opérationnelles, mise en œuvre d'actions correctrices, actions pour favoriser les synergies entre acteurs au plan local, retour d'informations sur le fonctionnement du programme, etc.
 - au niveau régional : cohérence entre orientations nationales et besoins régionaux, cohérence régionale du DO, information et communication, mutualisation des moyens, mise à disposition d'outils de diagnostic territoriaux et de pilotage fin, expérimentations, projets locaux, etc.
- un appui plus important aux niveaux national et régional, de l'action des structures de gestion (en particulier ajustement des ressources aux besoins du territoire, homogénéisation des stratégies d'invitation et de communication) et une harmonisation de leurs appellations en « centres de coordination des dépistages » tel que le préconise le Plan Cancer 2009-2013.

La HAS recommande de compléter l'évaluation du programme organisé pour en faciliter le pilotage:

- Mettre en place un espace partagé d'informations permettant la transmission automatisée et régulière des résultats communiqués par les structures de gestion (Plan Cancer 2009-2013, mesure 15.2).
- Compléter l'évaluation des performances et de l'impact du DO :
 - amélioration de l'évaluation organisationnelle,
 - production en routine de données de coût facilitant la mise en œuvre d'une évaluation économique et publication d'indicateurs économiques relatif au programme au même titre que les indicateurs épidémiologiques,

²⁰ Évaluation HAS en cours (cf. note de bas de page 4).

- évaluation des actions de sensibilisation et d'information réalisées auprès des professionnels de santé et de la population.
- Evaluation de l'impact du DO sur la réduction de la morbi-mortalité.
- Développer des indicateurs permettant d'apprécier les performances du dépistage en termes de réduction des inégalités sociales d'accès aux soins (appréciation de la performance du dépistage : participation, suivi, etc. en fonction de la couverture sociale des femmes, à un niveau territorial fin).

Perspectives et pistes de recherche

Plusieurs besoins majeurs et axes de travail complémentaires ont été identifiés et devront être pris en compte afin d'améliorer le dépistage du cancer du sein en France :

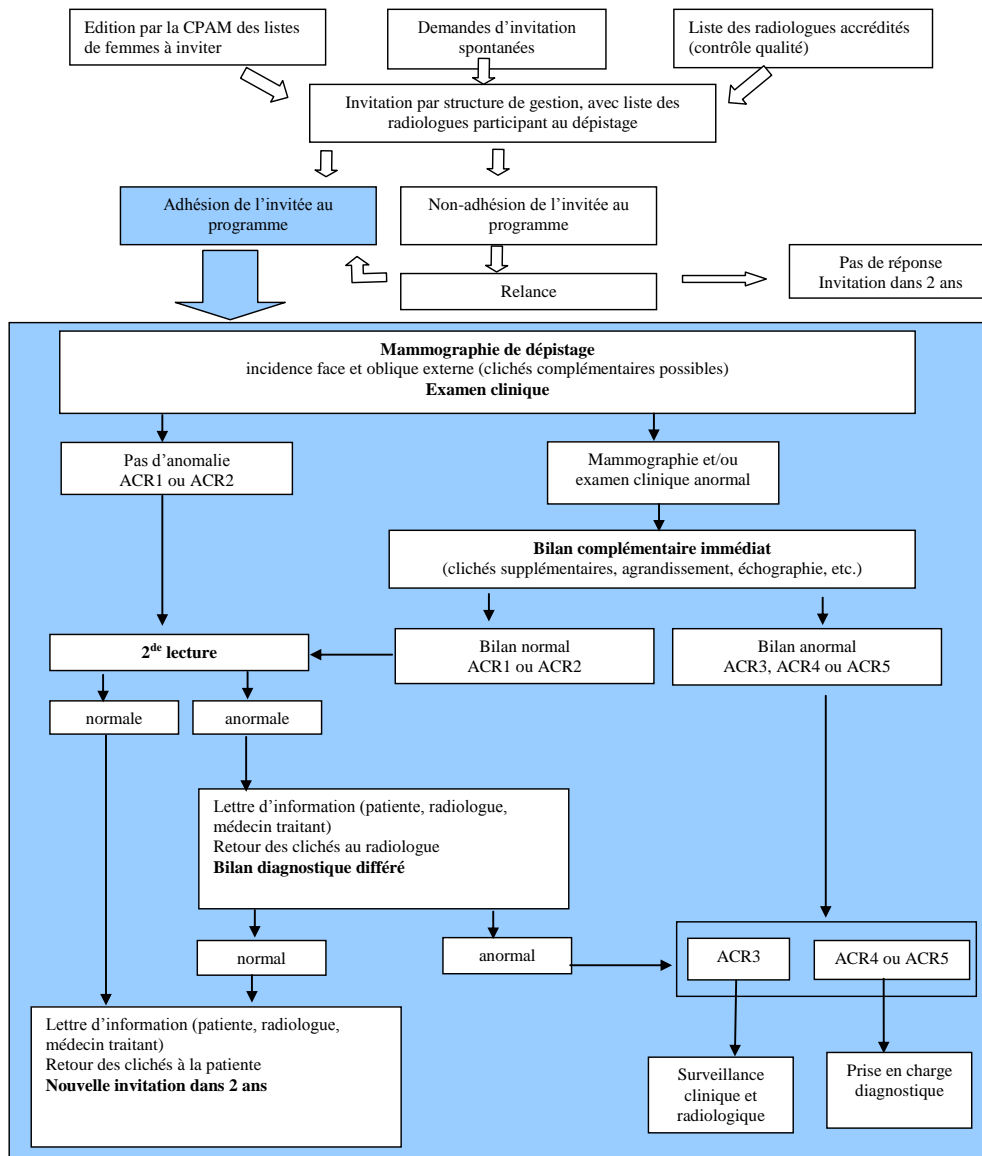
- Evaluation de l'impact du passage à la mammographie numérique sur le programme national de dépistage organisé (participation, organisation, efficacité et efficience) ;
- Evaluation de la balance bénéfique/risque du dépistage du cancer du sein en France (nombre de cancers évités, nombre de femmes à dépister pour éviter un cancer, sur-diagnosics et sur-traitements, etc.) ;
- Recherche méthodologiques et mise à jour des données permettant de documenter la question de la réduction de la mortalité par cancer du sein attribuable au dépistage notamment en France ;
- Mise en oeuvre d'une démarche d'évaluation économique du dépistage du cancer du sein en France en considérant les taux de participation comme des paramètres clés ;
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur les indications de l'échographie mammaire dans le dépistage du cancer du sein ;
- Evaluation de l'impact des contrats d'amélioration des pratiques individuelles et des nouveaux modes de rémunération sur les niveaux de participation au DO et au DI (niveau individuel et/ou au niveau des taux de participation des départements) ;
- Amélioration de la connaissance sur les résultats du DI, notamment en nombre de cancers dépistés (enquêtes ad-hoc réalisées à partir des registres du cancer afin d'évaluer la part des cancers dépistés par le DI, mise en place d'un recueil des données à partir de la base Senolog) ;
- Evaluation de la pertinence de la deuxième lecture pour les mammographies classées en ACR3 en DI ;
- Etude des stratégies de communication et messages à destination des femmes les plus âgées afin de préparer leur sortie du programme organisé au-delà de 74 ans ;
- Etudes de géocodage pour les femmes participant au dépistage organisé permettant une évaluation de la territorialisation du sous-dépistage et des facteurs d'inégalités.

Abréviations

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous.

| Liste des abréviations utilisées | |
|---|--|
| Abréviation | Libellé |
| ACBUS | Accord de Bon Usage des Soins |
| ACR | American College of Radiology |
| AIB | Analyse d'Impact Budgétaire |
| Afssaps | Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| Bi-RADS | Breast Imaging Reporting And Data System |
| CCAM | Classification Commune des Actes médicaux |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DI | Dépistage individuel |
| DO | Dépistage organisé |
| DPC | Développement Professionnel Continu |
| EGB | Echantillon Généraliste des Bénéficiaires |
| INCa | Institut National du Cancer |
| InVS | Institut de Veille Sanitaire |
| NMR | Nouveaux Modes de Rémunération |

Annexe 1. Modalités de dépistage du programme de dépistage organisé



Source : Haute Autorité de Santé. Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport-place_de_la_mammographie_numerique_dans_le_depistage_organise_du_cancer_du_sein.pdf

Annexe 2. Analyse des scénarios d'évolution

Résultats de l'analyse d'impact budgétaire (coûts en millions d'€)

| | Situation actuelle | Situation cible | Scénario 1 | | | | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 4 | Scénario 5 | | | |
|-------------------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | | 1a | 1b | 1c | 1d | | | | 5a | 5b | 5c | 5d |
| Coût du DO | | | | | | | | | | | | | |
| AM | 175,9 M€ | 209,4 M€ | 175,9 M€ | 209,4 M€ | 192,7 M€ | 192,7 M€ | 175,9 M€ | | 199,1 M€ | 175,9 M€ | 209,4 M€ | 184,2M€ | 192,6 M€ |
| Autres fin. | 4,9 M€ | 5,8 M€ | 4,9 M€ | 5,8 M€ | 5,3 M€ | 5,3 M€ | 4,9 M€ | | 1,8 M€ | 4,9 M€ | 5,8 M€ | 5,1 M€ | 5,3 M€ |
| Total | 180,8 M€ | 215,2 M€ | 180,8 M€ | 215,2 M€ | 198,0 M€ | 198,0 M€ | 180,8 M€ | | 200,9 M€ | 180,8 M€ | 215,2 M€ | 189,3M€ | 197,9 M€ |
| Coût du DI | | | | | | | | | | | | | |
| AM | 24,4 M€ | - | 4,2 M€ | - | 2,1 M€ | 1,0 M€ | 27,4 M€ | P.U. | 193,3 M€ | 26,0 M€ | 4,2 M€ | - | 18,3 M€ |
| Autres fin. | 13,2 M€ | - | 33,4 M€ | - | 16,7 M€ | 8,4 M€ | 13,4 M€ | 20,6 M€ | 12,7M€ | 33,4 M€ | - | 9,8 M€ | 6,6 M€ |
| Total | 37,6 M€ | - | 37,6 M€ | - | 18,8 M€ | 9,4 M€ | 40,8 M€ | 213,8 M€ | 38,7 M€ | 37,6 M€ | - | 28,2 M€ | 18,8 M€ |
| Coût total (tous fin.) | 218,4 M€ | 215,2 M€ | 218,4 M€ | 215,2 M€ | 216,8 M€ | 207,4M€ | 221,6 M€ | 213,8 M€ | 239,6 M€ | 218,4 M€ | 215,2 M€ | 217,5 M€ | 216,7 M€ |
| Différence/S0 | - | -3,2 M€ | - | -3,2 M€ | -1,6 M€ | -11, 0 M€ | + 3,2 M€ | - 4,6 M€ | + 21,2 M€ | - | -3,2 M€ | -0,9 M€ | - 1,7 M€ |
| Nb femmes dépistées | | | | | | | | | | | | | |
| En DO | 2 287 163 | 2 722 813 | 2 287 163 | 2 722 813 | 2 504 988 | 2 504 988 | 2 287 163 | n.p. | 2 287 163 | 2 287 163 | 2 722 813 | 2 396 076 | 2 504 988 |
| En DI | 435 650 | - | 435 650 | - | 217 825 | 108 913 | 435 650 | n.p. | 435 650 | 435 650 | - | 326 738 | 217 825 |
| Total dépistage | 2 722 813 | 2 722 813 | 2 722 813 | 2 722 813 | 2 722 813 | 2 613 901 | 2 722 813 | 2 722 813 | 2 722 813 | 2 722 813 | 2 722 813 | 2 722 813 | 2 722 813 |
| Nb cancers dépistés | | | | | | | | | | | | | |
| En DO | 16 010 | 19 343 | 16 010 | 19 343 | 17 677 | 17 677 | 16 010 | n.p. | 16 010 | 16 010 | 19 343 | 16 843 | 17 677 |
| En DI | 3 050 | - | 3 050 | - | 1525 | 762 | 3324 | n.p. | 3 050 | 3 050 | - | 2 287 | 1 525 |
| Total dépistage | 19 060 | 19 343 | 19 060 | 19 343 | 19 201 | 18 439 | 19 334 | 17 464 | 19 060 | 19 060 | 19 343 | 19 131 | 19 201 |
| Différence/S0 | | + 283 | - | + 283 | + 141 | -621 | +274 | -1 596 | 0 | - | + 283 | + 71 | +142 |

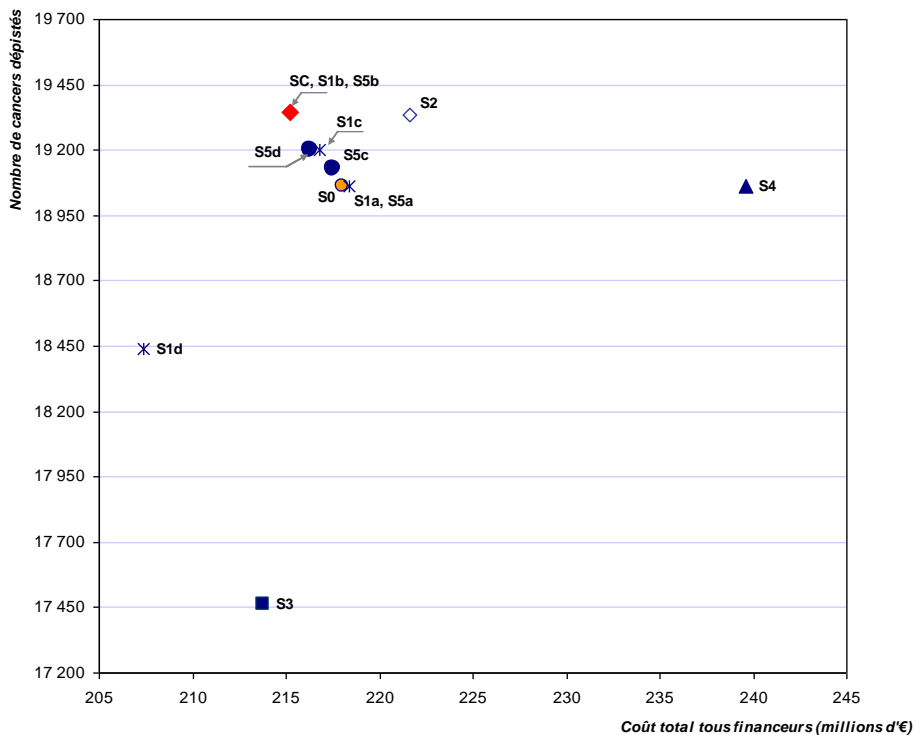
Note :

S0 : Situation Actuelle ; SC : Situation cible ; Scénario 1 : Déremboursement du DI ; Scénario 2 : Intégration du DI dans le processus qualité du DO ; Scénario 3 : Modification du cahier des charges du protocole de DO ; Scénario 4 : Forfait « dépistage du cancer du sein » ; Scénario 5 : Mesures incitatives en direction du DO.

Variantes des scénarios S1 et S5 : S1a = report 0% et abandon 0%, S1b = report 100% et abandon 0%, S1c = report 50% et abandon 0%, S1d = report 50% et abandon 25% ; S5a = report 0% ,S5b=report 100%, S5c=report 25%, S5d=report 50%.

AM : Assurance maladie ; Autres fin. : autres financeurs ; tous fin. : tous financeurs ; P.U. : protocole unique ; n.p. : non pertinent.

Figure 1. Scénarios en fonction du nombre de cancers dépistés et de leur coût total tous financeur



- S0 (Situation actuelle)
- ✕ S1 (Déremboursement du DI)
- S3 (Modification du cahier des charges du protocole de DO)
- S5 (mesures incitatives en faveur du DO)
- ◆ SC (Situation cible)
- ◇ S2 (Intégration du DI dans le processus qualité du DO)
- ▲ S4 (forfait "mammographies + échographies")

Variantes des scénarios S1 et S5 : S1a = report 0% et abandon 0%, S1b = report 100% et abandon 0%, S1c = report 50% et abandon 0%, S1d = report 50% et abandon 25% ; S5a = report 50%, S5b=report 25%.

Participants

L'équipe

Ce travail a été coordonné par Stéphanie BARRÉ, service Evaluation économique et Santé Publique de la HAS, sous la direction du Dr Olivier SCEMAMA et de Catherine RUMEAU-PICHON.

L'analyse de la littérature et la rédaction de l'argumentaire scientifique ont été réalisées par Isabelle HIRTZLIN, Maître de Conférences à l'Université de Paris 1, chargée de projet pour la HAS.

La synthèse et les recommandations ont été rédigées par Stéphanie BARRÉ et Isabelle HIRTZLIN.

Les analyses statistiques et de base de données ont été réalisées par Anne-Line COUILLEROT et le Dr Annie RUDNICH, service Evaluation économique et Santé Publique de la HAS.

La recherche et la gestion documentaire ont été effectuées par Sophie DESPEYROUX et Yasmine LOMBRY, service de documentation de la HAS.

Le secrétariat a été assuré par Sabrina MISSOUR, service évaluation économique et santé publique de la HAS.

Nous remercions Héloïse PHAM ORSETTI, Interne de Santé Publique à la HAS, pour sa contribution à ce travail.

Collèges, sociétés, associations et institutions sollicitées

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de santé (AFSSAPS)

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

Collectif Inter Associatif sur la Santé (CISS)

Collège des Economistes de la Santé (CES)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Collège Nationale des Sages-femmes

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE)

Europa Donna-Forum France

Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM)

Fédération Nationale des Comités Féminins pour le Dépistage des Cancers

Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR)

Institut de Veille Sanitaire (InVS)

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé (Inpes)
Institut National du Cancer (INCa)
Institut Théophraste Renaudot
Ligue Nationale contre le Cancer
Mutualité Sociale Agricole (MSA)
Régime Social des Indépendants (RSI)
Regroupement Scientifique des Sociétés de Médecine Générale (RSSMG)
Société Française de Radiologie
Société Française de Santé Publique (SFSP)
Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire
Société Française d'Oncologie Gynécologique (SFOG)

Groupe de travail

Dr André BENBASSA, gynécologie-obstétrique, Grenoble

Mme Elisabeth BERNIGAUD, Fédération Nationale des Comités Féminins, Paris

Mme Julia BONASTRE, économiste, Villejuif

Dr Véronique BOUTÉ, radiologie, Caen

Dr Suzanne DAT, gynécologie médicale, Toulouse

Pr Jean-Pierre DAURES, Santé publique, Nîmes

Dr Michel DEGAYE, radiologie, Dammartin-en-Goële

Dr Julien GELLY, médecine générale, Saint Ouen

Dr Béatrice GUIGUES, gynécologie obstétrique, Caen

Dr Saranda HABER-TAÏEB, radiologie, Livry-Gargan

Mr Serge KOSCIELNY, épidémiologie et biostatistique, Villejuif

Mr Florian LANÇON, INCa, Boulogne-Billancourt

Dr Paul LEROQUAIS, radiologie, Bayeux

Dr Françoise MARCHAND-BUTTIN, Santé publique, Paris

Dr Philippe NICOT, médecine générale, Panazol

Dr Frédérique PAPIN-LEFEBVRE, Santé publique, Caen

Dr Emmanuelle SALINES, InVS, Saint-Maurice

Pr Hélène SANCHO-GARNIER, Santé publique, Montpellier

Dr Brigitte SERADOUR, radiologie, Marseille

Dr Jérôme VIGUIER, INCa, Boulogne-Billancourt

Dr Isabelle VINCENT, Inpes, Saint-Denis,

Mme Nicole ZERNIK, Europa Donna Forum France, Paris

Note : A l'issue de la 1^{ère} réunion du groupe de travail à laquelle a participé Mme Cécile Fontanille, la Cnamts a souhaité mettre fin à sa participation au groupe de travail des recommandations.

Groupe de lecture

Dr Corrine ALLIOUX, Santé Publique, Nantes

Dr Catherine BACHELLIER-BILLOT, Santé Publique, Baie Mahault

Dr Laurent BAILLY, Santé Publique, Nice

Mme Danièle BAROUILLET, Santé Publique, Paris

Dr Béatrice BARREAU, radiologie, Anglet

Mme Agnès BAZAGA-BENITO, sage-femme, Surgères

Mme Christine BLANCHOT-ISOLA, sage-femme, Evry

Dr Juliette BLOCH, Santé Publique, Paris

Dr Isabelle BRAULT, radiologie, Lyon

Pr Jean-Luc BRUN, gynécologie-obstétrique, Mérignac

Mme Christel CASTELLI, économie de la santé, Nîmes

Mme Marianick CAVALLINI-LAMBERT, CISS, Paris

Dr Luc CEUGNART, radiologie, Lille

Dr Dominique CHOLLEY, Cnamts, Paris

Mme Nathalie CLASTRES, Ligue Nationale contre le Cancer, Paris

Dr Catherine Colin, radiologie, Pierre-Bénite

Dr Pia DE REILHAC, gynécologie médicale, Nantes

Dr Nathalie DEVOUGE, Santé Publique, Saint-Denis

Dr Marie-Hélène DILHUYDY, Europa Donna Forum France, Bordeaux

Dr Isabelle DOUTRIAUX, radiologie, Saint-Herblain

Dr Eric DRAHI, médecine générale, Saint Jean de Braye

Dr Raffaèle FAUVET, gynécologie-obstétrique, Amiens

Dr Olivier FERRAND, Santé Publique, Saint-Doulchard

Dr Catherine FOHET, gynécologie médicale, Toulon

Mme Cécile FONTANILLE, Cnamts, Paris

Mme Marielle GALLI, Institut Théophraste Renaudot, Paris

Dr Véronique GANTHIER, radiologie, Paris

Dr Thierry GOURGUES, médecine générale, Saint-Justin

Dr Marie-Ange GRONDIN, Santé Publique, Clermont-Ferrand

Dr Lydia GUITTET, Santé Publique, Caen

Dr Pierre HAEHNEL, radiologie, Strasbourg

Mme Nathalie HAYES, économie de la santé, Bordeaux

Dr Grégoire JEANBLANC, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Bernard JUNOD, Santé Publique, La Chapelle des Fougeretz

Mme Ghislaine LASSERON, Europa Donna Forum France, Meudon

Pr Guy LAUNOY, Santé Publique, Caen

Dr Catherine LEJEUNE, économie de la santé, Dijon

Dr Matthieu LUSTMAN, médecine générale, Paris

Mme Morgane MICHEL, interne en Santé Publique, HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Françoise MOUSTEOU, gynécologie médicale, Cagnes sur Mer

Dr Elizabeth PAGANELLI,
gynécologie médicale, Tours

Dr Josette PUVINEL-BURBAN, Santé
Publique, Moulins

Dr Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT,
médecine générale, Toulouse

Pr Nicolas SELLIER, radiologie,
Bondy

Dr Somany SENGCHANH, Santé
Publique, Tours

Dr Dominique SPERANDEO,
gynécologie médicale, Marseille

Dr Sophie TAIEB, radiologie, Lille

Dr Sylvie TORRE, Cnamts, Paris

Dr Hervé TREPPOZ, Mutualité
Sociale Agricole, Bagnolet

Dr Brigitte Tretarre, épidémiologie,
Montpellier

Dr Jean-Pierre VALLEE, médecine
générale, Colleville-Montgomery

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des personnes ayant participé aux groupes de travail et de lecture ainsi que Mme le Pr Marie-Odile Carrère et Mr Roland Cash, membres de la commission évaluation économique et santé publique de la HAS, pour leur relecture attentive de l'argumentaire et des recommandations.

Fiche descriptive

| | |
|-------------------------------------|---|
| TITRE | La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution |
| Méthode de travail | Recommandations en Santé Publique |
| Date de mise en ligne | Février 2012 |
| Date d'édition | Uniquement disponible sous format électronique |
| Objectif(s) | A partir d'un bilan de la situation actuelle et de l'étude de différents scénarios d'évolution du dépistage du cancer du sein en termes d'efficacité et de faisabilité, proposer des recommandations permettant d'augmenter la participation des femmes de 50 à 74 ans, d'améliorer la participation au dépistage organisé, ainsi que des recommandations sur l'opportunité de conserver ou de supprimer la coexistence du dépistage organisé et du dépistage individuel pour les femmes de plus de 50 ans en France. |
| Professionnel(s) concerné(s) | Radiologues, médecins généralistes, gynécologues, médecins exerçant en centres de santé, médecins de santé publique, associations de patients, intervenants en santé publique et promotion de la santé. |
| Demandeur | Direction générale de la santé (DGS) |
| Promoteur | Haute Autorité de Santé (HAS), service évaluation économique et santé publique |
| Pilotage du projet | Coordination : Stéphanie Barré, chef de projet du service évaluation économique et santé publique (chef de service : Catherine Rumeau-Pichon), Secrétariat : Sabrina Missouri Recherche documentaire : Sophie Despeyroux, avec l'aide de Renée Cardoso (chef de service de documentation : Frédérique Pagès) |
| Participants | Collèges, sociétés, associations, institutions, groupe de travail, groupe de lecture, cf. liste de participants. Les participants au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS. |
| Recherche documentaire | Janvier 2004 à mars 2011 536 articles identifiés, 117 articles retenus à partir de 469 analysés |
| Auteurs de l'argumentaire | Isabelle Hirtzlin, Maître de Conférences à l'Université de Paris 1 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | Stéphanie Barré Chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine |
| Validation | Validation par le Collège de la HAS le 30 novembre 2011. |
| Autres formats | Argumentaire scientifique et fiche de synthèse. Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr |
| Documents d'accompagnement | Aucun document d'accompagnement. |



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr