

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	4
INTRODUCTION	5
1. Dépistage organisé du cancer du sein en France	5
1.1. Définition	5
1.2. Historique	6
1.3. Généralité du dépistage	7
1.3.1. Les différents acteurs	8
1.3.2. Les mammographies	11
1.3.3. La classification des mammographies	13
1.3.4. En pratique	14
1.4. Risques et limites du dépistage	17
1.5. Épidémiologie	18
1.5.1. Les facteurs de risque	19
1.5.2. À l'international	20
1.5.3. Le taux de participation	20
2. ASALEE	23
2.1. Définition	23
2.2. Historique	25
2.3. Expériences à l'étranger	28
2.4. Organisation	29
2.4.1. Éligibilité	30
2.4.2. Financement	31
2.4.3. Les acteurs ASALEE	32
2.5. Objectifs	36
2.6. Dépistage organisé du cancer du sein et ASALEE	41
MÉTHODE	43
1. Objectif de l'étude	43
2. Type d'étude	43
3. Recherche bibliographique	43

4. Population de l'étude	44
5. Déroulement de l'étude	45
5.1. Recueil des données	45
5.2. Analyse statistique	50
 RÉSULTATS	 52
1. Recueil des données	52
2. Description de la population étudiée	53
2.1. Inclusions	53
2.2. Caractéristiques globales	54
2.2.1. Sexe	54
2.2.2. Âge	54
2.2.3. Lieu d'exercice	55
2.2.4. Milieu d'exercice	55
2.2.5. Type d'exercice	56
2.2.6. Maître de Stage Universitaire	56
2.2.7. Date d'entrée dans ASALEE	57
2.2.8. Patientèle éligible au dépistage organisé	57
2.3. Synthèse	58
3. Objectifs de l'étude	59
3.1. Objectif primaire	59
3.1.1. Population de l'objectif primaire	59
3.1.2. Résultats de l'objectif primaire	64
3.2. Objectifs secondaires	66
3.2.1. Objectif secondaire N°1	66
3.2.2. Objectif secondaire N°2	72
3.2.2.1. Population de l'objectif secondaire N°2	72
3.2.2.2. Résultats de l'objectif secondaire N°2	77
3.3. Synthèse des résultats	78
 DISCUSSION	 79
1. Contexte	79
1.1. Dépistage organisé du cancer du sein : forces et faiblesses	79
1.2. ASALEE : forces et faiblesses	80
2. Critique de la méthode	81

2.1. Intérêts et limites de l'étude	81
2.2. Choix des critères d'inclusion	83
2.3. Critique du recueil de données	84
2.4. Critique de l'analyse statistique	86
3. Résultats	86
3.1. Rappel des principaux résultats	86
3.2. Population étudiée	87
3.3. Objectif primaire	90
3.4. Objectifs secondaire N°1	90
3.5. Objectif secondaire N°2	91
4. Perspectives	93
4.1. Dépistage organisé du cancer du sein	93
4.2. ASALEE	95
4.3. ASALEE et dépistage organisé du cancer du sein	97
4.4. Perspectives de l'étude	98
 CONCLUSION	 99
 BIBLIOGRAPHIE	 100
 ANNEXES	 113
 ABRÉVIATIONS UTILISÉES	 122
 RÉSUMÉ	 123
 ABSTRACT	 124
 SERMENT	 125

PRÉAMBULE

Le thème de notre thèse porte sur le dépistage organisé du cancer du sein et ASALEE.

Le cancer du sein est un problème majeur de santé publique. Il est le plus fréquent des cancers féminins et représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme : 1 femme sur 8 développera un cancer du sein au cours de sa vie. Ses causes sont multifactorielles : hormonales, familiales, environnementales...

En plus de l'examen clinique annuel des seins à partir de l'âge de 25 ans, le dépistage organisé du cancer du sein, mis en avant dans **le plan cancer 2014-2019 (action 1.6)**, est là pour déceler, à un stade précoce, le cancer du sein. Il permet ainsi une guérison dans 9 cas sur 10. (1) (2) (3)

ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) a été créée en 2004 par une équipe de médecins généralistes en Deux-Sèvres pour répondre à un besoin de coopération et de partage des tâches de la médecine de premier recours.

Ce travail en équipe a abouti à plusieurs protocoles : dépistage et suivi du diabète de type 2, suivi des risques cardio-vasculaires, suivi des patients tabagiques à risque de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) et repérage des troubles cognitifs. Ces protocoles sont reconnus par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2012. De plus, se sont ajoutés des protocoles pour le Dépistage Organisé (DO) des cancers, notamment le cancer du sein.

En 2015, en tant que Médecin Adjoint, j'ai connu le dispositif ASALEE grâce à Gaëlle Billaud, l'infirmière ASALEE de la Maison de Santé (MSP) où j'exerçais. Rapidement, j'ai pris conscience de l'intérêt d'une telle coopération : aide et accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques, richesse apportée par le travail en équipe : médecin et Infirmière Déléguée de Santé Publique (IDSP). Ce dispositif permet une prise en charge globale des patients notamment en termes de prévention.

En tant que femme médecin, je suis attachée au dépistage organisé du cancer du sein, surtout depuis que j'exerce de façon régulière au sein d'un cabinet situé en Nord Deux-Sèvres, dans un lieu de désertification médicale. Rapidement, j'ai pu suivre ma propre patientèle, et la découverte de plusieurs cancers du sein à l'occasion de mammographies de dépistage m'a interpellée.

C'est donc le questionnement entre un éventuel lien entre ces deux sujets qui est le point de départ de ma thèse. Cette étude va évaluer l'éventuel impact d'un travail de collaboration avec une infirmière de santé publique en médecine générale libérale dans le dépistage organisé du cancer.

INTRODUCTION :

1. Dépistage organisé du cancer du sein en France

1.1. Définition (4)

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Le dépistage de masse consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé, mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. »

Le dépistage organisé est donc une démarche de prévention secondaire qui « a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, en réduisant l'évolution et la durée de la maladie. »

Un dépistage organisé comporte une obligation de résultats au niveau **collectif**, mais pas au niveau individuel (il comportera toujours des faux positifs et des faux négatifs). Cette obligation de résultats sera d'autant mieux atteinte que l'action de dépistage sera organisée, planifiée, coordonnée et évaluée.

Le cancer du sein réunit les caractéristiques d'une maladie justifiant la réalisation d'un programme de dépistage selon l'OMS :

- Il constitue une menace grave pour la santé publique du fait de sa fréquence et de sa gravité.
- L'histoire naturelle de la maladie est connue.
- Possibilité d'un diagnostic précoce.
- Des traitements améliorant la survie et la qualité de vie existent.
- L'examen de référence permet un dépistage efficace : la mammographie répond à une technique simple et reproductible.

- Elle présente une bonne sensibilité et une spécificité acceptable.
- Les avantages globaux du programme de dépistage éclipsent les effets nocifs possibles associés à sa mise en œuvre.
- Le coût économique du programme est compensé par les avantages attendus.

1.2. Historique (5)

Le dépistage organisé du cancer du sein débute en France en 1987, au stade expérimental, à partir d'initiatives locales dans les départements du Bas Rhin et du Rhône.

En 1989, les organismes d'assurance maladie ont décidé de financer ce dépistage systématique à titre expérimental dans 10 départements.

Les structures de coordination départementales ont été mises en place en 1991.

Le programme de dépistage organisé au niveau national est lancé à l'initiative de la Direction Générale de la Santé (DGS) en 1994, sur la base des recommandations européennes.

En 1999, faisant suite à une publication de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) sur la modification du cahier des charges initial, un intervalle de deux ans entre les mammographies est établi, ainsi que la réalisation de deux incidences par sein. La population cible passe de 50-69 ans à 50-74 ans.

L'examen clinique systématique des seins, le bilan diagnostique immédiat en cas d'image estimée anormale et la double lecture des clichés jugés normaux ont été ajoutés en 2001.

Le programme de dépistage a été généralisé à l'ensemble du territoire français en 2004.

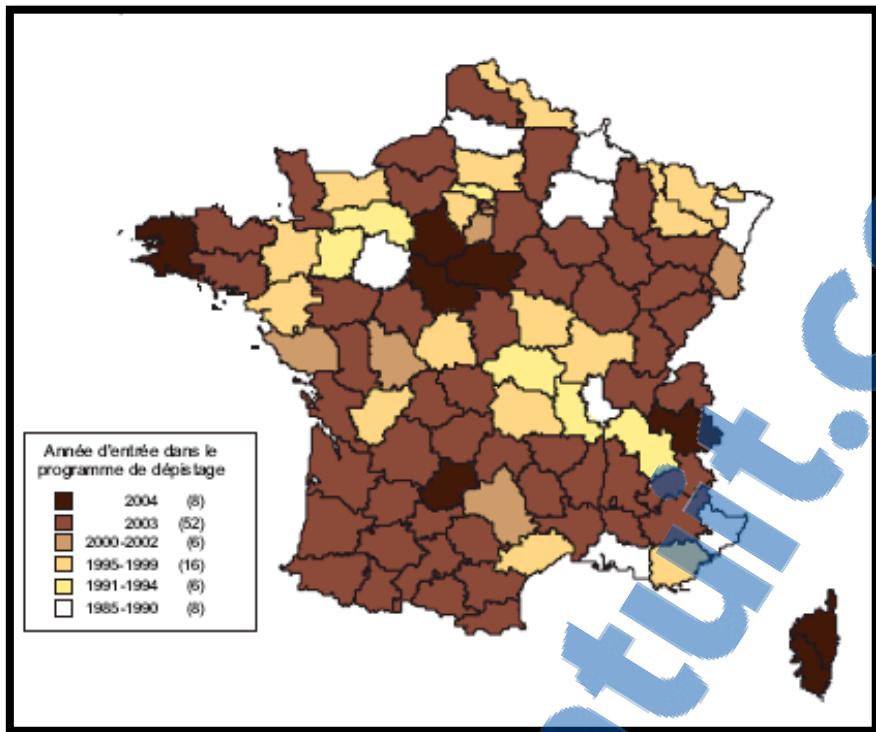


Figure N° 1 : Ancienneté d'entrée des départements français dans le Dépistage Organisé du cancer du sein.

1.3. Généralités du dépistage organisé (6) (7)

En France, le dépistage du cancer du sein est proposé **tous les deux ans, en l'absence de symptomatologie clinique et de facteurs de risque particuliers**, à toutes les femmes de **50 à 74 ans inclus**.

Il permet la détection des lésions cancéreuses à des stades très précoces, infracliniques. Ainsi, il augmente les chances de guérison et limite les possibles séquelles liées à certains traitements curatifs. **Le taux national de cancers détectés par le programme est de 7,4 % femmes dépistées en 2013-2014.**

Il comporte un **examen clinique** des seins par un radiologue et une **mammographie** avec deux incidences par sein (de face et oblique externe) dans des cabinets de radiologie agréés.

Une **seconde lecture** est réalisée de façon systématique en cas d'absence d'anomalie lors de la première lecture (classement BI-RADS ACR 1 ou 2). En 2010, 6,2 % des cancers dépistés en France ont été détectés par la seconde lecture.

Le dépistage organisé du cancer du sein est pris en charge à 100 % par les caisses d'assurance maladie, son remboursement rentre dans le cadre du **tiers-payant**.

1.3.1. Les différents acteurs (8) (9) (10) (11) (12)

Le programme national de Dépistage Organisé (DO) est placé sous l'autorité du Ministère en charge de la Santé. Le pilotage est assuré au niveau national par la DGS, en lien avec l'Institut National du Cancer (INCa) qui est, notamment, en charge du suivi et de l'expertise. **Le financement** est assuré par le Ministère de la Santé, les caisses d'assurance maladie et les collectivités locales. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont en charge du pilotage au niveau régional et sont relayées au niveau départemental par les structures de gestion.

La prise en charge des femmes, lors du dépistage organisé du cancer du sein, est assurée par une **coordination** entre différents acteurs : les radiologues, les gynécologues, les médecins généralistes et les structures de gestion.

Le médecin généraliste est « l'acteur clef » dans ce dépistage organisé : il est l'interlocuteur privilégié des femmes de par sa proximité. Il représente le pivot entre les différents intervenants, comme souligné dans le plan cancer 2009-2013.

Selon les résultats d'une enquête de l'INCa en 2010, les médecins généralistes sont dans leur grande majorité (78 %) convaincus de l'efficacité du dépistage du cancer du sein en terme de santé publique et 60 % perçoivent leur rôle comme « indispensable ».



Graphique N°1 : Taux de réponse définie comme « indispensable » par les médecins à la question suivante : « Quelle est votre perception du rôle du médecin généraliste dans les différents dépistages ? » Source INCa.

Le dépistage organisé est soumis à une évaluation épidémiologique rigoureuse pour en garantir la qualité et la performance. **Des indicateurs** sont évalués au niveau national, par **l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)**, qui appartient au groupe **Santé Publique France depuis 2016** : le nombre de femmes dépistées, le taux de mammographies positives, le nombre de cancers découverts...

Le déroulement du parcours de dépistage est codifié et encadré par l'existence de **cahiers des charges** destinés aux radiologues et aux différentes structures de gestion.

Lors d'un dépistage « positif » en première lecture, la conduite à tenir est fixée par **le radiologue** ayant détecté l'anomalie. Si celle-ci est détectée lors de la seconde lecture, c'est au radiologue deuxième lecteur d'intervenir : la patiente est alors invitée à réaliser des examens supplémentaires auprès de son cabinet de radiologie ou d'effectuer une surveillance rapprochée.

Les structures de gestion (13) (14) (15) (16)

Il existe 89 structures de gestion départementales et interdépartementales pour 99 départements. ARCANDE 79 (Association pour le Repérage des Cancers par dépistage en Deux-Sèvres) est le centre de gestion des Deux-Sèvres, fondé en 2003. Au niveau des Bouches-du-Rhône, il s'agit de l'association ARCADES.

Chaque structure de gestion coordonne le parcours de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon au niveau local, selon un **cahier des charges** strict et permet de faire le lien entre la population à dépister et les professionnels de santé. La structure est placée sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur.

Selon le Journal Officiel de 2006, les missions des structures de gestion regroupent :

- les relations avec les professionnels de santé concourant au dépistage et les personnes dépistées,
- la constitution et la mise à jour de la liste des radiologues agréés,
- la réception des clichés de mammographies et l'organisation de la seconde lecture,
- la transmission des résultats de la seconde lecture aux patientes et au médecin traitant,
- la gestion des fichiers des personnes dépistées : recueil auprès des organismes d'assurance maladie de la patientèle éligible au dépistage, régulièrement mise à jour, et gestion des lettres d'invitation,
- le recueil et la conservation des résultats d'examens réalisés,
- la remontée d'un rapport d'activité annuel avec les données statistiques à destination de l'INVS et des organismes de sécurité sociale,
- le retour d'informations statistiques individuelles et globales vers les professionnels de santé, permettant à chaque médecin d'évaluer sa pratique,
- la gestion optimale des moyens financiers avec un budget type annuel alloué,
- l'évaluation interne de la qualité du programme,
- l'information des professionnels de santé et la sensibilisation de la population au dépistage des cancers à travers des campagnes d'affichages et des manifestations locales.



Figure N°2 : Affiche de sensibilisation au dépistage du cancer du sein en Bouches-du-Rhône

1.3.2. Les mammographies (17) (18) (19)

Selon l'INCa, plus de 22 millions de mammographies ont été réalisées au cours des 10 premières années du programme de dépistage, soit environ 2,45 millions de mammographies par an.

Le dépistage par mammographie permet de détecter, avant tout symptôme, 90 % des cancers du sein. Le dépistage en série avec la mammographie est donc la méthode la plus efficace pour détecter les maladies au stade précoce et diminuer la mortalité.

Deux technologies sont disponibles : la mammographie analogique et la mammographie numérique. Cette dernière est utilisée depuis 2008, suite à un arrêté paru au Journal Officiel. Selon un rapport de l'INCa de 2014, les taux de détection de cancers par technologie numérique sont, de manière statistiquement significative, supérieurs à ceux de la technologie l'analogique. **Au cours de l'année 2014, 95 % des dépistages ont été réalisés avec la technologie numérique.**



Photo N°1 : Mammographie numérique

Elle peut être complétée par une **échographie** dans certains cas (densité mammaire élevée gênant l'analyse). En cas de résultat positif de la mammographie pratiquée en première intention, l'échographie fait partie des examens permettant d'établir un bilan diagnostic immédiat.

La qualité de la chaîne mammographique est **contrôlée** deux fois par an par des organismes agréés, selon les directives de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Le cahier des charges national prévoit que tous les clichés « normaux » réalisés dans le cadre du dépistage organisé soient relus par un second radiologue. Cette seconde lecture augmente la sensibilité de la mammographie et permet d'augmenter de 8 à 10% le nombre de cancers dépistés.



Photo N° 2 : Deuxième lecture de mammographies

Les radiologues participant dits « premiers lecteurs » doivent être **experts en sénologie** et effectuer au moins 500 mammographies par an, dont au moins la moitié dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein. Les radiologues assurant la deuxième lecture doivent, quant à eux, s'engager à lire au moins 1 500 mammographies supplémentaires par an.

1.3.3. La classification des mammographies (20)

Le système BIRADS (Breast Imaging Reporting And Data System) est une classification internationale établie par l'**American College of Radiology (ACR)** permettant de classer les images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique.

Elle a pour but d'homogénéiser les conclusions et les conduites à tenir. Elle se divise en six catégories :

- ACR 0 : Des investigations supplémentaires sont nécessaires. C'est une catégorie d'attente, utilisée lors de dépistage.

- ACR 1 : Mammographie normale.
- ACR 2 : Il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire.
- ACR 3 : Il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée.
- ACR 4 : Il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique.
- ACR 5 : Il existe une anomalie évocatrice d'un cancer.

1.3.4. En pratique (13) (21) (22)

Le déroulement « type » du parcours de soins du dépistage organisé du cancer du sein est le suivant : à partir de 50 ans et tous les 2 ans, les structures de gestion départementales envoient à chaque femme éligible un courrier d'invitation de participation au programme de dépistage. Elle prend alors rendez-vous chez le radiologue parmi ceux qui figurent sur la liste des radiologues habilités pour bénéficier d'un examen clinique des seins et d'une mammographie de dépistage.

Un exemplaire de lettre d'invitation d'ARCANDE 79 au programme de Dépistage Organisé (DO) du cancer du sein est présenté en **ANNEXE N°1**.

Une première lecture est effectuée immédiatement au cabinet de radiologie :

Classement ACR 1 ou 2 → un résultat oral provisoire est donné à la patiente. Les clichés de la mammographie et la fiche d'interprétation sont adressés à la structure de gestion départementale et font l'objet d'une seconde lecture dans leurs locaux par un radiologue différent du premier lecteur. La deuxième lecture demande un délai supplémentaire d'environ quinze jours.

Si la **seconde lecture** confirme que la mammographie est **normale ou bénigne**, un courrier est adressé à la patiente, à son médecin et au premier radiologue, donnant les résultats définitifs et précisant qu'une nouvelle invitation sera adressée dans deux ans.

Classement ACR 3, 4 ou 5 → le radiologue oriente la patiente pour une prise en charge spécialisée ou une surveillance rapprochée. Un compte rendu est remis à la patiente et à ses médecins (généraliste et gynécologue).

Si la détection d'une **anomalie** à explorer se fait lors de **la seconde lecture**, une lettre d'information est adressée au médecin traitant et au gynécologue. Le radiologue premier lecteur reçoit le dossier complet avec la seconde lecture lui stipulant l'anomalie retrouvée. Une lettre est également envoyée à la patiente concernée pour qu'elle contacte son cabinet de radiologie et réalise les examens complémentaires nécessaires (échographie, clichés supplémentaires...) au plus tôt. Les conclusions finales sont ensuite envoyées à la structure de gestion départementale qui les transmet au médecin traitant et gynécologue.

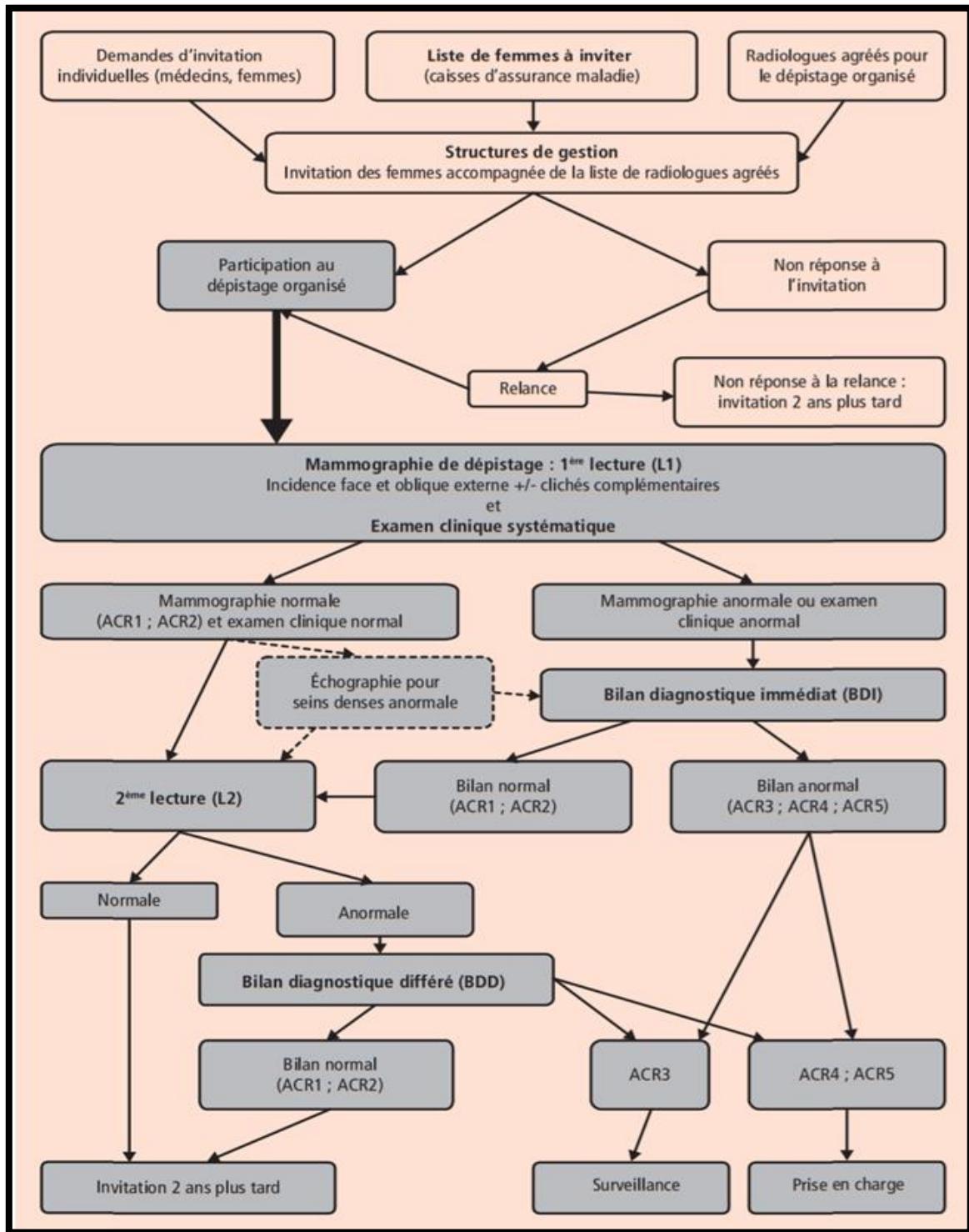


Figure N°3 : Schéma décisionnel selon le cahier des charges national

1.4. Risques et limites du dépistage (23) (24) (25) (6)

Les risques et les limites du dépistage organisé du cancer du sein sont aujourd'hui connus et évalués.

Le surdiagnostic : il correspond à la détection de lésions qui n'auraient pas évolué vers un cancer infiltrant du vivant de la personne. Il s'agit d'un problème inhérent à tout dépistage. Les études suggèrent qu'en moyenne trois cas de surdiagnostic sont posés pour un décès par cancer évité.

Le surdiagnostic entraîne des examens complémentaires et des gestes invasifs inutiles.

Les cancers radio-induits : Le risque de développer un cancer suite à une exposition à la mammographie est établi et apparaît faible. Selon les estimations, il y aurait plusieurs dizaines à plusieurs centaines de décès par cancer du sein pour un décès par cancer radio-induit.

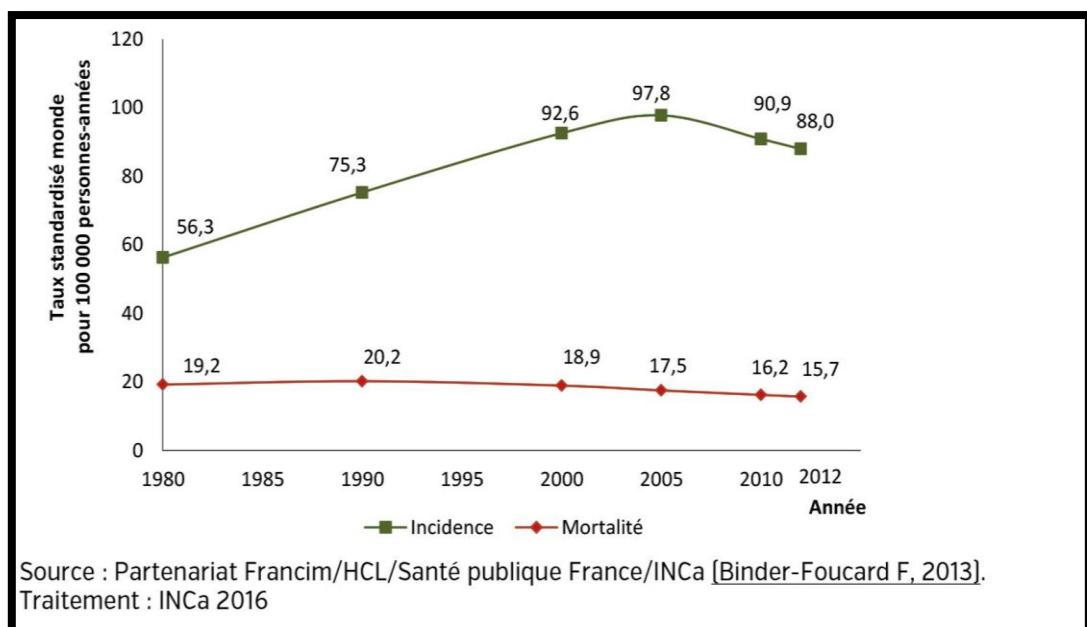
Les cancers de l'intervalle : ils correspondent aux cancers dépistés entre deux mammographies chez des femmes participant au programme de Dépistage Organisé (DO). Ils sont difficiles à quantifier, mais une analyse menée par certains départements a estimé un taux d'environ 17 %. Il s'agit de cancers à potentiel évolutif rapide pouvant donc échapper à la surveillance biennale prévue par le DO.

Depuis quelques années, des publications ont remis en cause l'intérêt du DO en insistant sur les effets négatifs, en particulier le surdiagnostic et l'absence d'impact significatif sur la mortalité. Malgré l'émergence de ces **controverses**, les recommandations françaises ont confirmé que les risques inhérents au DO du cancer du sein ne compromettent pas la balance bénéfices/risques au niveau de la population, avec un intérêt de poursuivre ce dépistage chez les femmes de 50 à 74 ans. Le groupe de travail du Centre International de Recherche sur le Cancer, réuni en novembre 2014, partage ce même avis.

1.5. Épidémiologie (26) (27) (28) (29)

Avec plus de 54 062 nouveaux cas estimés en 2015, **le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent**. L'incidence a beaucoup augmenté entre 1980 et 2000, mais est en diminution depuis 2005 (- 1,5 % par an en moyenne).

Cependant le risque de décéder d'un cancer du sein a globalement diminué (de - 1,5 % par an de 2005 à 2012). La détection à un stade précoce, grâce au dépistage et à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique, contribue à l'augmentation de la survie.



Graphique N°2 : Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012

Une femme sur huit sera concernée dans sa vie par le cancer du sein.

Ce risque augmente avec l'âge, avec un taux d'incidence plus élevé dans la tranche d'âge 50 à 74 ans. Dans plus de 8 cas sur 10, il touche des femmes âgées de 50 ans et plus. L'âge moyen de découverte du cancer était de 63 ans en 2012.

Il s'agit d'un cancer de bon pronostic : en 2015, le taux global de **survie** relative à 5 ans après le diagnostic d'un cancer du sein est estimé à 87 %.

Cependant le cancer du sein reste la première cause de décès parmi les cancers féminins (**18,2 % en 2015**).

En 2015, le nombre de décès par cancer du sein en France était estimé à 11 913. L'âge médian de décès en 2012 était de 73 ans.

Il a été démontré que le pronostic de la maladie est étroitement corrélé au stade de diagnostic et donc à la nécessité d'une découverte précoce. En effet, 14,8 % des cancers détectés par le programme de dépistage 2013-2014 étaient des cancers in situ.

La taille de la tumeur au moment du diagnostic, ainsi que l'existence d'une atteinte ganglionnaire ou non, favorisent en grande partie le pronostic de la maladie. **En effet, le cancer du sein peut être guéri dans 90 % des cas s'il est dépisté assez tôt** (tumeur de moins d'un centimètre, sans envahissement ganglionnaire).

1.5.1. Les facteurs de risque (30)

Les principaux facteurs de risque regroupent :

- l'âge et le sexe féminin,
- les antécédents personnels de cancer du sein ou de certaines affections bénignes mammaires à risque (hyperplasies atypiques),
- les facteurs génétiques : ethniques, génétiques, familiaux (premier et second degré),
- les facteurs hormonaux : l'âge tardif de la première grossesse, la contraception hormonale, l'utilisation des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, la puberté précoce, la ménopause tardive,
- l'évolution des modes de vie des pays industrialisés : sédentarité, surcharge pondérale, diabète, alcool...
- les modifications des facteurs environnementaux : exposition à des radiations thoraciques...

1.5.2. À l'international (22) (31) (32)

Le cancer du sein reste au niveau mondial le cancer féminin le plus fréquent avec une incidence de 1,67 millions de nouveaux cas estimés en 2012.

Selon l'étude Globocan en 2012, **la France présente un taux d'incidence supérieure ainsi qu'un taux de mortalité plus élevé par cancer du sein que certains pays d'Outre-Atlantique (Canada, Etats-Unis) et que la moyenne européenne.**

Les pays occidentaux sont nombreux à planifier également un programme de dépistage organisé.

L'âge d'inclusion au programme s'échelonne de 40 ans (Suède, Islande) à 74 ans (France, Suède, Pays-Bas). La plupart organisent le dépistage de 50 à 69 ans (Belgique, Allemagne, Italie, Norvège, Canada, Australie...).

L'intervalle entre deux mammographies est de 2 ans, sauf au Royaume-Uni où il est de 3 ans.

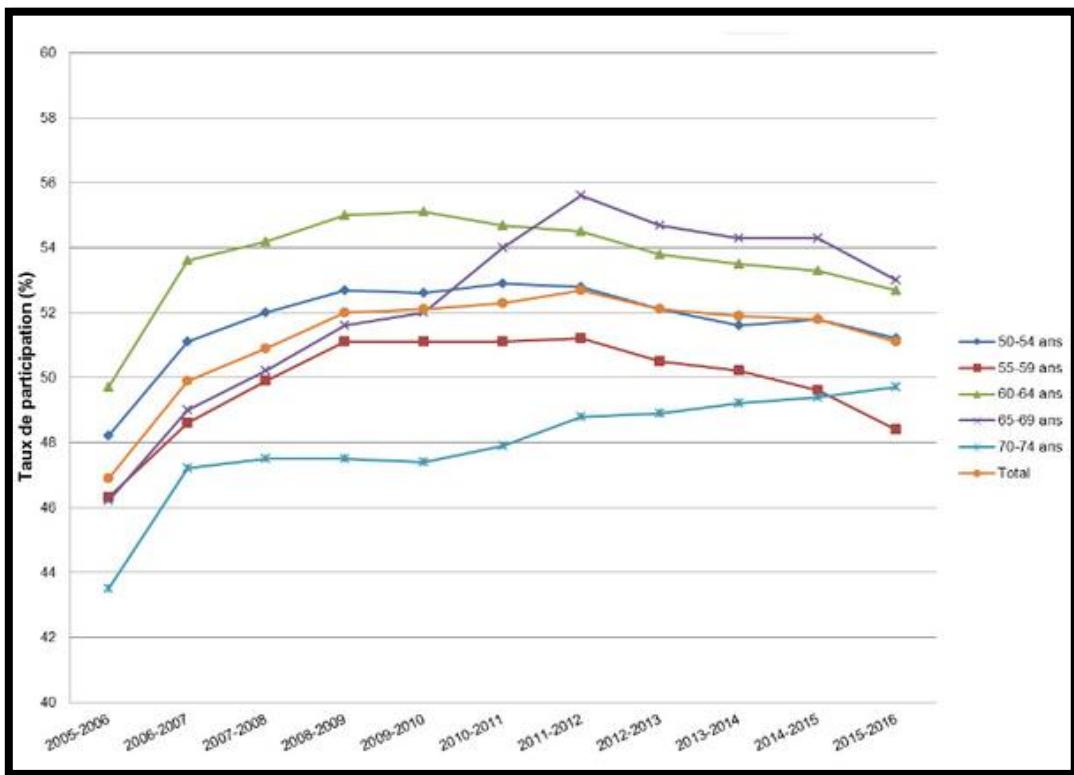
Aux Etats-Unis, il n'existe pas de programme organisé, mais certaines sociétés savantes recommandent un dépistage tous les 1 à 2 ans de 40-50 ans à 70 ans.

1.5.3. Le taux de participation (14) (33) (34) (35) (36)

Le Dépistage Organisé (DO) du cancer du sein **concerne près de cinq millions de femmes** chaque année.

Pour le DO, le référentiel européen mis à jour en 2006 préconise un taux de participation de la population cible **≥ 70 %.**

Le taux de participation en France n'est pas optimal. Il a augmenté progressivement depuis 2004 (40,1 %) pour atteindre un palier en 2008 (52,5 %). Après une stabilisation de la participation autour de 52 % entre 2008 et 2014, les dernières données de Santé Publique France montrent une légère baisse depuis 2014, alors que le nombre de femmes dépistées continue d'augmenter (vieillissement de la population).



Graphique N°3 : Évolution du taux de participation au DO du cancer du sein, par âge, de 2005 à 2016

En 2016, le taux de participation national était de 50,7 %, soit plus de 2 530 000 femmes dépistées au cours de l'année, ce qui reste encore insuffisant sur le territoire français et bien inférieur au taux cible attendu par les autorités européennes.

Le tableau des taux de participation au DO du cancer du sein 2015-2016 de Santé Publique France est présenté en **ANNEXE N°2**.

Le taux de participation au programme de DO du cancer du sein connaît de **grandes disparités régionales et départementales**, avec des écarts entre départements allant de 27,1 % à Paris à 63,3 % en Loire-Atlantique pour le programme 2015-2016.

Pour le département des **Deux-Sèvres**, le taux de participation au DO du cancer du sein pour les années 2015-2016 s'élève à 54,3 %.

En **Bouches-du-Rhône**, sur la même période, le taux de participation est de 36 %.

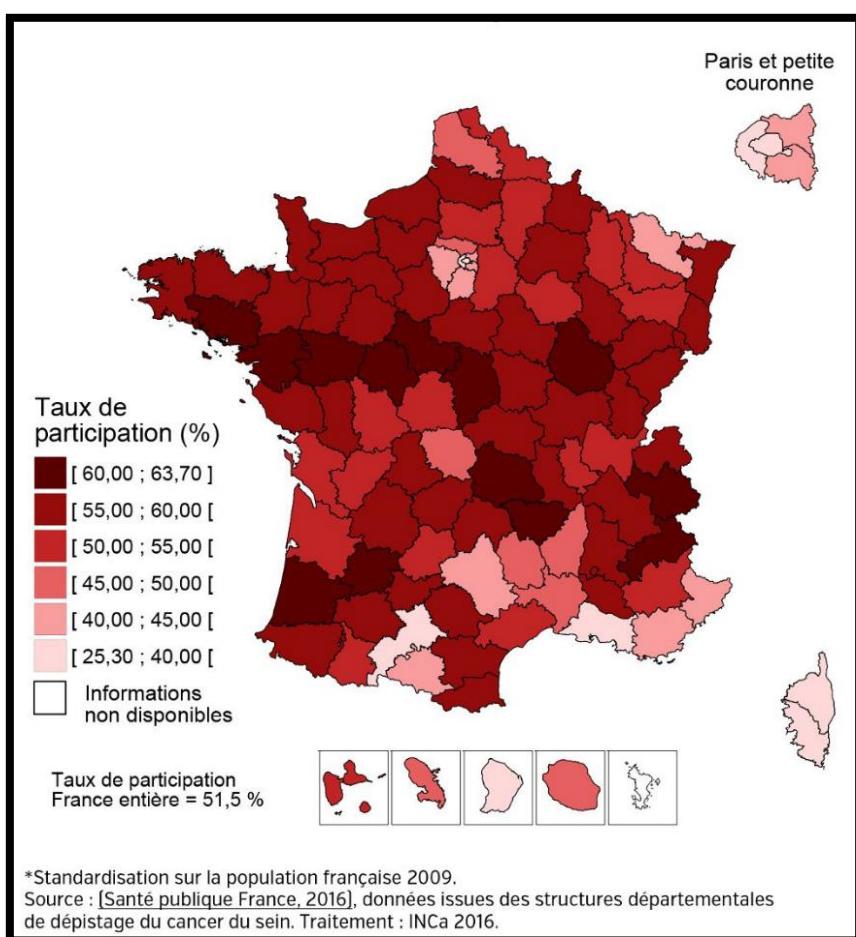


Figure N° 4 : Taux de participation au DO du cancer du sein selon les départements en 2015

2. ASALEE

Depuis quelques années, en France, l'organisation des soins en ambulatoire évolue suite à la conjonction de plusieurs données : une démographie médicale en baisse, un vieillissement de la population et une augmentation des pathologies chroniques. C'est à partir de ces constations qu'est née l'idée du dispositif ASALEE.

2.1. Définition (37) (38) (39) (40) (41)

Le dispositif ASALEE est une action de coordination entre médecins généralistes et infirmières dans le cadre des soins primaires.

ASALEE :

- **Action de Santé** : signifie qu'il s'agit d'orienter l'action vers la prévention et l'éducation.
- **Libérale** : précise que les soins se déroulent, dans la majorité des cas, dans un cabinet de médecine générale libérale, mais il existe actuellement quelques centres de santé (médecins salariés) participant au dispositif.
- **En Equipe** : s'explique par le fait que le travail se base sur la coopération au sein d'un binôme médecin et infirmière.

Il est important de rappeler certains termes qui font le socle du dispositif ASALEE :

Selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), **la coordination** est « une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation de suivi ».

Le terme de **coopération** entre professionnels de santé est défini par l'article L.4011-1 du Code de la Santé Publique : « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. »

Ce terme est repris dans une étude de **la HAS en 2008**, qui émet des recommandations visant à développer des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.

La coopération et la coordination entre les acteurs de santé sont là pour permettre l'échange et la mise en place des protocoles partagés. Elles sont centrées sur le patient.

Dans le concept ASALEE, il est également notion de **délégation de tâches**, comme cela est évoqué dans le second **rapport du Professeur Berland de 2003** : certains actes de soins, qui sont habituellement pratiqués par les médecins, sont délégués aux infirmières par transfert de compétences selon des protocoles préétablis. Ce schéma implique une coopération optimale entre les différents acteurs de santé.

La délégation de tâches engendre une redéfinition des contours des métiers de la santé avec la notion de **champ de compétences**, c'est-à-dire la combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation, tel que l'a établi le **Professeur Matillon dans son rapport de 2006**.

Pour ASALEE, cela se définit par la montée en compétence des infirmières. Elles se doivent d'acquérir de nouvelles compétences avec des objectifs adaptés, par le biais d'une formation adéquate en santé publique, en éducation à la santé et en prévention.

2.2. Historique (40) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51)

L'histoire commence par le **premier rapport de novembre 2002 du Professeur Berland**, président de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), qui a été missionné par le Ministère de la Santé pour analyser la situation démographique des professionnels de santé. Le rapport conclut à la nécessité de développer la coopération entre professionnels de santé et propose une évolution des métiers de la santé par la mise en place du transfert de compétences.

Inspiré par ce rapport, le projet **ASALEE** a débuté dans le département des **Deux-Sèvres en 2004**, porté par un groupe de médecins généralistes, sous l'impulsion du Docteur Jean Gautier. Leur souhait a été de reconsidérer l'organisation du travail en médecine générale libérale dans **le but d'améliorer la qualité des soins et le service rendu aux patients**.

Au départ, ASALEE est une **expérimentation**, faisant suite au **second rapport du Professeur Berland d'octobre 2003** sur « la coopération des professions de santé : transfert de tâches et de compétences ».

Ces expérimentations sont appuyées par la loi du 9 août 2004 qui redéfinit les objectifs de santé publique en France.

En 2004, l'expérimentation ASALEE débute dans 3 cabinets de médecine générale des Deux-Sèvres, regroupant 12 médecins généralistes libéraux et 3 infirmières.

ASALEE est devenue **une association** en 2005, régit par la loi de 1901.

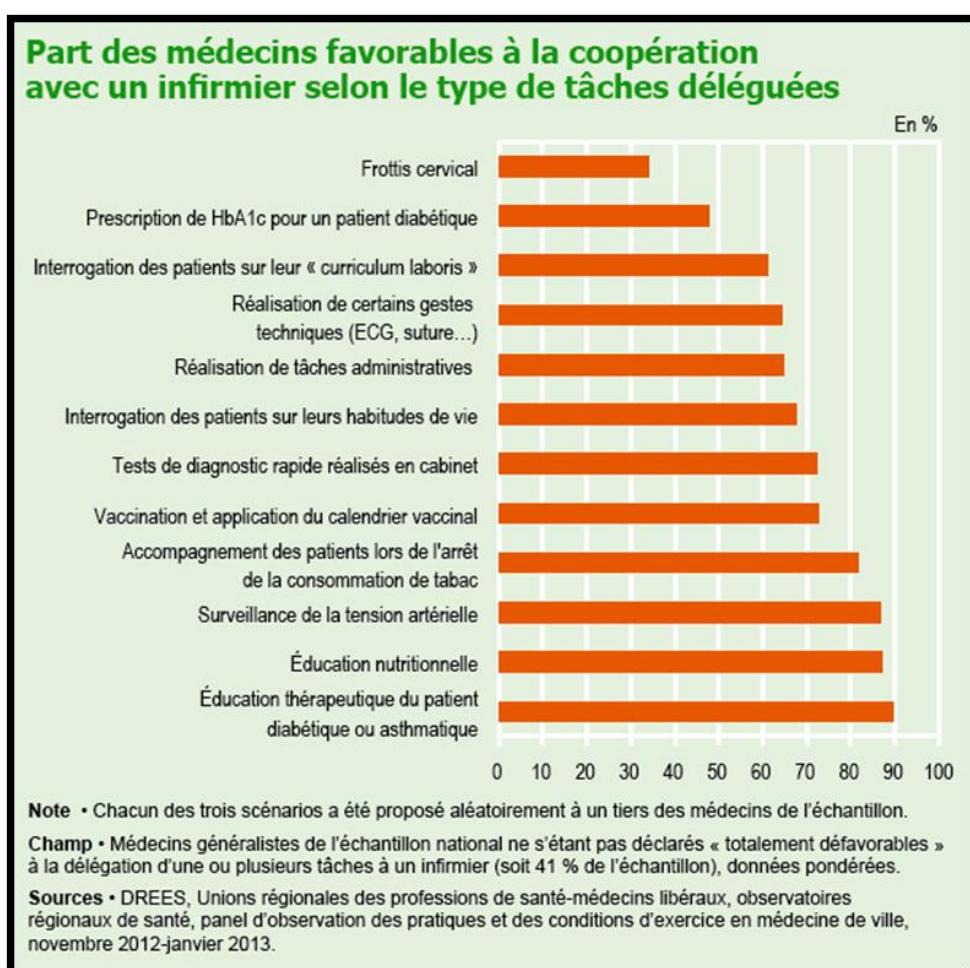
Plusieurs **études médico-économiques ont évalué ce dispositif** et confirment à chaque fois l'efficience de la coopération médecin-infirmière au sein d'ASALEE, particulièrement pour le diabète type 2.

Entre autres, on peut citer l'étude en 2008 du Professeur Daniellou, professeur d'ergonomie à Bordeaux, avec sa conclusion conceptuelle : « ASALEE est l'alliance originale du *care* et du *cure* », l'évaluation de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) en 2008 (ASALEE est 2,8 fois plus efficient qu'une prise en charge habituelle pour les patients diabétiques type 2), l'enquête du

service d'économie du CNAM en 2009 (économie de soins absolus de 10 % chez les patients diabétiques ASALEE) ...

Actuellement, une enquête de l'IRDES est en cours pour évaluer les retombées des activités dérogatoires ASALEE.

À titre d'exemple, citons une étude du DREES de 2014 qui conforte l'accueil favorable des médecins généralistes au principe de coopération et de délégation de tâches :



Graphique N°4 : Part des médecins prêts à déléguer certaines tâches à un infirmier, issu de l'Étude DREES de 2014

L'arrêté du 30 mars 2006 autorise **la reconduction** de l'expérimentation ASALEE.

L'extension est rapide, puisqu'en 2007, l'association se compose de 20 cabinets avec 40 médecins généralistes et 7 infirmières, toujours dans les Deux-Sèvres.

Une première **Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)** collective des quarante médecins a été réalisée en 2007, encadrée par le Professeur Gomes Da Cunha.

En 2008, l'expérience devient **inter-régionale**. Elle s'étend en Bourgogne, Haute-Normandie, Lorraine, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes.

L'article 51 de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) du 21 juillet 2009 abroge la loi du 9 août 2004 et réforme en profondeur le système de santé français. Elle renforce le principe de coopération entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental, en supprimant la notion de durée et en posant le socle hiérarchique (l'ARS, la HAS, l'État...) pour la mise en place des protocoles de coopération.

Un protocole de coopération d'ASALEE est alors proposé en 2011.

La HAS émet un avis favorable le 22 mars 2012 et autorise l'expansion du dispositif ASALEE en ajoutant à l'action éducative de base, **les actes dérogatoires**.

ASALEE sort de son cadre expérimental.

ASALEE connaît alors **une extension nationale** puisqu'en 2013, l'association regroupe 33 départements (16 régions) avec 331 médecins pour 117 infirmières, et concerne 330 000 patients.

En 2014, ASALEE représente 300 infirmières pour environ 1 000 médecins. Cela inclut 500 000 patients éligibles sur 1 million de patients potentiels.

2.3. Expériences à l'étranger (52) (53)

La coopération entre professionnels de santé de soins primaires existe déjà avec les **infirmières de pratique avancée** dans les pays anglo-saxons (Royaume-Uni et Etats-Unis) depuis les années 1970. Il s'agit d'un travail en groupe avec d'autres professionnels de santé qui a déjà fait ses preuves.

Un rapport de l'IRDES de 2006 a permis de comparer la participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada. Il souligne que lorsque la densité médicale d'un pays est élevée, comme c'est le cas en Italie ou en Allemagne, les rôles d'infirmiers délégués semblent peu développés et, inversement, comme au Royaume-Uni ou au Canada.

Certains pays, comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, emploient d'autres types de professionnels de santé en soutien aux médecins généralistes : les assistants médicaux, qui permettent d'accroître les services rendus aux patients par les cabinets de groupe.

2.4. Organisation (42) (54) (55)

Début 2017, on dénombre **490 infirmières ASALEE** qui travaillent en collaboration avec **1740 médecins ASALEE** (soit 3,5 % des médecins généralistes libéraux de France) dans 650 sites (cabinets de groupe mono-disciplinaire, maisons de santé) répartis dans **86 départements** en France. Cela concerne plus de 1 400 000 patients.

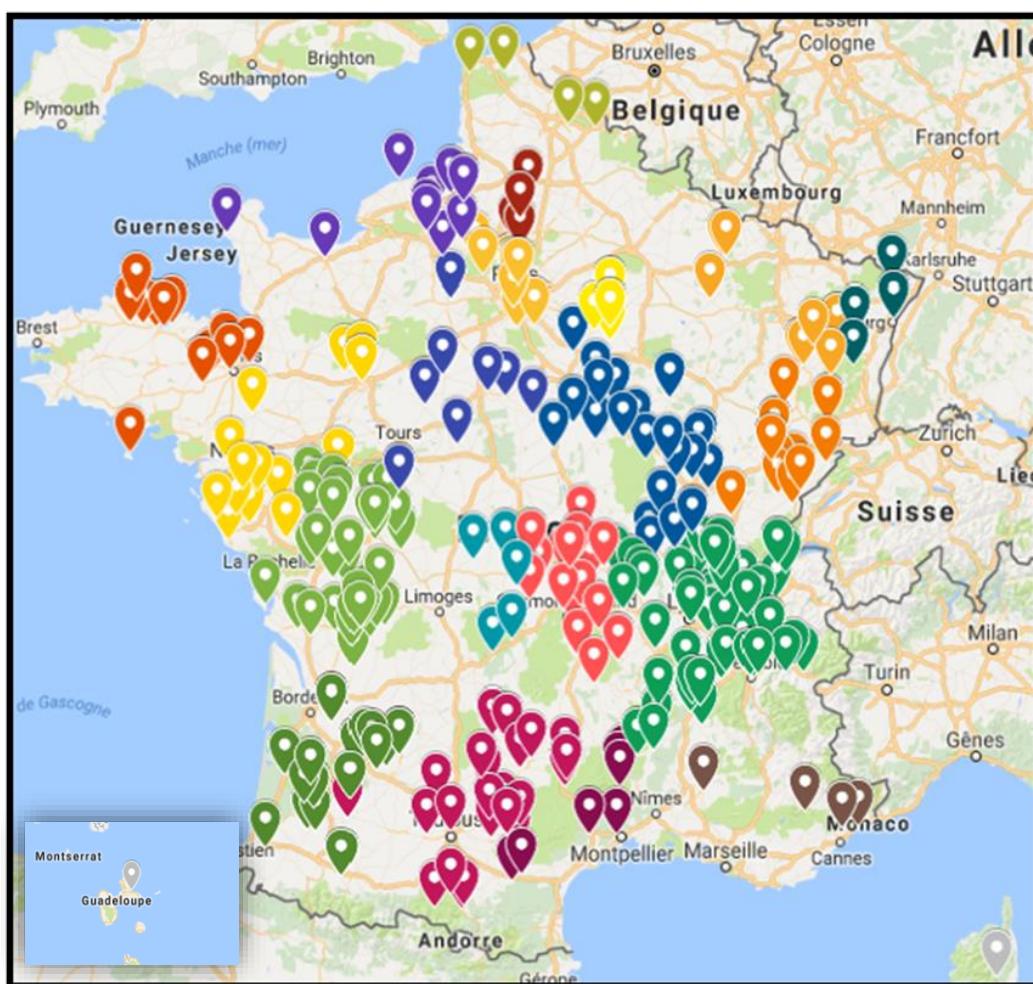
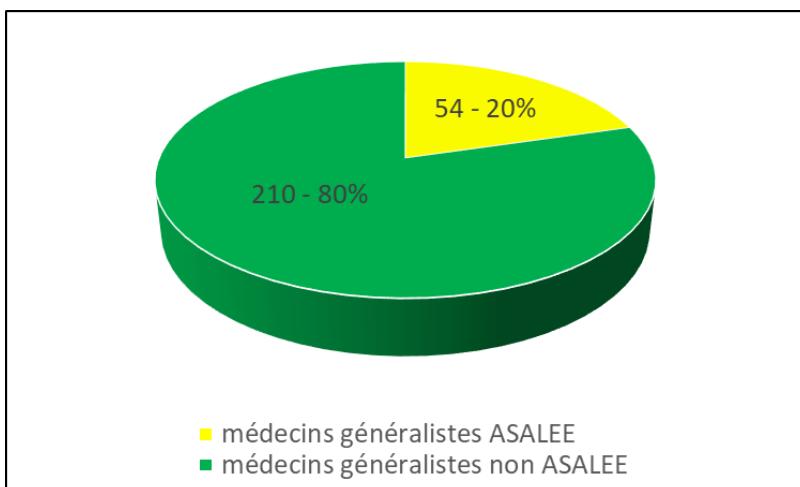


Figure N°5 : Répartition en France des sites ASALEE au début de l'année 2017.

Chaque couleur correspond à une région.

Au niveau du **département des Deux-Sèvres**, il existe 54 médecins ASALEE pour **14 Infirmières Déléguées de Santé Publique (IDSP)**.

21 % des 264 médecins généralistes en activité libérale que comptent les Deux-Sèvres sont des médecins ASALEE.



Graphique N°5 : Proportion des médecins ASALEE parmi les médecins généralistes libéraux des Deux-Sèvres

En Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), le dispositif ASALEE est présent depuis 2014 avec 6 IDSP et 20 médecins ASALEE en activité dans le Vaucluse, les Alpes-de-Haute-Provence et les Alpes-Maritimes.

2.4.1. Éligibilité (56) (57)

L'accueil d'une infirmière ASALEE au sein d'un site candidat nécessite au préalable, **une validation conjointe de l'association ASALEE et de l'ARS**, selon l'arrêté du 31 décembre 2009.

Le cabinet médical doit être capable d'accueillir l'IDSP. Elle doit pouvoir disposer d'un bureau équipé d'un ordinateur avec accès au logiciel de gestion des dossiers médicaux, d'un téléphone et d'un accès internet haut débit afin d'accéder au portail extranet ASALEE.

2.4.2. Financement (42) (55) (58) (59) (60)

Lors de sa première année d'expérimentation, le projet a été mené financièrement par l'**Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)** de la région Poitou-Charentes.

La subvention s'est poursuivie au niveau régional à travers les crédits du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), puis du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).

Le financement devient ensuite national dans le cadre des **Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)** des professionnels de santé, de 2012 à fin 2014. Le dispositif ASALEE est le premier à être financé dans le cadre du module 3 (coopération entre professionnels du secteur ambulatoire).

L'arrêté du 12 janvier 2015, relatif à l'article L. 4011-1 du Code de la Santé Publique, autorise le financement dérogatoire d'ASALEE, après avis favorable du **Collège des Financeurs**. Ce Collège est composé des dirigeants de la Direction générale de la santé (DGS), de l'offre de soins (DGOS), de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS).

Une convention a été signée pour trois ans entre l'association ASALEE, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Niort, la DSS et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). La convention est effective jusqu'à fin 2018, et autorise jusqu'à 267 équivalents temps pleins par an en effectifs d'infirmières ASALEE.

Le budget qui est alloué à l'association ASALEE permet de :

- rémunérer les IDSP,
- indemniser les médecins,
- financer les moyens techniques : frais directs de l'IDSP (ordinateur, déplacements), les supports d'information, le recrutement et la formation des professionnels, le développement et l'ajustement continu de protocoles...

2.4.3. Les acteurs ASALEE (42) (55) (56) (61) (62)

Le médecin ASALEE

C'est un médecin généraliste en activité libérale. Le médecin est le délégant : il transfère un acte de soins ou une activité à l'infirmière.

Le médecin participe initialement à une réunion d'information organisée par ASALEE, de façon à connaître le déroulement du parcours de soins et la collaboration ASALEE pour intégrer au mieux le rôle de l'IDSP.

Les missions du médecin généraliste consistent à :

- Informer le patient :

Le médecin doit informer le patient de la présence et du rôle de l'IDSP qui exerce au sein de son cabinet, à l'oral au cours de la consultation et par affichage dans la salle d'attente.

La bonne présentation du projet vis à vis de la patientèle assure son succès. Dans les maisons de santé où exercent des infirmières libérales, il convient de clarifier auprès des patients l'action de santé publique de l'IDSP d'une activité de soins. Les infirmières libérales doivent d'ailleurs être informées de la fonction de l'IDSP. L'absence de toute ambiguïté permet d'obtenir une plus forte adhésion des patients.

- Adresser le patient à l'IDSP :

C'est le rôle essentiel du médecin et la clé du succès d'ASALEE.

Le médecin adresse un patient à l'IDSP si le profil de celui-ci correspond à un des champs d'action d'ASALEE. Différents cas de figures sont possibles : le médecin peut soit inviter le patient à prendre rendez-vous avec l'IDSP, soit lui prendre le rendez-vous lui-même, soit présenter directement l'IDSP au patient si celle-ci est disponible. Cette dernière option est à favoriser, car elle permet au médecin traitant de démarrer une alliance thérapeutique avec son patient.

- Encadrer l'IDSP :

Chaque action de l'IDSP est protocolisée au sein d'ASALEE. L'IDSP s'y réfère en permanence dans son travail. Les débriefings sont quotidiens et sont propices à l'échange et au partage d'idées.

Des réunions de concertation sont organisées au moins une fois par mois entre les médecins et l'IDSP afin de s'assurer de la bonne conduite de la collaboration.

L'infirmière ASALEE

L'infirmière est qualifiée d'Infirmière Déléguée de Santé Publique « IDSP » afin d'éviter toute confusion avec une infirmière dont le travail est principalement le soin (l'IDSP ne pratique pas les actes techniques d'une infirmière libérale). Son champ d'action est encadré par des protocoles standardisés qui permettent une homogénéisation des pratiques au sein du dispositif. L'IDSP est une femme dans 95 % des cas.

- Sa pratique :

Elle peut être en exercice salarié en Contrat de travail à Durée Indéterminée (70 %) ou en vacation libérale (30 %).

Une IDSP intervient pour maximum cinq médecins, répartis dans un ou plusieurs cabinets proches géographiquement. Chaque infirmière gère plus de 1 200 patients par an.

L'IDSP intervient en majorité à temps partiel, de un à cinq jours par semaine. Un tiers de son temps est consacré au travail sur dossier médical (remplissage, mise à jour des données), et deux tiers de son temps à des consultations (hors période de formation). Sur une journée, l'IDSP peut réaliser au maximum cinq à six consultations.

- Sa formation :

Des compétences sont nécessaires pour pouvoir participer au dispositif ASALEE. Il est nécessaire que l'IDSP possède au moins cinq années d'expérience en milieu de soins. En moyenne, il y a dix candidatures pour chaque poste.

Dès son arrivée, l'IDSP bénéficie d'une **formation initiale à la fois théorique et pratique**. Elle se rend à Paris, lieu central, pour rencontrer les équipes référentes qui la forment sur six jours en éducation thérapeutique du patient et sur trois jours supplémentaires sur les différents protocoles ASALEE. Une formation spécifique aux outils informatiques (logiciel médical et portail internet ASALEE) est également assurée.

L'IDSP profite aussi d'un compagnonnage en binôme de trois jours avec une IDSP ASALEE expérimentée.

Puis, tout au long de son activité, l'IDSP bénéficie d'une **formation continue**. Les IDSP se rassemblent lors d'une réunion de secteur au moins tous les deux mois et elles se réunissent avec les médecins ASALEE, à l'occasion d'une réunion départementale annuelle et lors d'un Séminaire National annuel à Paris pour partager des informations, réfléchir à de nouveaux projets et évoquer des pistes pour l'amélioration des pratiques.

Les autres intervenants ASALEE

D'autres acteurs interviennent également au sein d'ASALEE et assurent son bon fonctionnement :

- les IDSP et médecins référents : pour la formation des IDSP, il existe une référente par protocole et des référents en éducation thérapeutique,
- **les ingénieurs** : ils exercent à Paris et gèrent le « management ». Ils s'occupent du support informatique, des aspects juridiques, du suivi de l'activité ASALEE par l'étude d'indicateurs biomédicaux...
- le comité d'entreprise,

- le comité de recherche et de développement,
- la délégation générale : s'occupe de la gestion de la comptabilité et du personnel, **l'audit...**
- le conseil d'administration : gère la formation, la relation avec les partenaires (l'ARS, la HAS, l'État...) et la représentativité d'ASALEE dans le système de santé français (participation à des colloques, congrès...). Le siège d'ASALEE se situe à Brioux-sur-Boutonne en Deux-Sèvres.

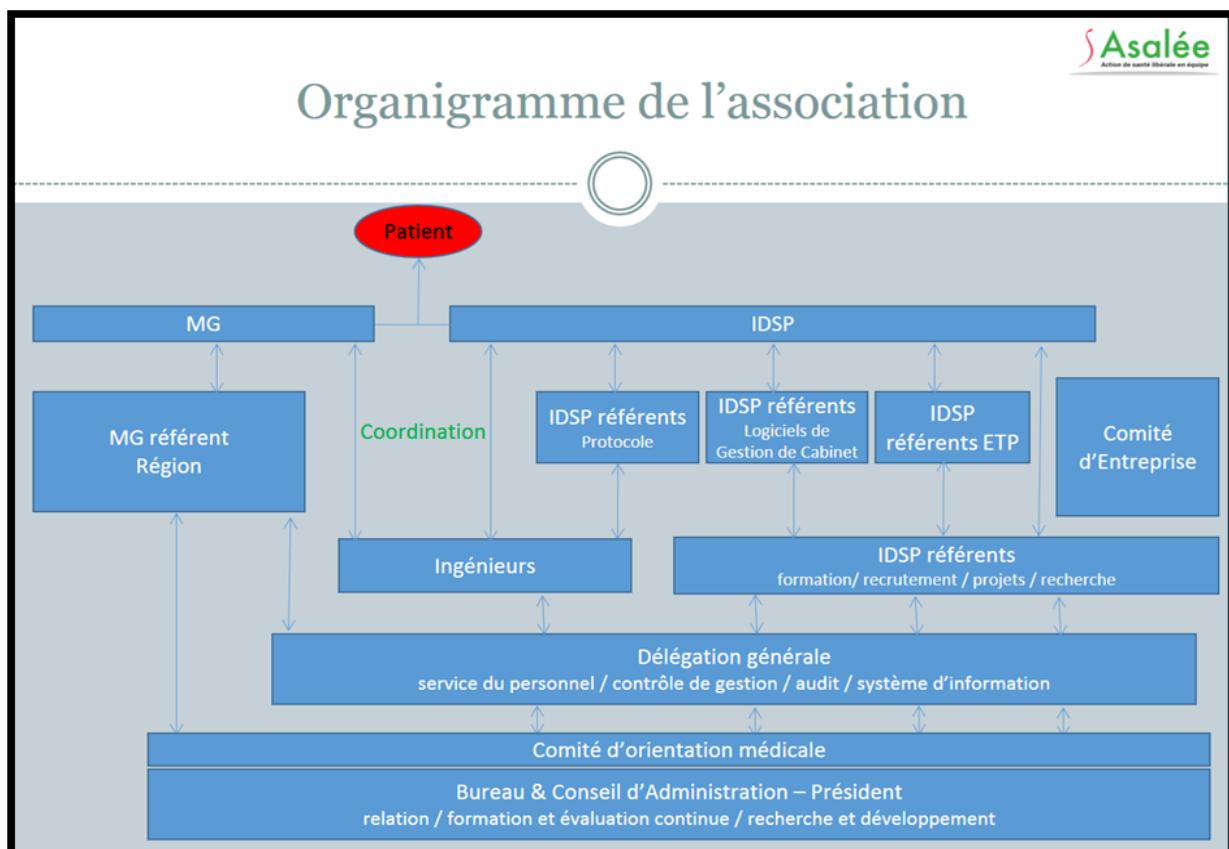


Figure N°6 : Organigramme d'ASALEE

La structure associative ASALEE fonctionne sur un mode **holocratique** : « c'est un système d'organisation fondé sur la mise en œuvre formalisée de l'intelligence collective. Elle permet de répartir les prises de décisions au travers d'une responsabilisation d'équipes auto-organisées ». Cette structure présente une hiérarchie inversée où **les acteurs de « terrain »** (l'équipe médecin généraliste – infirmière) assurent les fonctions essentielles, qui sont la clé du succès.

2.5. Objectifs (56) (61) (63) (64) (65)

L'objectif principal est d'**améliorer la qualité des services rendus aux patients** en développant **une coopération** au sein du cabinet de médecine générale, à travers l'utilisation de **protocoles dédiés au dépistage**, à la prévention et à l'**Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)**.

Voici donc en détail les différents objectifs d'ASALEE :

Dynamiser l'activité libérale

Le travail en groupe a pour but de dynamiser l'activité dans les cabinets. Le travail de l'IDSP peut apporter un autre regard et une remise en question pour une prise en charge du patient dans **sa globalité**. C'est un soutien pour le médecin dans les cas où l'adhésion du patient s'essouffle.

Améliorer la gestion des dossiers médicaux informatisés

Le rôle de l'IDSP est de compléter au fur et à mesure tous les dossiers qu'elle est amenée à consulter. Elle y intègre les résultats d'examens qu'elle a prescrits ou réalisés en lien avec les différents protocoles.

Après chacune de ses consultations, l'IDSP dresse un compte-rendu dans le dossier médical. Cette coordination dans la gestion des dossiers permet d'optimiser le travail du médecin. L'IDSP est soumise au **secret médical**, au même titre que le médecin.

Si l'IDSP identifie des examens non réalisés, elle place **des alertes** au sein de chaque dossier médical informatisé pour rappel au médecin. Celui-ci pourra alors, à la consultation suivante, proposer l'examen indiqué au patient ou mettre à jour le dossier médical.

À partir des dossiers médicaux informatisés, l'IDSP réalise une **extraction de population cible** qui relève d'un protocole particulier (patients diabétiques de type 2, patients relevant d'un dépistage...). Ce travail de recherche nécessite donc le renseignement rigoureux des dossiers au préalable. Cela permet alors de passer **d'une médecine individuelle à une médecine populationnelle**.

Toute l'activité informatique de l'IDSP transite par le **Portail Services ASALEE (PSA)**, un site extranet sécurisé au niveau national. Ce site présente l'ensemble des protocoles, les formulaires de relevés d'information ainsi qu'un système d'alerte.

L'IDSP y notifie toutes ses interventions. Un tableau de bord mensuel synthétise toutes ses actions et facilite l'analyse médico-économique du dispositif.

Un exemple de Tableau de Bord d'une IDE ASALEE sur le PSA ASALEE est présenté en **ANNEXE N°3**.



Figure N°7 : page d'accueil du portail services ASALEE

Dépister et suivre des pathologies chroniques

- Éducation Thérapeutique du Patient :

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est devenue un élément essentiel dans la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques. Comme définie par l'OMS en 1998 et la HAS en 2007, « l'ETP aide à acquérir ou à maintenir des compétences afin de gérer au mieux la vie des patients avec leur maladie. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, de responsabilisation par l'apprentissage de l'autogestion (l'autosurveillance glycémique capillaire, l'automesure tensionnelle...) et de soutien psychologique concernant la maladie et le traitement prescrit. »

Au cours de la première séance, l'IDSP dresse un **diagnostic éducatif**. Elle fait le point avec le patient sur ce qu'il sait de sa pathologie, ce qu'il a compris et accepté de la thérapeutique, ce qu'il veut faire... Elle aborde ainsi la personne dans son ensemble et définit ensuite un **plan d'action personnalisé** avec le patient sur les compétences à acquérir au regard du projet thérapeutique. Un **consentement** écrit est signé par le patient au début de sa prise en charge par l'IDSP pour autoriser celle-ci à le suivre conjointement avec le médecin et lui permettre l'accès à ses données médicales informatisées.

L'IDSP planifie des séances d'ETP régulières d'une durée d'environ quarante-cinq minutes. Au départ, trois ou quatre séances sont planifiées, espacées d'un mois en général, puis une séance annuelle. Il peut s'agir de séances individuelles ou des ateliers de groupe (groupe de marche...).

Les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique sont définies dans l'article D.1161-2 du décret N°2010-906 du 2 août 2010.

- Dépistage et suivi du patient diabétique de type 2 :

C'est la pathologie à privilégier dans sa prise en charge selon le groupe ASALEE.

Pour le dépistage, les patients concernés sont ceux ayant une glycémie à jeun comprise entre 1,10 g/L et 1,26 g/L, et ceux de plus de 45 ans ayant un IMC > 28 ou des antécédents familiaux de premier degré de diabète. Une surveillance par réalisation d'une glycémie annuelle est effectuée.

Pour le suivi du diabète de type 2, le patient est vu quatre fois par an. L'IDSP mesure la tension artérielle, le poids, vérifie les résultats d'examen, la compliance et l'observance des traitements. Elle rappelle les règles hygiéno-diététiques.

Les actes dérogatoires sont la prescription de biologie (Hba1c) et du fond d'œil, ainsi que la prescription de l'Électrocardiogramme (ECG) et de l'examen des pieds (monofilament).

- Suivi des patients avec des facteurs de risque cardio-vasculaires (FDRCV) :

Les patients concernés ont au moins deux facteurs de risque dont un modifiable.

Les facteurs de risque sont les suivants : âge (homme > 45 ans, femme > 55 ans), antécédents familiaux, tabagisme actif ou sevré de moins de trois ans, hypertension artérielle, Indice de Masse Corporelle (IMC) > 28, hyperlipidémie.

L'IDSP mesure la tension artérielle, le poids, vérifie les résultats d'examens, l'observance aux traitements. Elle rappelle les règles hygiéno-diététiques.

Les actes dérogatoires sont la prescription de biologie (bilan lipidique), l'explication et la prescription d'automesure tensionnelle ainsi que la prescription d'Électrocardiogramme.

- Repérage de Bronchopneumopathie chronique obstructive et suivi du patient tabagique :

Les patients cibles sont ceux de plus de 40 ans fumeurs, ou anciens fumeurs (à partir de 20 paquets année pour les hommes et 15 paquets année pour les femmes).

Les actes dérogatoires sont la prescription et la réalisation d'une spirométrie et la mesure du CO expiré.

Le patient est alors vu en consultation de suivi par le médecin pour l'interprétation des résultats. Au décours, le généraliste peut lui proposer de démarrer une aide au sevrage tabagique en coordination avec l'IDSP.

Repérer les troubles cognitifs

Les patients concernés sont ceux d'âge supérieur à 75 ans, ayant ou non exprimé une plainte mnésique, ou lorsque celle-ci est évoquée par l'entourage.

L'acte dérogatoire est une consultation mémoire avec la réalisation de tests d'évaluation mnésique : Horloge, Mini Mental State, 5 mots de Dubois ...

Dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon :

L'IDSP définit la population visée par les dépistages à partir du logiciel informatique, puis elle vérifie que cette population a bien réalisé les tests recommandés.

Dans le cadre du **dépistage du cancer colorectal**, elle remet au patient éligible, de 50 et 74 ans, après explication, le test immunologique de détection de sang occulte dans les selles OC Sensor® qu'il est venu chercher auprès de son médecin traitant sur invitation du centre de gestion.

Puis le médecin transmet le résultat de l'examen à l'IDSP pour qu'il soit retranscrit dans le dossier et qu'une alerte soit ajoutée, pour le prochain test dans deux ans.

Dans le cas du **dépistage du cancer du col de l'utérus** par Frottis Cervico-Vaginal (FCV), l'action de l'IDSP repose essentiellement sur le système d'alerte mis en place dans les dossiers médicaux. La population éligible à la vaccination contre les papillomavirus humains (de 11 à 20 ans), en complément du FCV, ne fait pas partie de la population habituellement suivie par les IDSP.

Bienvenue sur le portail services asalée

Gestion Cabinet : Gaëlle Bill Cabinet :

Dossier

Cabinet	nueil
N° de dossier	4188
Sexe	Féminin
Née le	07/09/1943
Age	73 ans
Taille	153 cm
Statut	Actif
Date de consentement	14/03/2017

Liste des dépistages du cancer du sein

Date	Antécédants	Type de dépistage	Date Mammographie	Date de rappel
13/08/2014		Collectif	28/04/2014	28/04/2016
21/11/2016		Collectif	19/10/2016	19/10/2018
05/12/2016		Collectif	19/10/2016	19/10/2018

Liste des dépistages du cancer du colon

Date	Réponses
13/08/2014	Afficher/masquer les détails

Liste des tensions artérielles
Liste des 1 suivis trouvés

Début	Durée	Matin	Soir	Moyenne	Détail
15/03/2017	3j	137/82	135/82	136/82	détail

Figure N°8 : Exemple de dossier tenu par l'IDSP sur le portail internet ASALEE

2.6. Dépistage organisé du cancer du sein et ASALEE

Le dépistage organisé du cancer du sein appartient **aux tâches** qui incombent à l'infirmière mais ne fait pas partie des protocoles dérogatoires validés par la HAS.

L'IDSP extrait des dossiers informatisés la population de femmes de 50 à 74 ans éligible. Elle **contrôle** si ces femmes ont bien réalisé une mammographie dans les deux années précédentes et si les résultats sont notés dans leur dossier médical.

Si le dépistage est à jour, l'IDSP ajoute **une alerte** de rappel dans le dossier informatisé, pour la prochaine mammographie à faire dans deux ans.

Si ce n'est pas le cas, elle place une alerte d'examen manquant. Grâce à cela, le médecin pourra lors d'une consultation suivante, le notifier à la patiente.

Lors de ses consultations, l'IDSP peut aussi être amenée à faire un **rappel oral** à la patiente, lui indiquer la date prévue de sa prochaine mammographie et même lui éditer une nouvelle invitation, en cas de perte.

Ce travail de dépistage est réalisé **en synergie avec la structure de gestion départementale** (mise à jour et partage des données, signalement des sujets exclus du dépistage...).

Cette action ASALEE au niveau du dépistage du cancer du sein est régie par un protocole, qui est présenté en ANNEXE N°4.

Aucune étude n'a encore évalué l'efficience d'un tel protocole.

MÉTHODE

1. Objectif de l'étude

L'**objectif principal** de cette étude est d'évaluer l'évolution du taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, deux années après la date de collaboration des médecins généralistes avec l'infirmière ASALEE en Deux-Sèvres.

Les objectifs secondaires sont :

- **Objectif secondaire N°1** : Évaluer les caractéristiques des médecins généralistes ayant une évolution du taux de participation au dépistage organisé du sein $\geq 10\%$ après deux années de collaboration avec l'infirmière ASALEE en Deux-Sèvres.
- **Objectif secondaire N°2** : Évaluer le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les années 2015-2016 de la patientèle des médecins généralistes ayant débuté leur collaboration avec ASALEE en Deux-Sèvres la même année que leur première installation en médecine libérale ou l'année de création d'ASALEE en 2004.

2. Type d'étude

C'est une étude quantitative, rétrospective, descriptive, multicentrique.

Le recueil des données a été mené du 1er décembre 2016 au 15 juin 2017.

3. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée via les ressources internet : sites nationaux (HAS, INCA, INVS, Santé Publique France, Sénat...) ainsi que plusieurs moteurs de recherche et banques de données en bibliographie : Thèse IMG, CAIRN, BDSP

(Banque de Données en Santé Publique), Cochrane, PubMed, SUDOC, CISMEF, Google Scholar, Google.

Les mots-clés utilisés ont été les suivants :

- en langue française : « médecine générale », « médecins généralistes », « coopération entre professionnels de santé », « infirmière déléguée à la santé publique », « ASALEE », « dépistage organisé du cancer du sein », « PACA », « Poitou - Charentes ».

- en langue anglaise : « general practice », « general practitioners », « cooperation with nurses », « preventive medicine », « ASALEE », « organized breast cancer screening program ».

La gestion des références a été réalisée avec le logiciel Zotero.

4. Population de l'étude

Critères d'inclusion

Pour tous les objectifs :

- Médecins généralistes thèsés exerçant en Deux-Sèvres.
- Médecins installés exerçant en libéral.
- Médecins ayant signé, sur une période de **juin 2004 à juin 2015**, un contrat de collaboration avec ASALEE
- Médecins ayant leurs résultats de mammographies recueillis par ARCANDE 79 accessibles pour les deux années suivant le début de collaboration avec l'infirmière ASALEE.

Pour l'objectif secondaire N°2 :

- Médecins ayant démarré leur collaboration avec ASALEE la même année que leur première installation ou l'année de création d'ASALEE en 2004.

Critères de non inclusion

Médecins généralistes en première installation libérale en Deux-Sèvres en 2016.

Critères d'exclusion

Il n'y a pas d'exclusion au cours de l'étude.

5. Déroulement de l'étude

5.1. Recueil des données

Il s'est déroulé en plusieurs étapes.

Recrutement de la population d'étude

Les données ont été recueillies en contactant les différents intervenants ASALEE afin de répertorier les médecins ASALEE des Deux-Sèvres et de déterminer leurs caractéristiques :

- Contact de la direction ASALEE :

En décembre 2016, la liste des infirmières ASALEE des Deux-Sèvres, leurs coordonnées et les noms de leurs médecins généralistes rattachés ont été fournis par le Délégué Général ASALEE à Paris par mail, après demande téléphonique, puis une liste complémentaire a été délivrée par le Président d'ASALEE, Jean Gautier.

- Contact des infirmières ASALEE :

Un mail a été envoyé en avril 2017 aux infirmières ASALEE. Il comportait un questionnaire simple : date d'entrée dans ASALEE des médecins avec qui elles travaillent, l'âge, le lieu et le type d'exercice des médecins.

6 infirmières, sur les **14 infirmières ASALEE des Deux-Sèvres**, ont répondu au **mail**. Des compléments d'information ont été obtenus par téléphone auprès de plusieurs Infirmières Diplômées d'État (IDE) ASALEE.

- Contact des médecins ASALEE :

Un mail a été diffusé en mai 2017 par le biais du CDOM des Deux-Sèvres (pour des raisons de confidentialité) auprès des médecins pour recouper les données obtenues auprès des IDE ASALEE.

4 médecins, sur les **54 médecins ASALEE des Deux-Sèvres** sollicités, ont répondu. Un recours dans un second temps par voie téléphonique de plusieurs médecins a été nécessaire pour compléments d'information.

Des recueils complémentaires ont été nécessaires auprès du **CDOM des Deux-Sèvres**, après accord du Président Docteur Bonnin, par téléphone et mail : le nombre de médecins généralistes libéraux en Deux-Sèvres (264 médecins), certaines caractéristiques des médecins ASALEE, telles que l'âge.

Caractéristiques des médecins ASALEE

A partir des données obtenues auprès des contacts sus-cités, il a été déterminé :

- les caractéristiques générales des médecins ASALEE : leur âge, leur sexe...

- le type d'exercice des médecins ASALEE : (66) (67)

Les médecins étudiés ont été répartis selon leur exercice : seul, en groupe monodisciplinaire d'au minimum deux médecins (sans comptabilisation de l'IDE ASALEE) ou en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

La définition de MSP est établie selon l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique :

« La maison de santé est une personne morale constituée de professionnels médicaux, d'auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas

échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre de la santé ».

On dénombre 121 MSP en région Nouvelle-Aquitaine.

Une recherche complémentaire sur internet a été nécessaire pour connaître le type d'exercice de chaque médecin : les pages jaunes, maisons-et-pôles-de-santé.com...

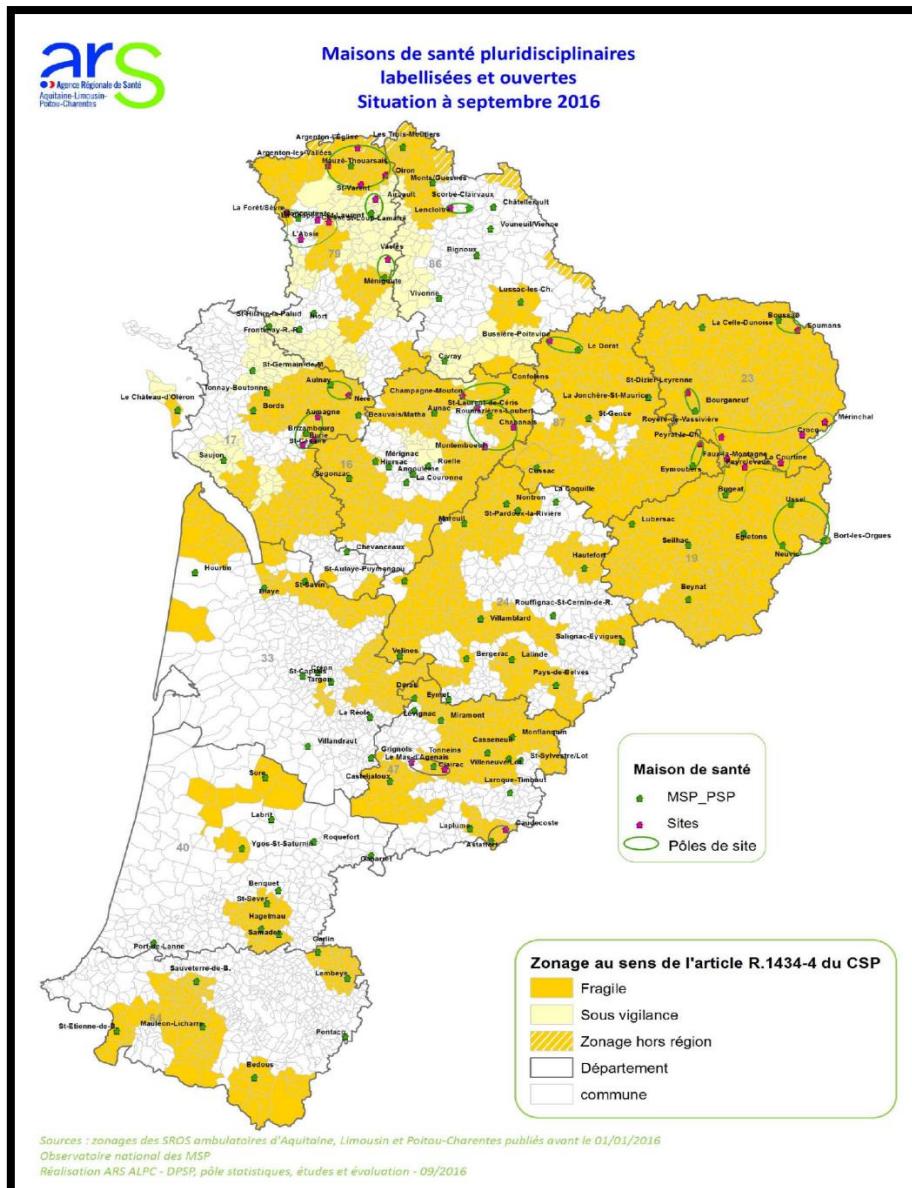


Figure N°9 : Répartition des MSP en région Nouvelle-Aquitaine en 2016

- le statut de Maîtres de Stage Universitaire (MSU) :

La liste des MSU des Deux-Sèvres a été obtenue par l'intermédiaire des Docteur R. et L., par mail en juin 2017.

Il existe 56 MSU exerçant en Deux-Sèvres, pour la faculté de Médecine de Poitiers. Parmi les 264 médecins généralistes libéraux que compte le département des Deux-Sèvres, **21 % sont des Maîtres de Stage Universitaire**. 55 % d'entre eux sont situés dans le Nord du département.

Nous notons qu'au sein des MSU, **50 % exercent en collaboration ASALEE**. À l'inverse, parmi les médecins ASALEE, 52 % sont MSU.

- le lieu d'exercice des médecins ASALEE :

D'après la carte départementale des Deux-Sèvres, il a été défini les zones du nord et du sud du département, en se basant sur une ligne horizontale passant par Mazières-en-Gâtine.

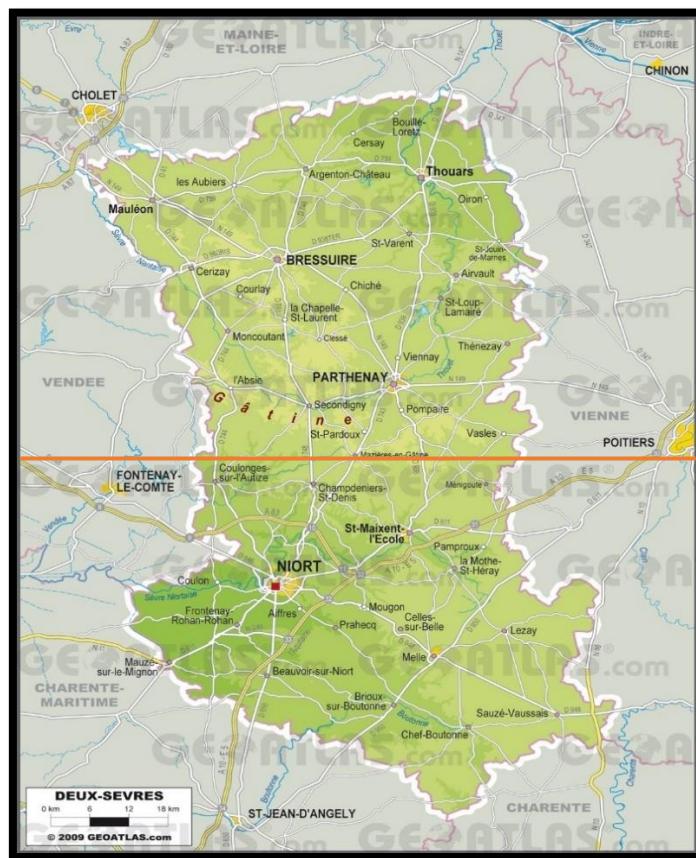


Figure N°10 : séparation Nord-Sud du département des Deux-Sèvres

- le milieu d'exercice des médecins ASALEE : (68) (69)

Rappel de la définition des milieux urbain et rural, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) :

Une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre les deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.

Sont considérées comme rurales, les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2 000 habitants.

Il a été utilisé comme support la liste des communes rurales de l'arrêté préfectoral des Deux-Sèvres de 2015.

Recueil des taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein ARCANDE 79

Selon la définition de l'INSEE : (14)

Le taux de participation correspond au nombre de femmes de la population cible ayant réalisé une mammographie après avoir été invitées dans le cadre du programme de dépistage organisé. Le taux de participation par année prend en compte la participation pour une année civile. Cependant, les taux sont généralement calculés sur deux ans, avec prise en compte d'une période au cours de laquelle toute la population cible devrait avoir été invitée, pour refléter au mieux la participation des femmes. La participation est mesurée à partir du nombre de femmes dépistées par rapport à la population INSEE (calculée de façon identique sur tout le territoire). Le taux de participation INSEE est le taux de référence.

Le recueil de données s'est fait auprès du Docteur Arlot-Lamade, à l'occasion de plusieurs rendez-vous entre avril et juin 2017 au sein du siège d'ARCANDE 79.

Ainsi, pour chaque médecin inclus dans notre étude, **le nombre de mammographies** effectuées dans le cadre du programme de DO du cancer du sein pour les patientes de 50 à 74 ans a pu être récupéré, qu'elles aient été réalisées **en cabinet de radiologie de ville ou en milieu hospitalier.**

Utilisation du logiciel : NEOSCOPE 2.

Les taux ont été calculés sur deux ans : période au cours de laquelle toute la population éligible (femmes de 50 à 74 ans sans facteurs de risques) doit avoir participé, selon les recommandations de l'INSEE.

Ce calcul du nombre de mammographies a été réalisé :

- **soit de mois en mois**, pour un total de 24 mois, soit deux années, précédent et suivant la collaboration ASALEE pour les médecins inclus dans **l'objectif primaire**.
- **soit par année entière**, pour les années 2015 et 2016, pour les médecins ASALEE de **l'objectif secondaire N°2**.

Le nombre de patientes de 50 à 74 ans a été récupéré pour chaque médecin inclus dans l'étude. Une liste de médecins a été définie au préalable et envoyée par mail, aux principales caisses de sécurité sociale : CPAM, RSI et MSA.

À partir de ces données, le nombre de mammographies effectuées par rapport à la population de femmes éligibles a été **converti en pourcentage** de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, pour chaque médecin.

5.2. Analyse statistique (70)

Une base de données a été créée grâce au logiciel Microsoft EXCEL®, et retranscrite selon plusieurs critères :

Les lignes correspondaient :

- Nom et prénom des médecins, **anonymisés**.

Les colonnes regroupaient :

- Sexe, âge et tranche d'âge du médecin (30-39, 40-49, 50-59, ≥ 60 ans).
- Nom de la ville d'exercice, lieu (Nord/Sud) et milieu d'exercice (urbain/rural) correspondant.
- Type d'exercice (MSP, groupe mono-disciplinaire, seul).
- Date d'entrée, puis l'année d'entrée dans ASALEE.
- L'inclusion dans objectif primaire, secondaire ou NON.
- La patientèle éligible de 2016.
- Le nombre de mammographies effectuées puis le pourcentage de participation pour les deux années N - 2 et N + 2.
- Évolution (positive, négative ou idem) entre N - 2 et N + 2, différentiel en % et tranches de différentiel (< 5 %, 5 à 10 %, 10 à 20 % ou ≥ 20 %).
- Le nombre de mammographies effectuées puis le pourcentage de participation pour les années 2015 et 2016.
- Supériorité (oui/non) aux taux départemental et national pour ces mêmes années, d'après les données de l'INVS.

La construction du Tableur EXCEL® a été **évolutive et constamment enrichie au fil du recueil de données**.

Les résultats sont exprimés en chiffres et pourcentages.

Dans cette étude, **l'écart-type** a été calculé pour chaque moyenne. Il sert à mesurer la dispersion, ou l'étalement, d'un ensemble de valeurs autour de la moyenne. Plus l'écart-type est faible, plus la population est homogène.

L'anonymat des médecins de cette étude a été appliqué.

Du fait de la nature descriptive de l'étude, nous n'avons pas eu recours à des logiciels de tests statistiques.

Représentation des principaux résultats sur des tableaux, graphiques types colonnes et secteurs grâce au logiciel Microsoft EXCEL®.

RÉSULTATS

1. Recueil des données

Les données ont été retranscrites et analysées avec le logiciel Microsoft EXCEL®.

Notre base finale de données comportait 55 lignes et 30 colonnes.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
N° Médecin	Sexe	Âge	Tranche d'âge	Lieu d'exercice	Nord/Sud 79	Milieu rural/urbain	Type d'exercice	Maître de Stage	Date début ASAEE	Inclusion
1	M	55	50 - 59 ans	Nueil les Aubiers	N	urbain	MSP	oui	16/05/2013	objectif primaire
2	F	37	30 - 39 ans	Moncontour	N	rural	MSP	oui	19/10/2011	objectif secondaire
3	M	50	50 - 59 ans	Niort	S	rural	MSP	non	27/09/2004	objectif secondaire
5	F	45	40 - 49 ans	Brioux sur Boutonne	S	rural	Groupe	non	02/11/2004	objectif secondaire
7	M	55	50 - 59 ans	Saint Loup Lamairé	N	rural	MSP	non	09/01/2015	objectif primaire
13	M	60	≥ 60 ans	Mauzé Thouarsais	N	rural	MSP	oui	17/03/2011	objectif primaire
14	F	60	≥ 60 ans	Chatillon sur Thouet	N	urbain	Groupe	oui	09/06/2004	objectif secondaire
15	F	43	40 - 49 ans	Frontenay Rohan Rohan	S	rural	MSP	non	27/07/2012	objectif secondaire
16	F	50	50 - 59 ans	Bressuire	N	urbain	Groupe	oui	02/07/2014	objectif primaire
17	M	65	≥ 60 ans	Faye l'Abesse	N	rural	Seul	non	29/05/2006	objectif primaire
18	M	61	≥ 60 ans	Thouars	N	urbain	MSP	oui	10/01/2008	objectif primaire
19	M	65	≥ 60 ans	Brioux sur Boutonne	S	rural	Groupe	non	02/11/2004	objectif secondaire
20	M	48	40 - 49 ans	Frontenay Rohan Rohan	S	rural	MSP	non	27/07/2006	objectif primaire
21	M	66	≥ 60 ans	Argenton l'Eglise	N	rural	MSP	non	07/03/2006	objectif primaire
22	M	61	≥ 60 ans	Brioux sur Boutonne	S	rural	Groupe	non	02/11/2004	objectif secondaire
23	F	45	40 - 49 ans	Chef Boutonne	S	rural	MSP	oui	26/06/2006	objectif primaire
24	M	70	≥ 60 ans	Chatillon sur Thouet	N	urbain	Groupe	oui	09/06/2004	objectif secondaire
25	M	58	50 - 59 ans	Nior	S	urbain	MSP	non	27/09/2006	objectif secondaire
27	M	37	30 - 39 ans	Bressuire	N	urbain	Groupe	oui	27/10/2011	objectif secondaire
28	M	41	40 - 49 ans	Frontenay Rohan Rohan	S	rural	MSP	oui	27/07/2006	objectif secondaire
29	M	42	40 - 49 ans	Chef Boutonne	S	rural	MSP	non	26/09/2006	objectif secondaire
30	M	60	≥ 60 ans	Bressuire	N	urbain	Groupe	oui	27/10/2011	objectif primaire
31	M	57	50 - 59 ans	Frontenay Rohan Rohan	S	rural	MSP	non	27/07/2006	objectif primaire
32	M	44	40 - 49 ans	Moncontour	N	rural	MSP	oui	19/10/2011	objectif primaire
33	F	44	40 - 49 ans	Moncontour	N	rural	MSP	oui	19/10/2011	objectif primaire
34	M	61	≥ 60 ans	Chatillon sur Thouet	N	urbain	Groupe	oui	09/06/2004	objectif secondaire
35	F	35	30 - 39 ans	Chatillon sur Thouet	N	urbain	Groupe	oui	01/01/2013	objectif secondaire

Figure N° 11. Extrait de la base de données, Microsoft EXCEL®, de la population étudiée

Le tableur Excel® regroupant les données de la population étudiée est à retrouver dans sa **version complète en ANNEXE N° 5**.

2. Description de la population étudiée

2.1. Inclusions

Les 54 médecins ASALEE des Deux-Sèvres ont été étudiés :

- 13 médecins ASALEE n'ont pas été inclus, car trop récemment installés (absence de données N - 2 et N + 2)
- 41 médecins ont été inclus

Il n'y a pas eu de facteurs d'exclusion au cours de cette étude.

Au final, l'étude a donc porté sur 41 médecins :

- 20 médecins dans l'objectif primaire et l'objectif secondaire N°1.
- 21 médecins dans l'objectif secondaire N°2.

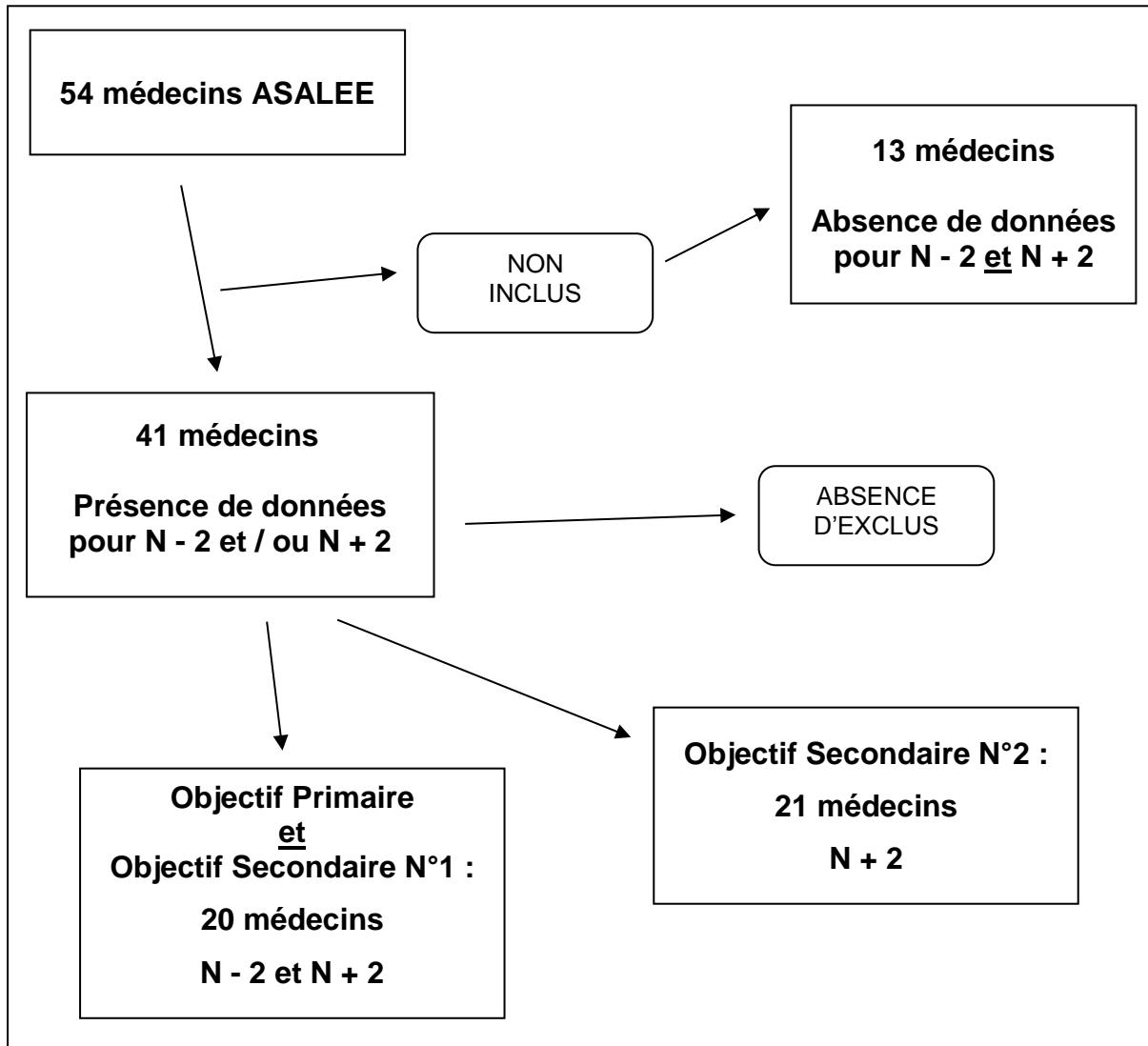
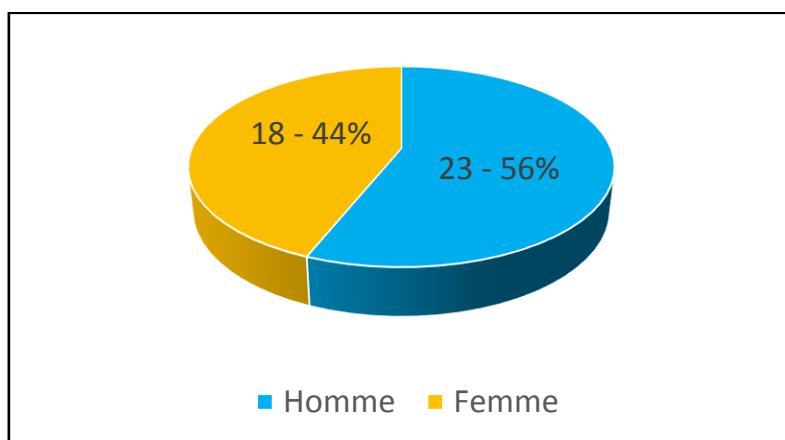


Schéma N°1. Population étudiée

2.2. Caractéristiques globales

2.2.1. Sexe

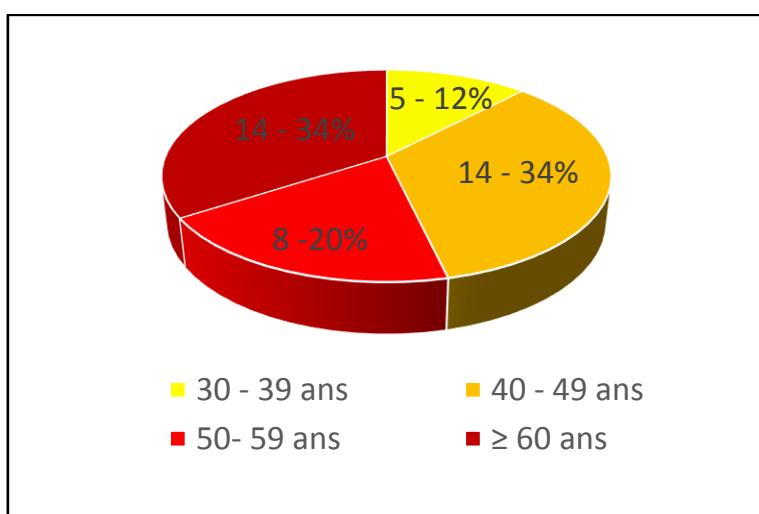
56 % des médecins étaient des hommes avec un sex-ratio (H/F) de 1,28.



Graphique N° 6. Sexe des médecins inclus dans l'étude

2.2.2. Âge

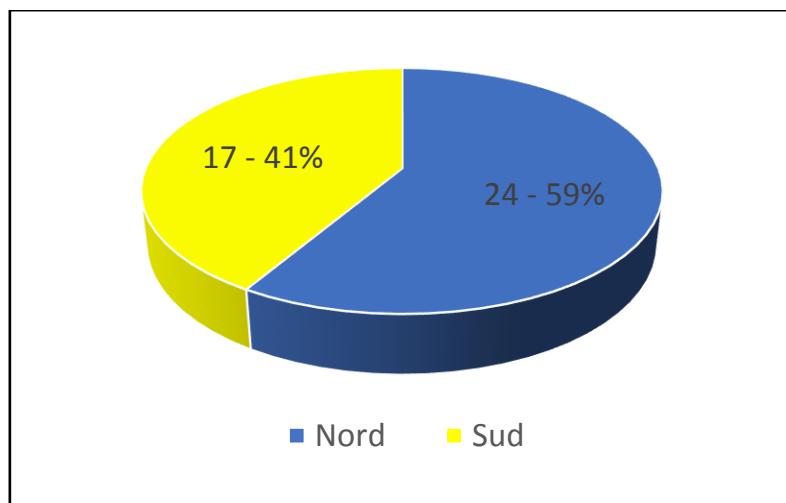
Les médecins étaient âgés de 31 à 70 ans. 34 % des médecins avaient entre 40 et 49 ans, 20 % entre 50 et 59 ans et 34 % avaient ≥ 60 ans. La moyenne d'âge était de $51,7 \pm 9,9$ ans.



Graphique N° 7. Âge des médecins inclus dans l'étude

2.2.3. Lieu d'exercice

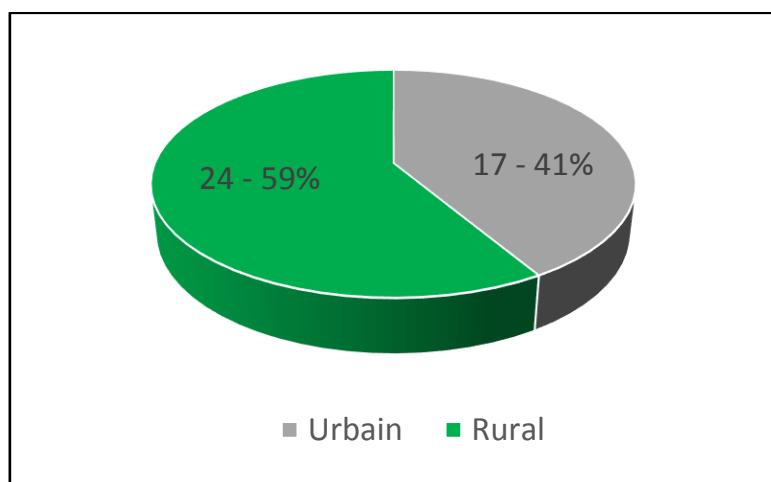
59 % des médecins exerçaient dans le Nord du Département des Deux-Sèvres.



Graphique N° 8. Lieu d'exercice des médecins des Deux-Sèvres

2.2.4. Milieu d'exercice

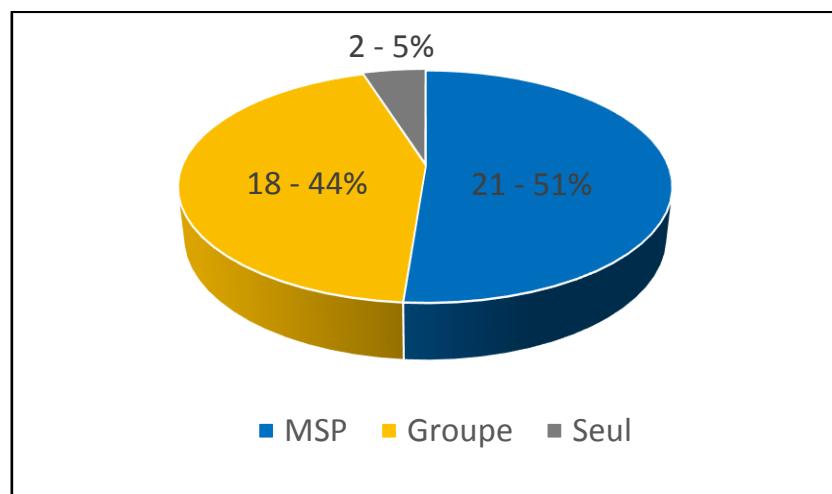
59 % des médecins inclus dans notre étude exerçaient en milieu rural.



Graphique N° 9. Milieu d'exercice des médecins des Deux-Sèvres

2.2.5. Type d'exercice

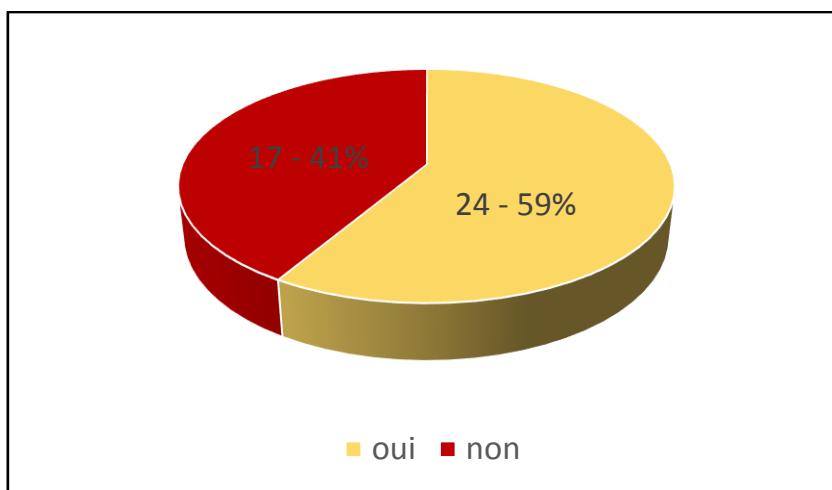
Les médecins étaient 51 % à exercer en MSP et 44 % exerçaient en groupe.



Graphique N° 10. Type d'exercice des médecins inclus dans l'étude

2.2.6. Maître de Stage Universitaire

Dans notre étude, parmi les 41 médecins ASALEE inclus, 59 % étaient des MSU.

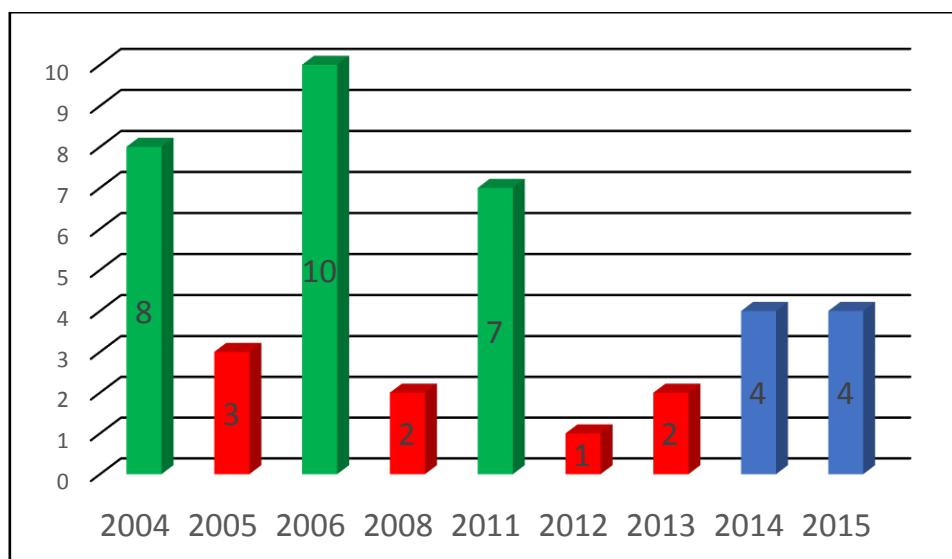


Graphique N° 11. Médecins ASALEE et MSU inclus dans l'étude

2.2.7. Date d'entrée dans ASALEE

Les 41 médecins généralistes étudiés sont entrés dans l'association ASALEE de 2004 à 2015, avec une moyenne d'entrée en 2009 ± 4 ans :

10 médecins sont entrés en 2006, 8 médecins en 2004 et 7 médecins en 2011.



Graphique N°12. Date d'entrée des médecins dans ASALEE

2.2.8. Patientèle éligible au dépistage organisé

Les médecins inclus dans l'étude avaient une patientèle de 2016 éligible au dépistage organisé du cancer du sein d'en moyenne 192 ± 81 patientes.

2.3. Synthèse

Médecins inclus dans l'étude (n=41)	
Sexe	
Hommes : n (%)	23 (56,1 %)
Femmes : n (%)	18 (43,9 %)
Sex-ratio (H/F)	1,28
Âge (années)	51,7 ± 9,9
Lieu d'exercice	
Nord : n (%)	24 (58,5 %)
Sud : n (%)	17 (41,5 %)
Milieu d'exercice	
Rural : n (%)	24 (58,5 %)
Urbain : n (%)	17 (41,5 %)
Type d'exercice	
MSP : n (%)	21 (51,2 %)
Groupe : n (%)	18 (43,9 %)
Seul : n (%)	2 (4,9 %)
Maître de Stage Universitaire : n (%)	24 (58,5 %)
Date d'entrée ASALEE (année)	2009 ± 4
Patientèle éligible de 2016 (n)	192 ± 81

Tableau N°1. Caractéristiques des médecins inclus dans l'étude

3. Objectifs de l'étude

3.1. Objectif primaire

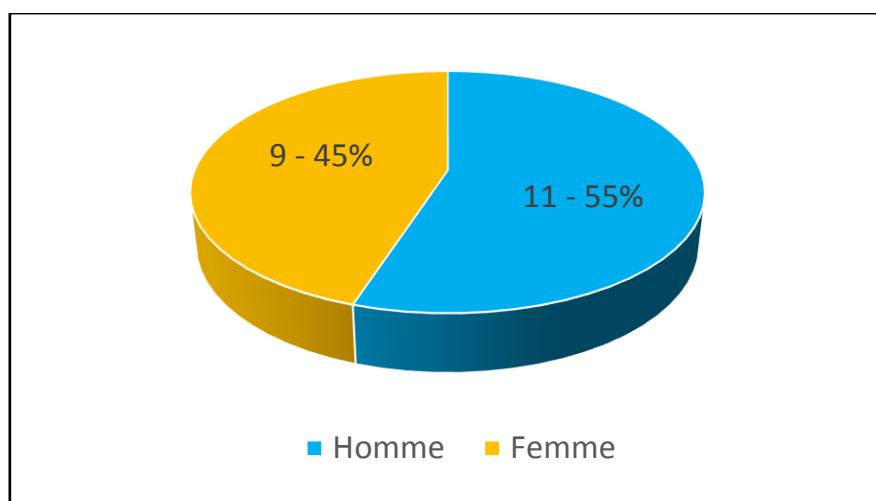
Rappel : le but de cette étude est d'évaluer l'évolution du taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, deux années après la date de collaboration des médecins généralistes avec l'infirmière ASALEE en Deux-Sèvres.

3.1.1. Population de l'objectif primaire

Les principales caractéristiques de la population de l'objectif primaire sont les suivantes :

Sexe :

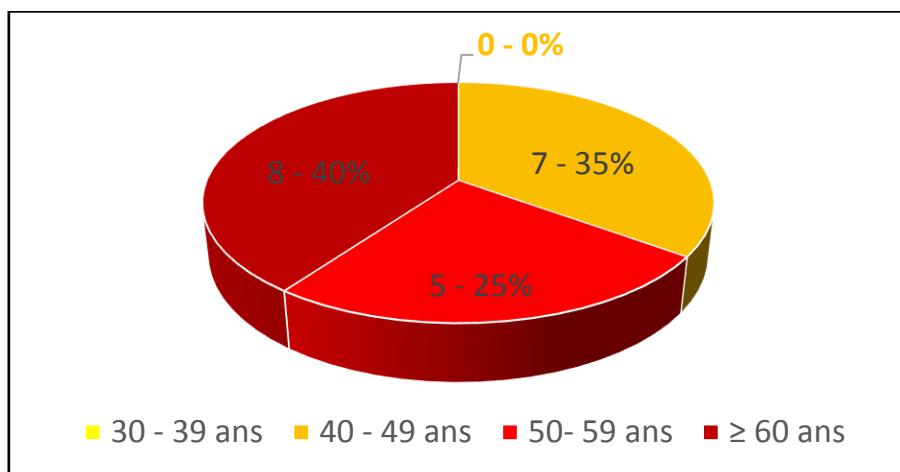
55 % des médecins inclus dans l'objectif primaire étaient des hommes avec un sex-ratio (H/F) de 1,22.



Graphique N° 13. Sexe des médecins de l'objectif primaire

Âge :

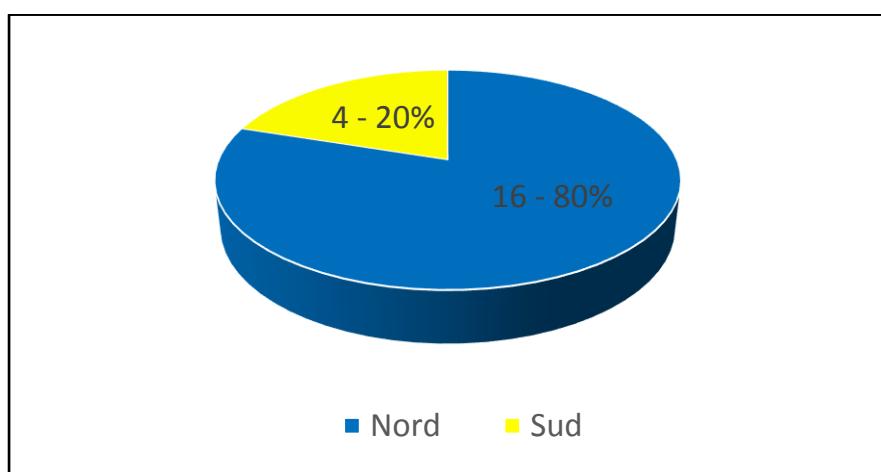
Les médecins étudiés dans l'objectif primaire étaient âgés de 44 à 66 ans. 35 % des médecins avaient entre 40 et 49 ans, 25 % entre 50 et 59 ans et 40 % avaient ≥ 60 ans. La moyenne d'âge était de $54,5 \pm 7,5$ ans.



Graphique N° 14. Âge des médecins de l'objectif primaire

Lieu d'exercice :

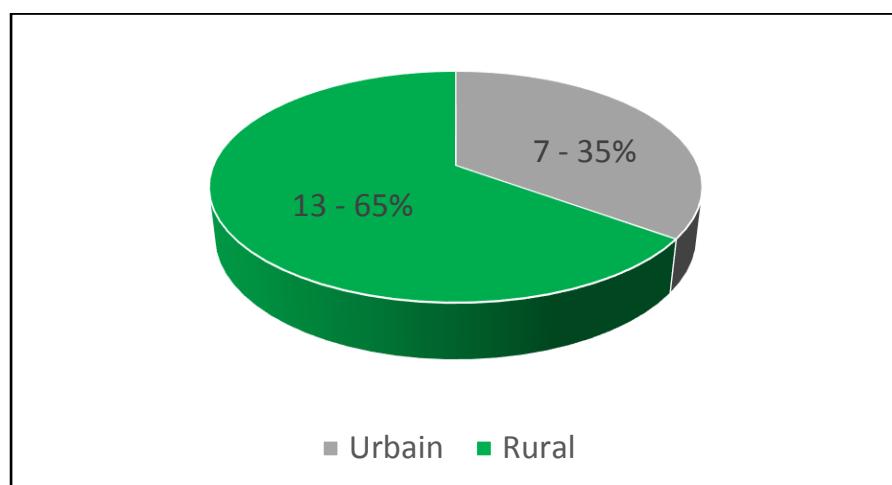
80 % des médecins inclus dans l'objectif primaire exerçaient dans le Nord du Département des Deux-Sèvres.



Graphique N° 15. Lieu d'exercice des médecins de l'objectif primaire

Milieu d'exercice :

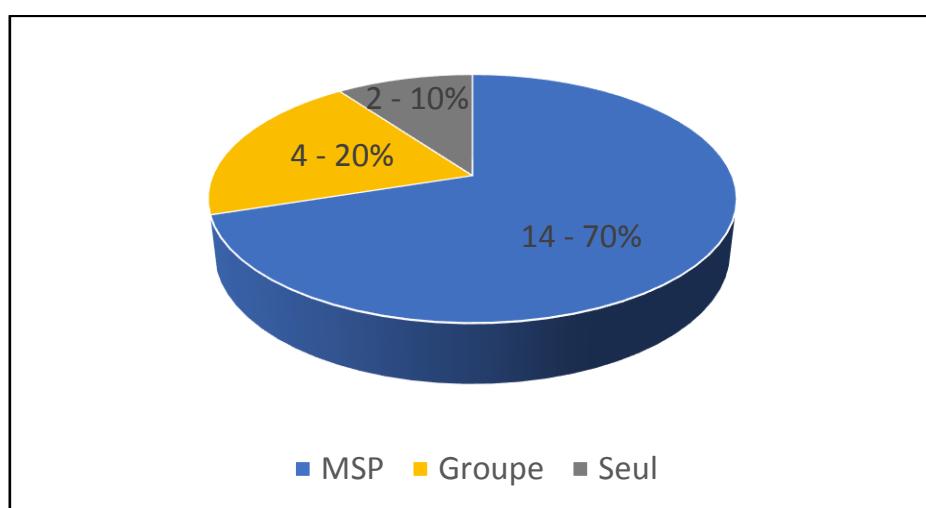
65 % des médecins étudiés dans l'objectif primaire exerçaient en milieu rural.



Graphique N° 16. Milieu d'exercice des médecins de l'objectif primaire

Type d'exercice :

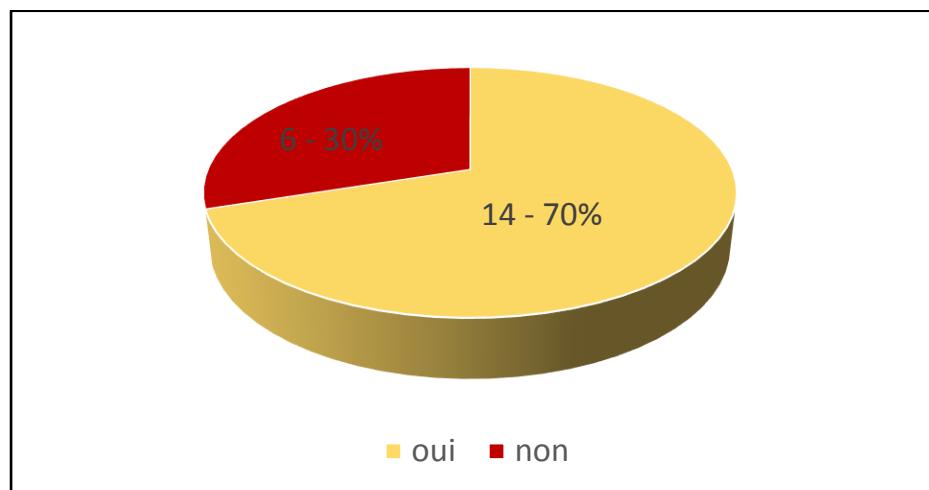
Les médecins inclus dans l'objectif primaire étaient 70 % à exercer en MSP et 20 % exerçaient en groupe.



Graphique N° 17. Type d'exercice des médecins de l'objectif primaire

Maître de Stage Universitaire :

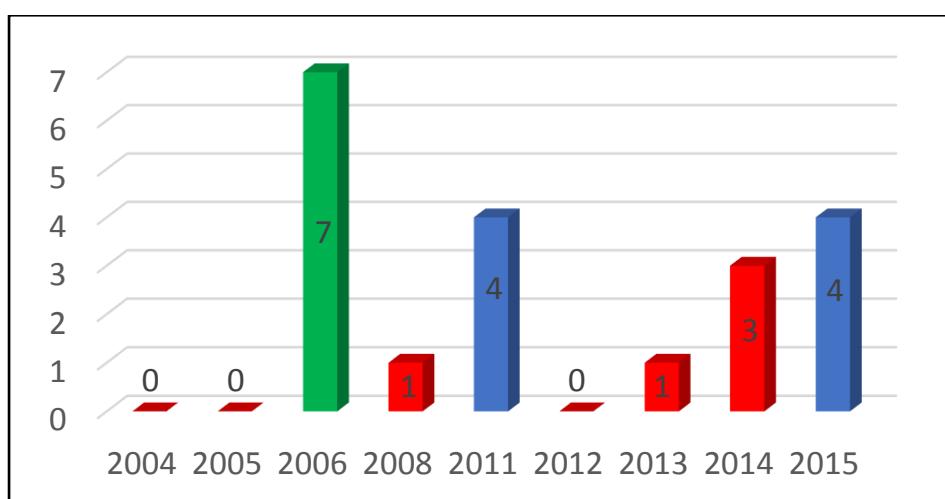
Parmi les médecins inclus dans l'objectif primaire, 70 % étaient des Maîtres de Stage Universitaire.



Graphique N° 18. Médecins MSU de l'objectif primaire

Date d'entrée dans ASALEE :

Les 20 médecins généralistes étudiés dans l'objectif primaire sont entrés dans l'association ASALEE de 2006 à 2015, avec une moyenne d'entrée en 2010 ± 4 ans. 7 médecins sont entrés en 2006, 4 médecins sont entrés en 2011 et en 2015. 3 médecins en 2014.



Graphique N°19. Date d'entrée ASALEE des médecins de l'objectif primaire

Patientèle éligible au dépistage organisé :

Les médecins inclus dans l'objectif primaire avaient une patientèle de 2016 éligible au dépistage organisé du cancer du sein d'en moyenne 208 ± 82 patientes.

Synthèse :

Population Objectif Primaire (n=20)	
Sexe	
Hommes : n (%)	11 (55 %)
Femmes : n (%)	9 (45 %)
Sex-ratio (H/F)	1,22
Âge (années)	$54,5 \pm 7,5$
Lieu d'exercice	
Nord : n (%)	16 (80 %)
Sud : n (%)	4 (20 %)
Milieu d'exercice	
Rural : n (%)	13 (65 %)
Urbain : n (%)	7 (35%)
Type d'exercice	
MSP : n (%)	14 (70 %)
Groupe : n (%)	4 (20 %)
Seul : n (%)	2 (10 %)
Maître de Stage Universitaire : n (%)	14 (70 %)
Date d'entrée ASALEE (année)	2010 ± 4
Patientèle éligible de 2016 (n)	208 ± 82

Tableau N°2. Caractéristiques des médecins inclus dans l'objectif primaire

3.1.2. Résultats de l'objectif primaire

Le taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein **deux années avant** l'entrée des médecins généralistes de notre étude dans l'association ASALEE en Deux-Sèvres s'étendait de 19 % à 92 %, avec une moyenne de $56,1 \% \pm 21,5 \%$.

Le taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein **deux années après** l'entrée des médecins généralistes de notre étude dans l'association ASALEE en Deux-Sèvres s'étalait de 30 % à 98 %, avec **une moyenne de $68,6 \% \pm 23,5 \%$** .

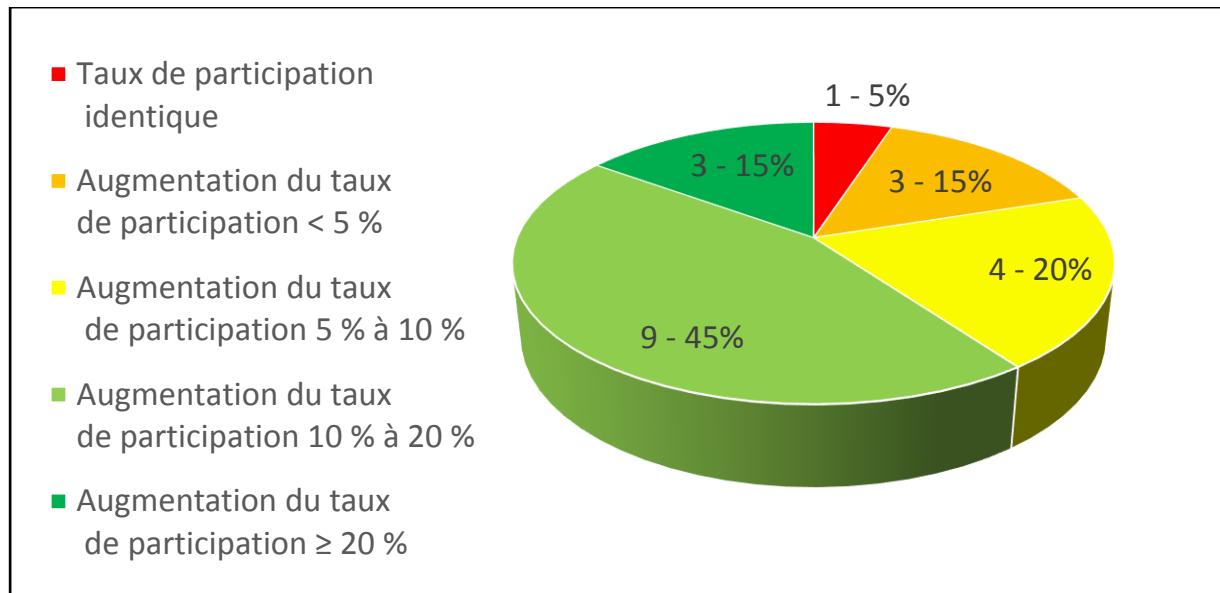
L'évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein **entre les deux années de programme antérieures et postérieures** à l'entrée des médecins généralistes dans l'association ASALEE en Deux-Sèvres s'étendait de 0 % à 36 %, avec **une moyenne de $+ 12,6 \% \pm 8,8 \%$** .

Résultats objectif primaire	
Moyenne du taux de participation N - 2 (%)	$56,1 \pm 21,5$
Moyenne du taux de participation N + 2 (%)	$68,6 \pm 23,5$
Évolution du taux de participation entre N - 2 et N + 2 (%)	$+ 12,6 \pm 8,8$

Tableau N°3 : Résultats de l'objectif primaire : moyenne des taux de participation et de l'évolution.

L'évolution du taux de participation de la patientèle éligible au dépistage organisé du cancer du sein, entre les deux années de programme antérieures et postérieures à l'entrée des médecins généralistes dans l'association ASALEE en Deux-Sèvres, pour les 20 médecins inclus dans l'objectif primaire est la suivante :

- 5 % des médecins ne présentaient pas d'augmentation du taux de participation.
- **95 % des médecins présentaient une augmentation du taux de participation :**
 - 15 % avaient une augmentation du taux de participation < 5 %.
 - 20 % avaient une augmentation du taux de participation de 5 à 10 %.
 - 45 % avaient une augmentation du taux de participation de 10 à 20 %.
 - 15 % avaient une augmentation du taux de participation $\geq 20\%$.



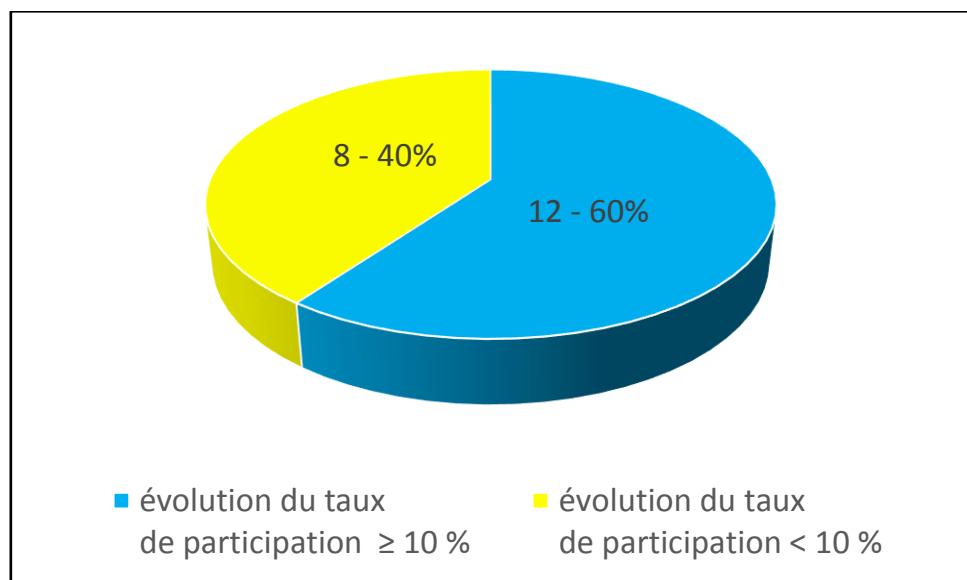
Graphique N°20. Évolution du taux de participation suite à la collaboration avec ASALEE

3.2. Objectifs secondaires

3.2.1. Objectif secondaire N°1

Rappel : Évaluer les caractéristiques des médecins généralistes ayant une évolution du taux de participation au dépistage organisé du sein $\geq 10\%$ après deux années de collaboration avec l'infirmière ASALEE en Deux-Sèvres.

Sur les 20 médecins ASALEE dont le taux de participation de la patientèle éligible a connu une évolution, 12 (60 %) médecins avaient une augmentation $\geq 10\%$.

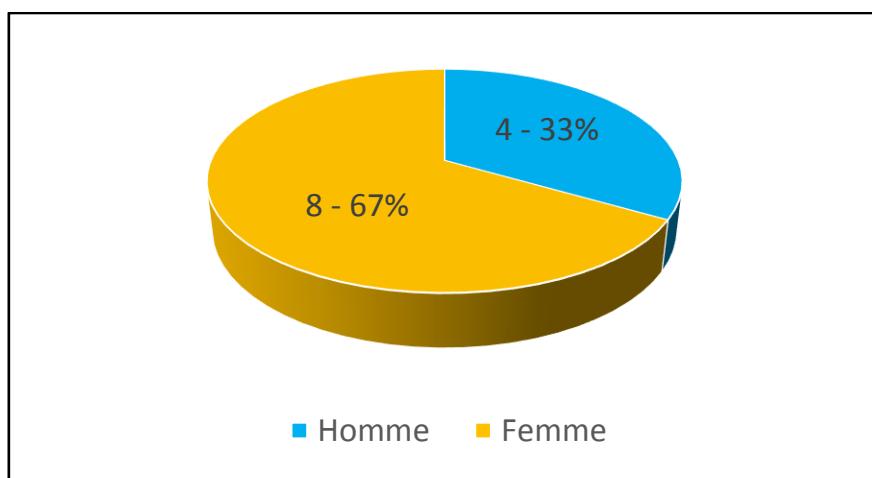


Graphique N°21. Évolution du taux de participation pour les médecins de l'objectif secondaire N°1

Notre étude retrouve comme principales caractéristiques :

Sexe :

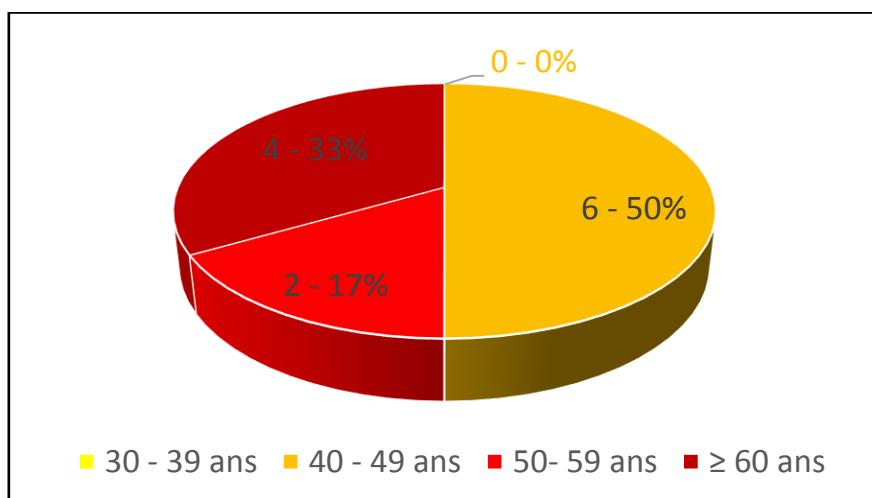
67 % des médecins de l'objectif secondaire N°1 étaient des femmes avec un sex-ratio de 0,50.



Graphique N° 22. Sexe des médecins de l'objectif secondaire N°1.

Âge :

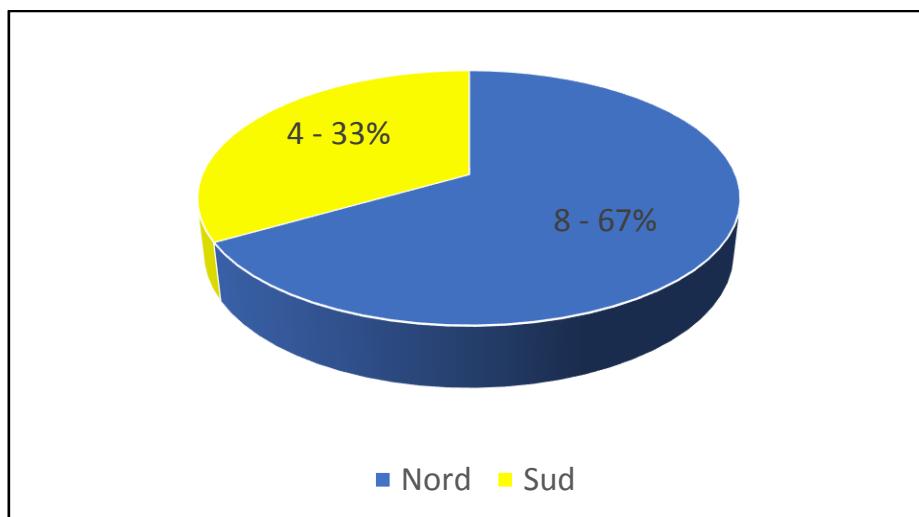
Les médecins de l'objectif secondaire N°1 étaient âgés de 44 à 65 ans. 50 % des médecins avaient entre 40 et 49 ans, 33 % avaient ≥ 60 ans. La moyenne d'âge était de $53,2 \pm 7,9$ ans.



Graphique N° 23. Âge des médecins de l'objectif secondaire N°1.

Lieu d'exercice :

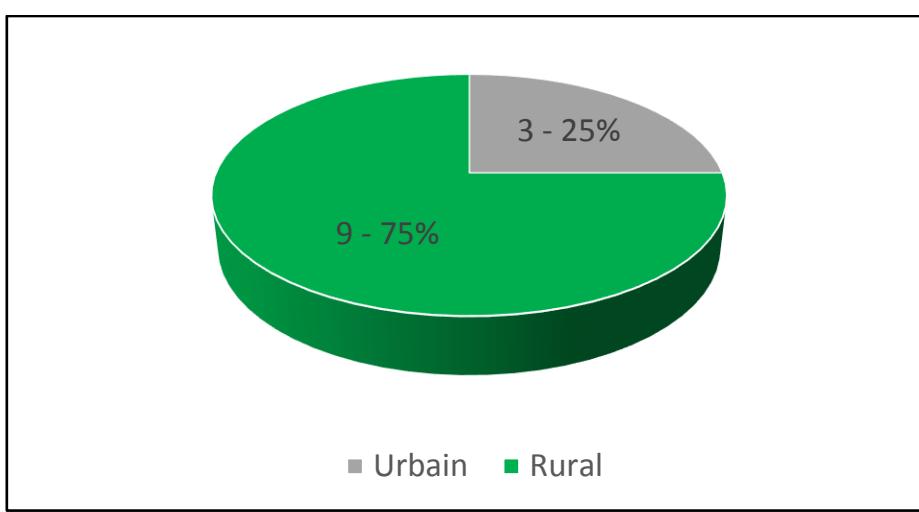
67 % des médecins de l'objectif secondaire N°1 exerçaient dans le Nord du Département des Deux-Sèvres.



Graphique N° 24. Lieu d'exercice des médecins de l'objectif secondaire N°1.

Milieu d'exercice :

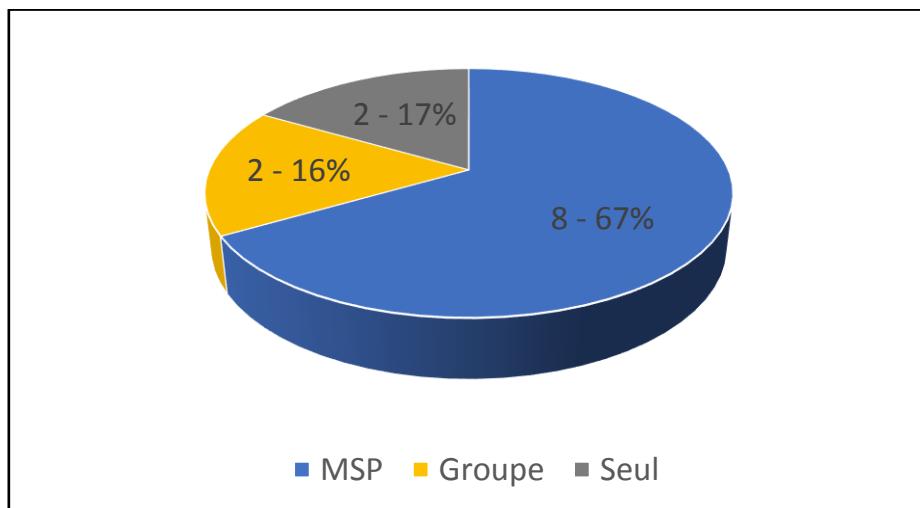
75 % des médecins de l'objectif secondaire N°1 exerçaient en milieu rural.



Graphique N° 25. Milieu d'exercice des médecins de l'objectif secondaire N°1.

Type d'exercice :

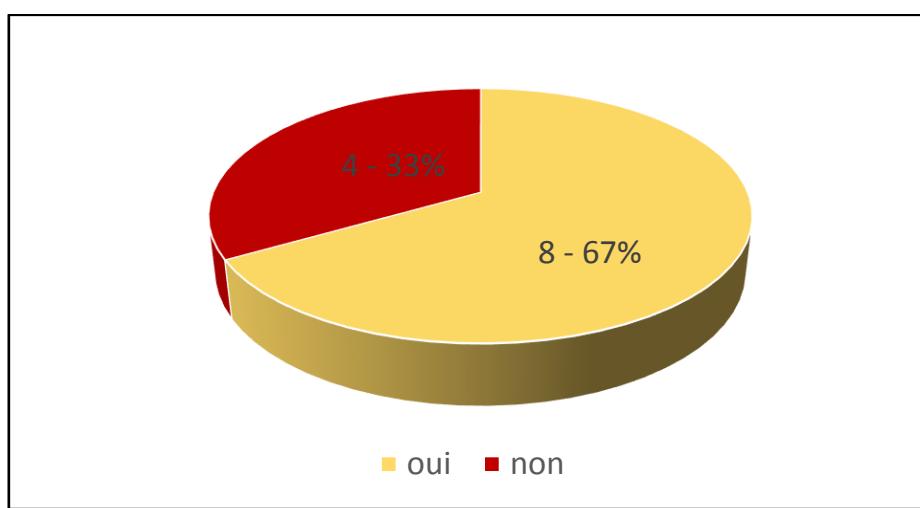
Les médecins de l'objectif secondaire N°1 étaient 67 % à exercer en MSP.



Graphique N° 26. Type d'exercice des médecins de l'objectif secondaire N°1.

Maître de Stage Universitaire :

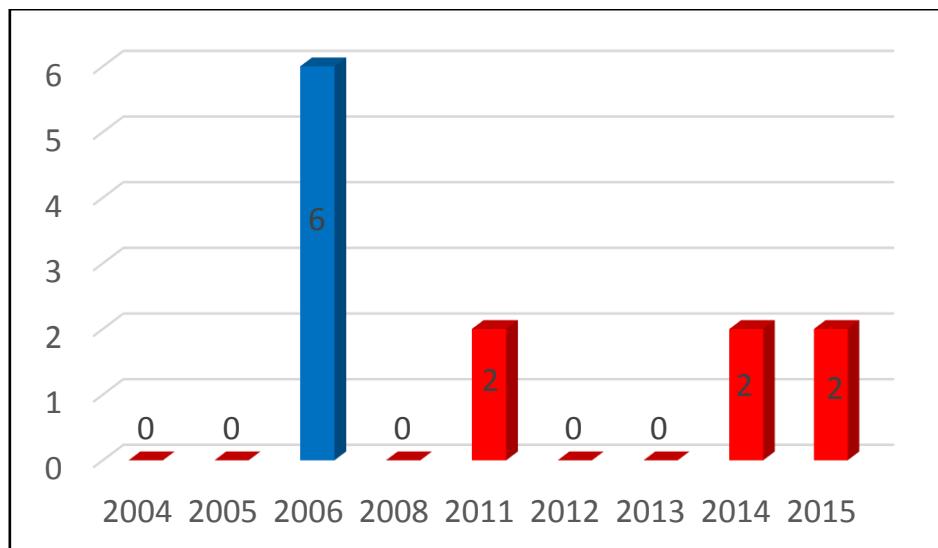
Parmi les médecins de l'objectif secondaire N°1, 67 % étaient des Maîtres de Stage Universitaire.



Graphique N° 27. Médecins MSU de l'objectif secondaire N°1.

Date d'entrée dans ASALEE :

Les 12 médecins généralistes étudiés dans l'objectif secondaire N°1 sont entrés dans l'association ASALEE de 2006 à 2015, avec une moyenne d'entrée en 2007 ± 4 ans. La moitié des médecins est entrée en 2006.



Graphique N°28. Date d'entrée ASALEE des médecins de l'objectif secondaire N°1.

Patientèle éligible au dépistage organisé :

Les médecins inclus dans l'objectif secondaire N°1 avaient une patientèle de 2016 éligible au dépistage organisé du cancer du sein d'en moyenne 202 ± 83 patientes.

Synthèse :

Médecins ayant une évolution ≥ 10 % du taux de participation après deux années de collaboration avec ASALEE (n = 12)	
Sexe	
Hommes : n (%)	4 (33,3 %)
Femmes : n (%)	8 (66,7 %)
Sex-ratio (H/F)	0,50
Âge (années)	53,2 ± 7,9
Lieu d'exercice	
Nord : n (%)	8 (66,7 %)
Sud : n (%)	4 (33,3 %)
Milieu d'exercice	
Rural : n (%)	9 (75 %)
Urbain : n (%)	3 (25 %)
Type d'exercice	
MSP : n (%)	8 (66,7 %)
Groupe : n (%)	2 (16,7 %)
Seul : n (%)	2 (16,7 %)
Maître de Stage Universitaire : n (%)	8 (66,7 %)
Date d'entrée ASALEE (année)	2007 ± 4
Patientèle éligible de 2016 (n)	202 ± 83

Tableau N°4. Résultats de l'objectif secondaire N°1.

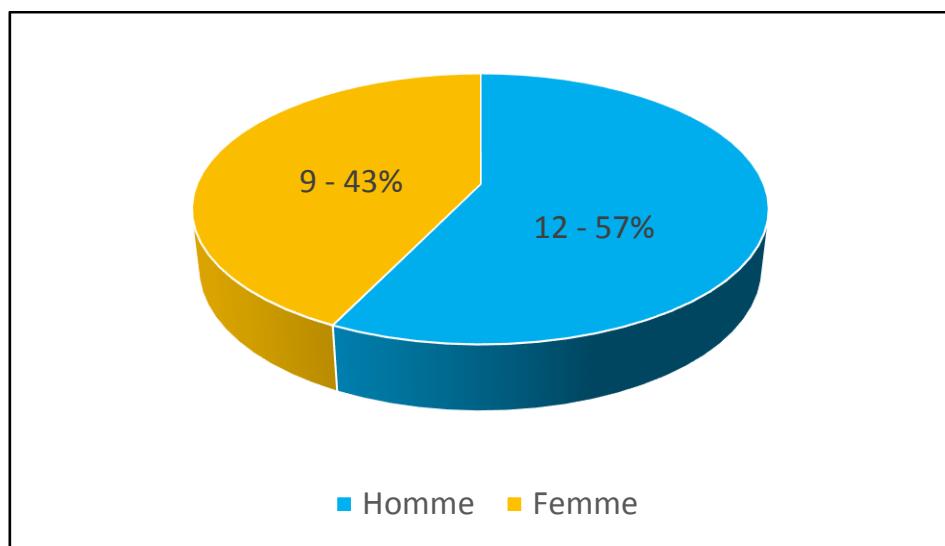
3.2.2. Objectif secondaire N°2

Rappel : Évaluer le taux de participation au dépistage organisé du sein pour les années 2015 et 2016 des médecins généralistes ayant débuté leur collaboration avec ASALEE en Deux-Sèvres la même année que leur première installation libérale ou l'année de création d'ASALEE.

3.2.2.1. Population de l'objectif secondaire N°2

Sexe :

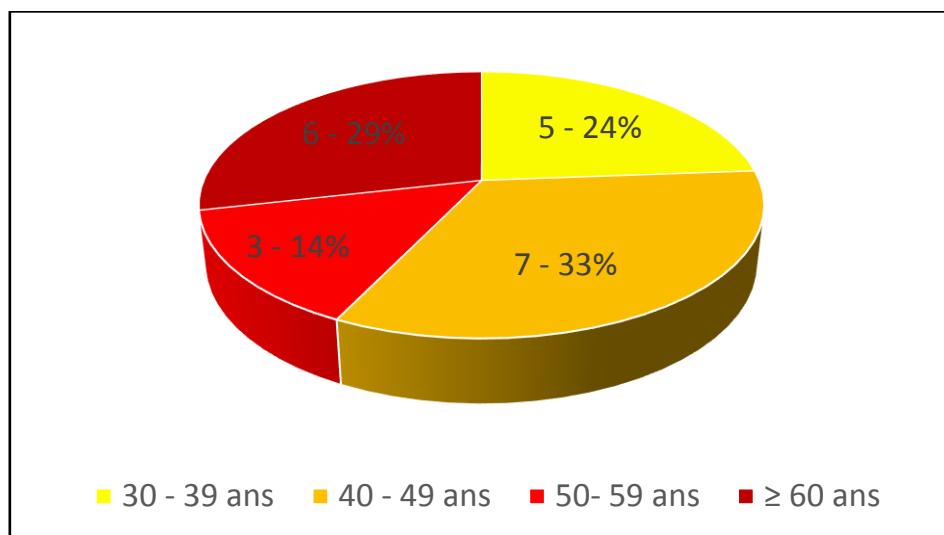
57 % des médecins de l'objectif secondaire N°2 étaient des hommes avec un sex-ratio (H/F) de 1,33.



Graphique N° 29. Sexe des médecins de l'objectif secondaire N°2.

Âge :

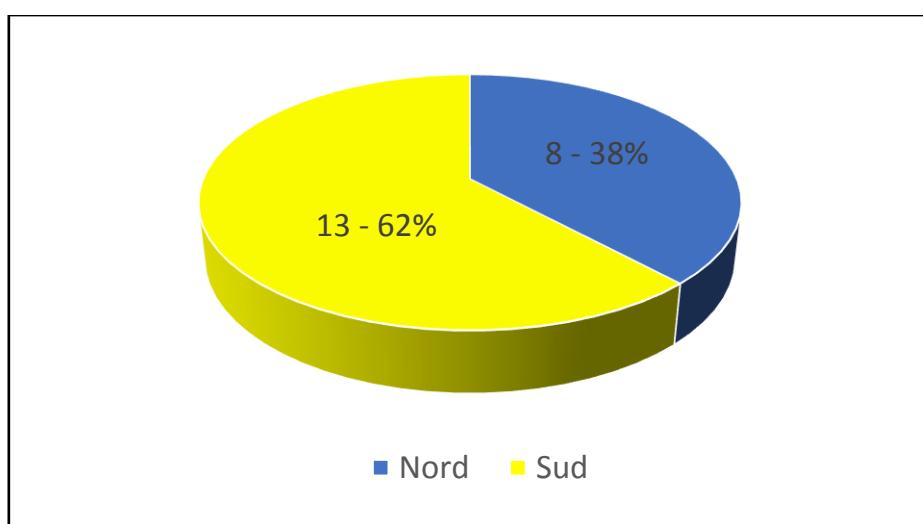
Les médecins de l'objectif secondaire N°2 étaient âgés de 34 à 70 ans. 33 % des médecins avaient entre 40 et 49 ans, 29 % avaient ≥ 60 ans et 24 % avaient entre 30 et 39 ans. La moyenne d'âge était de $49 \pm 11,3$ ans.



Graphique N° 30. Âge des médecins de l'objectif secondaire N°2.

Lieu d'exercice :

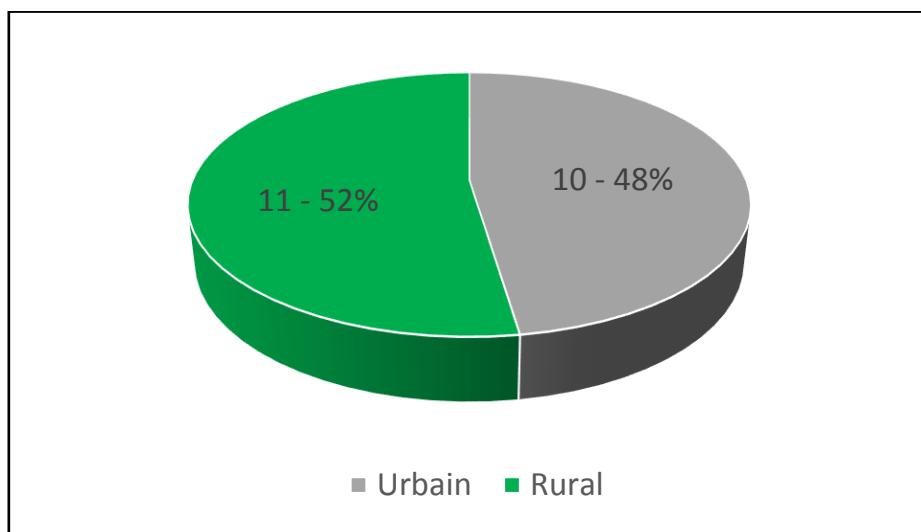
62 % des médecins de l'objectif secondaire N°2 exerçaient dans le Sud du Département des Deux-Sèvres.



Graphique N° 31. Lieu d'exercice des médecins de l'objectif secondaire N°2

Milieu d'exercice :

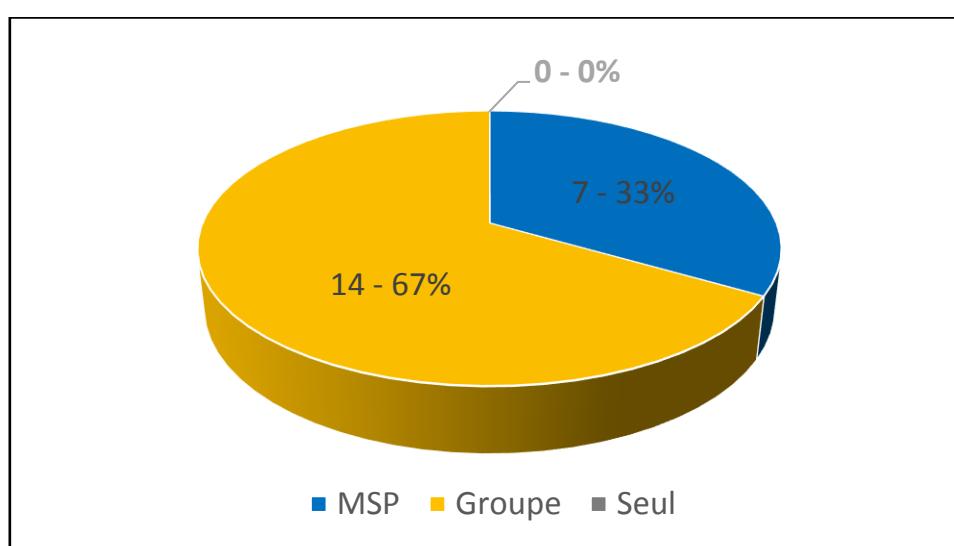
52 % des médecins de l'objectif secondaire N°2 exerçaient en milieu rural.



Graphique N° 32. Milieu d'exercice des médecins de l'objectif secondaire N°2.

Type d'exercice :

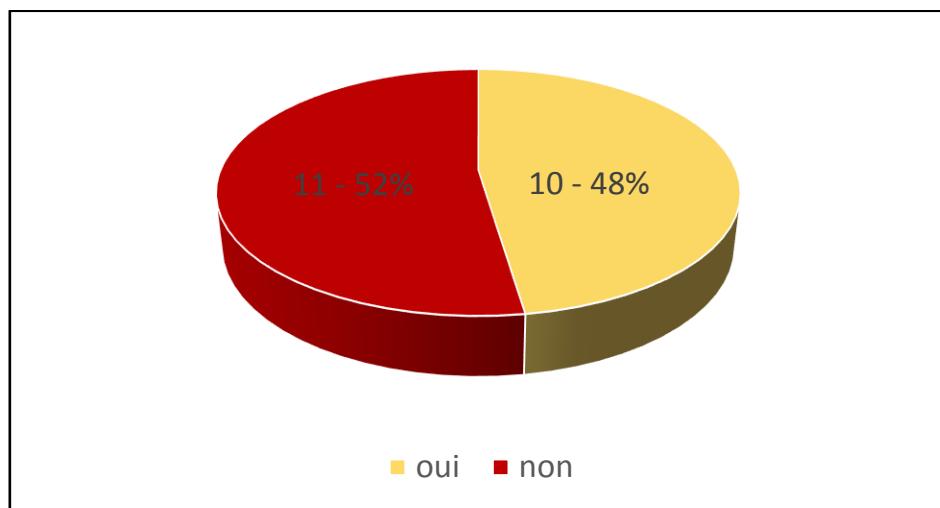
Les médecins de l'objectif secondaire N°2 étaient 67 % à exercer en groupe.



Graphique N° 33. Type d'exercice des médecins de l'objectif secondaire N°2.

Maître de Stage Universitaire :

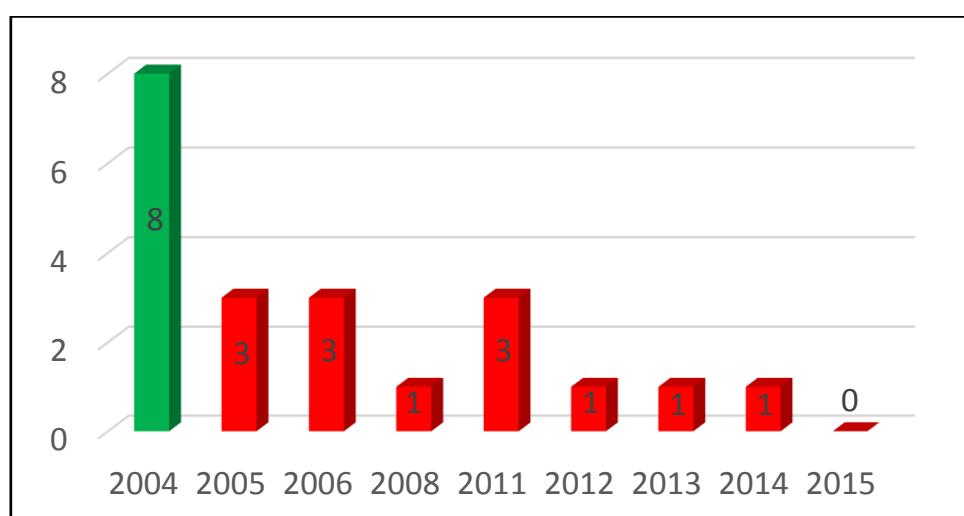
Parmi les médecins de l'objectif secondaire N°2, 48 % étaient des Maîtres de Stage Universitaire.



Graphique N° 34. Médecins MSU de l'objectif secondaire N°2.

Date d'entrée dans ASALEE :

Les 21 médecins généralistes étudiés dans l'objectif secondaire N°2 sont entrés dans l'association ASALEE de 2004 à 2014, avec une moyenne d'entrée en 2007 ± 4 ans. 8 médecins sont entrés en 2004.



Graphique N°35. Date d'entrée ASALEE des médecins de l'objectif secondaire N°2.

Patientèle éligible au dépistage organisé :

Les médecins inclus dans l'objectif secondaire N°2 avaient une patientèle de 2016 éligible au dépistage organisé du cancer du sein d'en moyenne de 178 ± 79 patientes.

Synthèse :

Population objectif secondaire N°2 (n = 21)	
Sexe	
Hommes : n (%)	12 (57,1 %)
Femmes : n (%)	9 (42,9 %)
Sex-ratio (H/F)	1,33
Âge (années)	$49 \pm 11,3$
Lieu d'exercice	
Nord : n (%)	8 (38,1 %)
Sud : n (%)	13 (61,9 %)
Milieu d'exercice	
Rural : n (%)	11 (52,4 %)
Urbain : n (%)	10 (47,6%)
Type d'exercice	
MSP : n (%)	7 (33,3 %)
Groupe : n (%)	14 (66,7 %)
Seul : n (%)	0 (0 %)
Maître de Stage Universitaire : n (%)	10 (47,6 %)
Date d'entrée ASALEE (année)	2007 ± 4
Patientèle éligible de 2016 (n)	178 ± 79

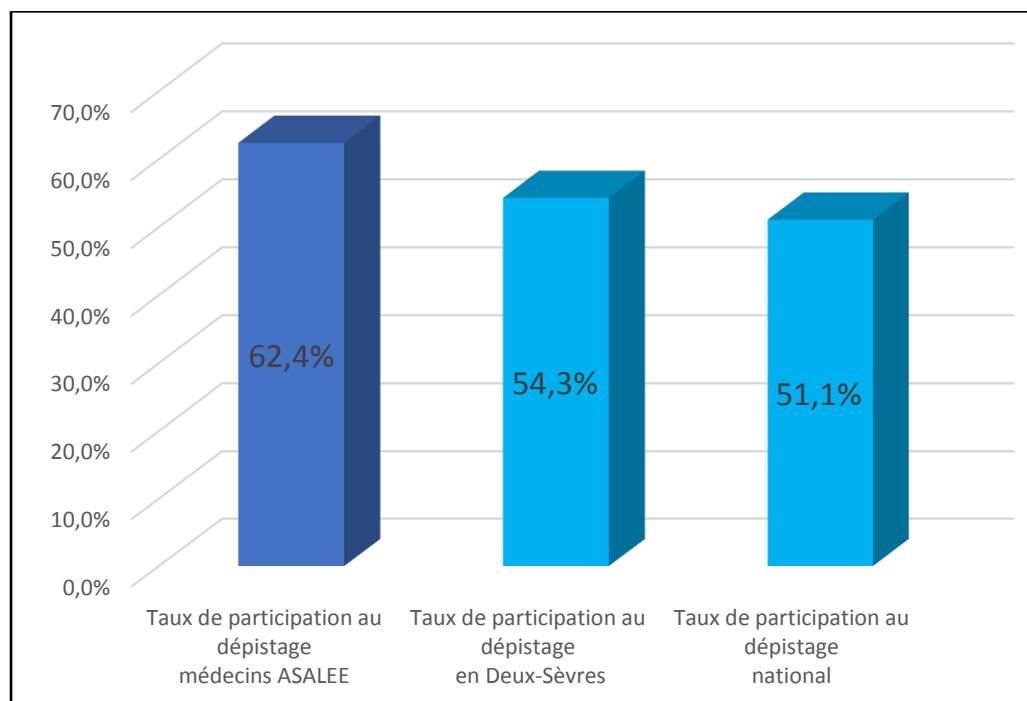
Tableau N°5. Caractéristiques des médecins inclus dans l'objectif secondaire N°2.

3.2.2.2. Résultats de l'objectif secondaire N°2

Pour les 21 médecins de l'objectif secondaire N°2 qui ont débuté leur collaboration avec ASALEE la même année que leur première installation libérale ou l'année de création d'ASALEE en 2004, le taux de participation au dépistage organisé du cancer sein pour les années 2015 et 2016 était compris entre 39,3 % et 98,6 %, **avec une moyenne de 62,4 % ± 18,6 %.**

À noter que dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein des années 2015 et 2016, **les Deux-Sèvres avaient un taux de participation de 54,3 % et au niveau national le taux de participation était de 51,1 %. (14)**

En **Bouches-du-Rhône**, sur la même période, le taux de participation était de 36 %.



Graphique N°36. Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour le programme des années 2015 et 2016.

3.3. Synthèse des résultats

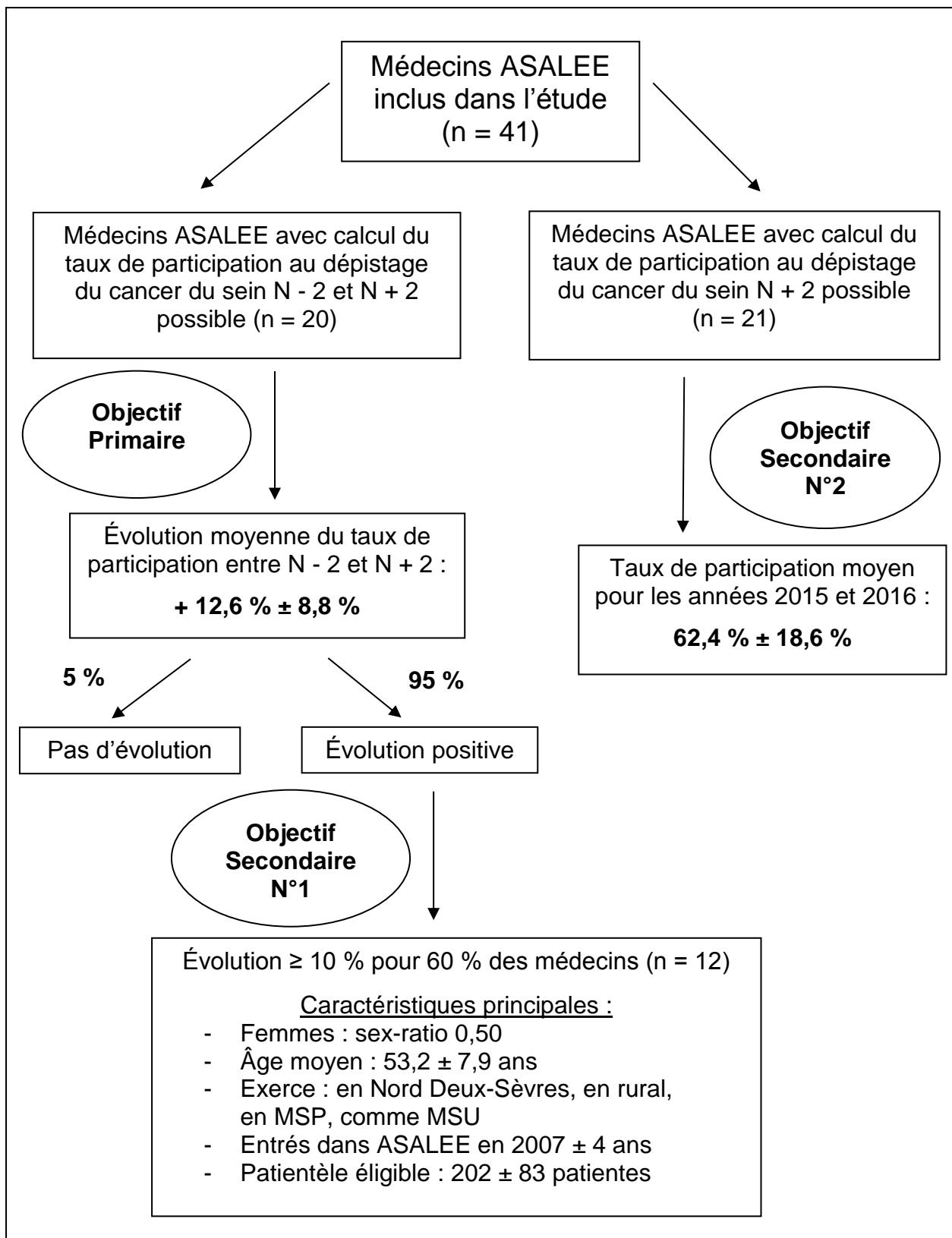


Schéma N°2. Schéma des objectifs

DISCUSSION

1. Contexte

1.1. Dépistage organisé du cancer du sein : forces et faiblesses

Forces du dépistage organisé du cancer du sein :

L'objectif du dépistage par mammographie est de réduire la mortalité par cancer du sein. Les différentes méta-analyses publiées à ce jour s'accordent pour confirmer l'effet bénéfique du dépistage sur la mortalité par cancer du sein. La réduction en France est de l'ordre de 15 à 21% selon les études. De 150 à 300 décès par cancer du sein seraient évités pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme national de dépistage pendant 7 à 10 ans, selon l'INCa. (71)

Faiblesses du dépistage organisé du cancer du sein :

Une légère baisse de la participation est observée ces dernières années.

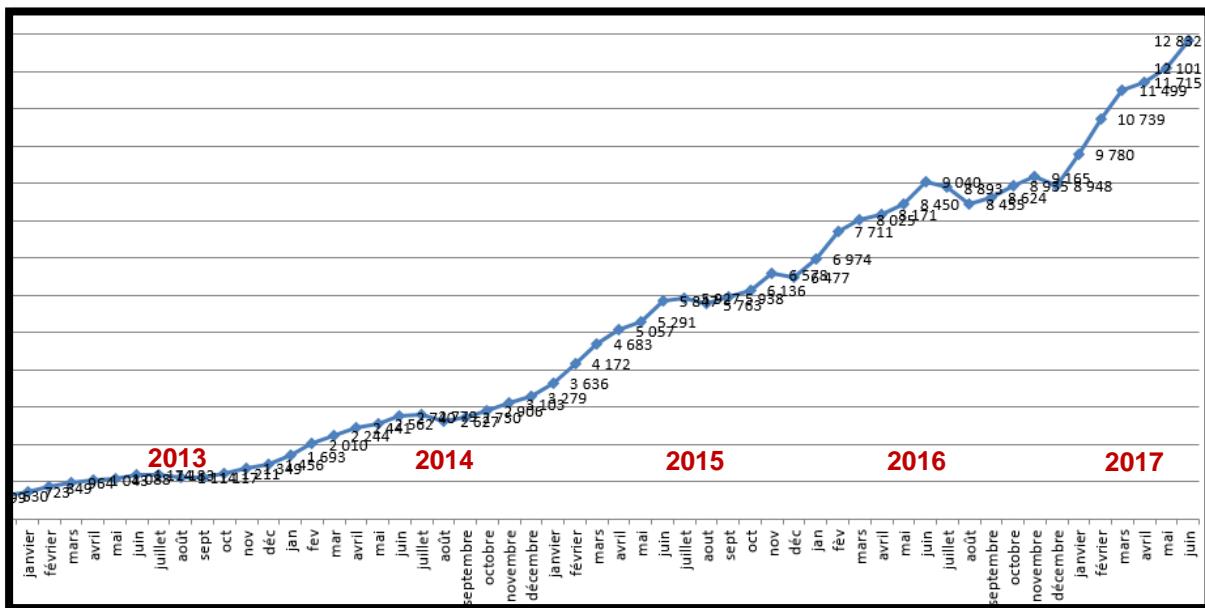
Santé Publique France avance comme hypothèse l'impact négatif sur l'opinion publique des polémiques nationale et internationale concernant l'efficacité du dépistage du cancer du sein. Cette remise en cause se retrouve dans l'étude Cochrane de Gøtzsche et Jørgensen. (14) (72)

Une autre hypothèse serait la baisse de l'offre médicale en sénologie.

1.2. ASALEE : forces et faiblesses

Forces d'ASALEE :

Le dispositif ASALEE est en plein essor avec l'arrivée en 2016 sur le territoire national de 132 nouvelles IDSP. Le nombre de consultations des IDSP ASALEE **a été multiplié par dix** ces quatre dernières années. Ces chiffres s'expliqueraient par l'augmentation du nombre de tâches réalisées par l'infirmière et par un plus grand nombre de patients pris en charge. (55)



Graphique N°37 : Évolution de l'activité ASALEE : nombre de consultations infirmières par mois

ASALEE s'inscrit dans une nouvelle dynamique en soins primaires de deux manières : **le travail en équipe** pluriprofessionnelle et l'utilisation de **protocoles** de soins. De nombreuses structures de santé telles que les Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les maisons et pôles de santé optent aussi pour l'élaboration de protocoles simples sur des thèmes variés. Ce support de travail de coordination est rédigé lors de réunions de concertation par l'équipe pluriprofessionnelle (protocole AVK, dépistage de dénutrition de la personne âgée, couverture vaccinale antigrippale, prise en charge des plaies chroniques...).

Dans le département des Deux-Sèvres, nous notons, par exemple, une initiative similaire au sein de l'AMAT (Association des professionnels de santé pour le Maintien de l'offre de soins et l'Amélioration des conditions d'exercice des soignants du Thouarsais).

Dans ces établissements, l'exercice ASALEE tient compte alors des supports préexistants et s'ajuste à l'offre déjà en place. (73)

Faiblesses d'ASALEE :

Concernant le DO du cancer du sein, le travail de l'IDSP est principalement **informatisé**, basé essentiellement sur la mise en place d'alertes dans le dossier médical. L'absence de contact direct avec toutes les femmes éligibles et de **consultation spécifique** consacrée au dépistage peut atténuer l'impact réel de l'IDSP sur le taux de participation des patientes.

2. Critique de la méthode

Nous avons réalisé cette thèse pour répondre à cette question : **l'activité de l'infirmière ASALEE a-t-elle un impact dans le DO du cancer du sein en médecine générale ?**

2.1. Intérêts et limites de l'étude

Intérêts de l'étude :

Notre objectif primaire était d'observer l'évolution du taux de participation au DO du cancer du sein, deux ans après un travail de collaboration médecin généraliste-infirmière ASALEE en Deux-Sèvres.

L'originalité de cet objectif réside dans **l'absence d'études antérieures** sur ce sujet en France. Plusieurs évaluations et thèses portent sur l'efficience d'ASALEE dans le diabète type 2. De même, il existe de nombreuses enquêtes d'opinion auprès des

médecins sur le dispositif ASALEE, mais notre étude est la première faisant le lien entre ASALEE et le dépistage organisé.

Cette étude est utile par son enjeu de santé publique. Elle souhaite révéler le degré d'implication d'un tel dispositif de coopération dans le DO du cancer du sein. Le but est de proposer des pistes d'amélioration locale, en soutien aux structures de gestion départementales dans leur travail de proximité.

Notre étude se voulait pertinente en choisissant d'analyser initialement le sujet par une **étude quantitative**, car il nous paraissait plus adapté de faire un « **état des lieux** » quantitatif avant d'explorer, par une étude de type qualitative, les impressions des participants ou leurs expériences personnelles.

L'année 2004 est l'année de création d'ASALEE et de la généralisation du DO du cancer du sein en France. Nous avons donc fait le choix d'évaluer ces treize dernières années par une **étude rétrospective**.

Limites de l'étude :

Selon la HAS, ce type d'étude correspond à niveau de preuve 4. Elle a donc un **faible niveau de preuve scientifique. (74)**

Notre étude est **descriptive**. Nous n'émettons que des hypothèses et nous ne pouvons donc pas prouver le lien de causalité. L'intérêt est informatif.

2.2. Choix des critères d'inclusion

Concernant les critères d'inclusion, notre choix s'est porté sur le département des Deux-Sèvres pour deux raisons : c'est le **département pilote** pour le projet ASALEE et ses résultats sont parmi les meilleurs au niveau du DO du cancer du sein en France ces dernières années. Selon Santé Publique France, le taux de participation pour le programme 2013-2014 était de 62,3 % en Deux-Sèvres.

De plus, il a aussi été choisi pour une question de facilité logistique, car c'est notre lieu de travail. (75)

Un autre critère d'inclusion était l'exercice en libéral, tout simplement car c'est le mode de travail de l'ensemble des médecins ASALEE dans le département.

Nous avons uniquement inclus des médecins thésés installés car pour être acteurs de santé du DO du cancer du sein il faut être médecin traitant.

En effet, le médecin généraliste est l'intervenant « pivot » dans le DO puisqu'il est dans 93 % des cas le médecin traitant, selon la CNAMTS. Les médecins au Mode d'Exercice Particulier (MEP) (acupuncteur, homéopathe...) représentent 4 % des médecins traitants. (76)

L'étude s'étend de 2004 à juin 2015, d'où **la non-inclusion** des médecins généralistes primo-installés en 2016, car le délai de recul requis dans le DO du cancer du sein est de deux ans et notre recueil de données s'est terminé en juin 2017.

Il n'y a pas eu d'exclusion au cours de l'étude, étant donné que notre travail d'observation rétrospective concernait une période déterminée.

La force des critères d'inclusion repose sur un biais de sélection faible, lors de la constitution de l'échantillon de médecins, car le recrutement a été exhaustif, grâce à la liste reçue par ASALEE.

La faiblesse des critères d'inclusion réside dans le nombre de médecins ASALEE. Le recueil est certes exhaustif mais limité au seul département des Deux-Sèvres soit au final, 41 médecins inclus dans l'étude, ce qui rend la **taille de l'échantillon faible**.

2.3. Critique du recueil de données

Lors du recueil de données, nous avons rencontré quelques difficultés :

Le recueil des caractéristiques des médecins telles que l'âge, le type d'exercice, l'année d'entrée dans ASALEE a été fastidieux (données initialement absentes ou erronées). Pour comptabiliser le plus de données possible, il a fallu recouper et vérifier les informations plusieurs fois auprès des différents contacts.

Les difficultés rencontrées nous inciteraient à proposer une amélioration de la base des données dont dispose ASALEE sur ses intervenants.

Le taux de participation n'a pas été obtenu directement. Le centre de gestion ARCANDE ne donnait que le nombre de mammographies par médecin en valeur absolue. Le taux a été calculé après récupération de la patientèle éligible de chaque médecin auprès des principales caisses de sécurité sociale : CPAM, RSI et MSA. La patientèle des autres caisses (CAMIEG pour EDF/GDF, CPM Banque de France, CPR SNCF...) manque, mais reste minoritaire. De plus, il ne nous a été fourni que le nombre de patientes éligibles pour l'année 2016, mais nous avons considéré qu'une patientèle de médecine générale reste plutôt stable.

En ce qui concerne **le taux de participation de l'objectif primaire** (calcul de N - 2 et N + 2 possible de 2006 à juin 2015), nous l'avons pris en compte dès **le mois d'entrée** dans ASALEE des médecins pour être le plus précis possible, en considérant que l'installation de ces médecins est en général ancienne et leur patientèle fixe. La période de deux ans a donc été calculée sur 24 mois consécutifs.

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) n'a pas été utilisée car les mammographies faites à l'hôpital ne sont pas prises en compte et surtout, le début du ROSP date de 2011, alors que notre étude démarre en 2004. De plus, bien que notre recueil soit anonymisé, nous redoutions le refus de nombreux médecins de nous la transmettre, par souci de confidentialité. (77)

Pour le lieu d'exercice, nous avons séparé le département en zone Nord et Sud : le **Nord** est considéré comme **rural** et comptabilisant le plus de **zones « fragiles »**. D'ailleurs, toute la région anciennement Poitou-Charentes est considérée comme rurale, avec seulement 12 % de communes urbaines en 2010. (78)

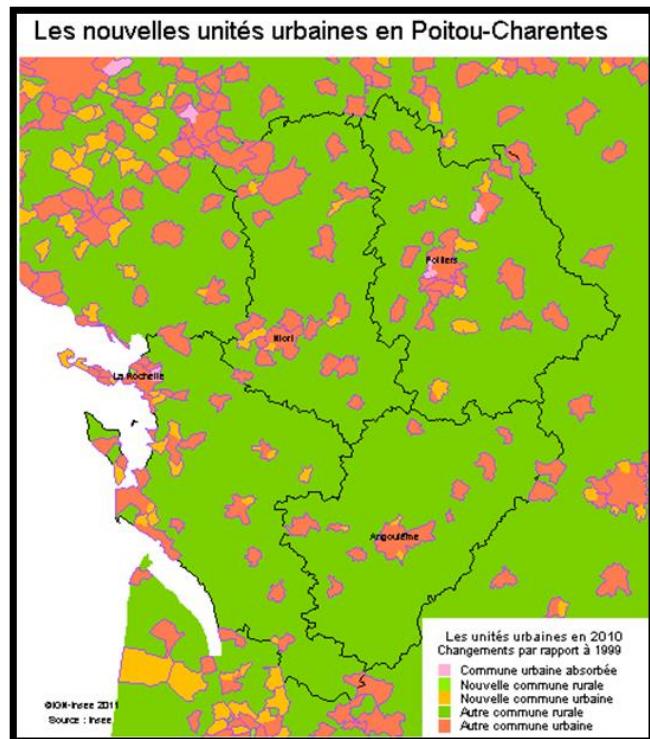


Figure N°12 : répartition des communes urbaines et rurales en 2010 en Poitou-Charentes

Concernant les MSU, aucune distinction entre tuteur, maître de stage de niveau 1, de niveau 2 (SASPAS) ou de stage de deuxième cycle n'a été précisée. Nous voulions juste apporter la notion de **généraliste enseignant** pour en objectiver l'impact sur ASALEE et le DO.

La faiblesse de notre recueil de données réside dans la subjectivité du classement des caractéristiques. Nous avons essayé de choisir des caractéristiques pertinentes sur les médecins étudiés. Notre choix a été guidé par la volonté de conserver une cohérence au vu des données épidémiologiques de la littérature et des quelques études sur les thèmes d'ASALEE et du DO du cancer du sein.

2.4. Critique de l'analyse statistique

Le logiciel Excel® nous a paru le plus adapté par sa simplicité, son efficacité et la reproductibilité de l'analyse, aussi bien pour les calculs que pour les graphiques.

Les patients ont été classés de manière **anonyme** par numéro dans le tableur. Cette méthode nous a permis de ne pas exiger le consentement des patients étudiés. Le secret médical est respecté.

Les paramètres de dispersion que nous avons fait le choix d'utiliser sont la moyenne et l'écart-type, qui nous ont paru les plus intéressants à exploiter.

Cette analyse statistique comporte une limite, car **il n'y a pas de résultats statistiquement significatifs** dans cette étude descriptive. L'absence de tests statistiques s'explique par le fait qu'il s'agit d'un travail uniquement d'observation.

3. Résultats

3.1. Rappel des principaux résultats

Sur les 54 médecins ASALEE des Deux-Sèvres étudiés, **41 ont été inclus**. Ce chiffre d'inclusion est correct, pour produire un travail recevable. La répartition est de 20 médecins inclus dans l'objectif primaire et secondaire N°1 et 21 médecins inclus dans l'objectif secondaire N°2.

Pour l'objectif primaire, le taux de participation a augmenté dans 95 % des cas avec une **moyenne de 12,6 %** entre les deux années de programme de DO du cancer du sein antérieures et postérieures à l'entrée dans ASALEE.

Pour l'objectif secondaire N° 1, 60 % de médecins ont augmenté de $\geq 10\%$ leur taux de participation. **Leurs principales caractéristiques** sont d'être une femme (67 %),

d'avoir un âge moyen de 53,2 ans, de travailler en majorité dans le Nord des Deux-Sèvres (67 %), en zone rurale (à 75 %), d'exercer en MSP (à 67 %) et comme MSU (67 %), avec une patientèle éligible moyenne de 202 femmes. La moitié d'entre eux a intégré ASALEE en 2006.

L'objectif secondaire N°2 concerne 21 médecins ayant intégré ASALEE lors de sa création en 2004 ou lors de leur première installation en libéral. Leur taux de participation pour le programme du DO du cancer du sein pour les années 2015-2016 est en moyenne de **62,4 %**.

3.2. Population étudiée

La population étudiée comprend 41 médecins généralistes ASALEE.

Le sex-ratio de 1,28 est plutôt équilibré pour les 41 médecins ASALEE de l'étude, soit 56 % d'hommes pour 44 % de femmes. Ce sex-ratio est similaire à celui retrouvé chez les médecins généralistes actifs en région Nouvelle-Aquitaine en 2016, selon l'Atlas démographique 2016. (**79**)

La moyenne d'âge de 51,7 ans est, là aussi, similaire à l'âge moyen objectivé chez les généralistes de Nouvelle-Aquitaine. Notre échantillon de médecins est donc superposable, par ses aspects, à la population des généralistes libéraux de la région, mais l'écart type est assez grand ($\pm 9,9$ ans), donc la dispersion est importante : l'âge des médecins s'étend de 34 à 70 ans. (**79**)

La majorité (59 %) des médecins inclus exercent en **Nord Deux-Sèvres et en milieu rural** (caractéristiques liées entre elles).

Ces bassins de vie ruraux du Nord Deux-Sèvres font également partie d'une zone de désertification médicale avec **une faible densité de médecins généralistes** : une moyenne de 5,4 généralistes pour 10 000 habitants en 2016. Tout le département est touché par la sous-médicalisation, le recul du nombre de généralistes est de **8,9 %** ces dix dernières années. (**79**)

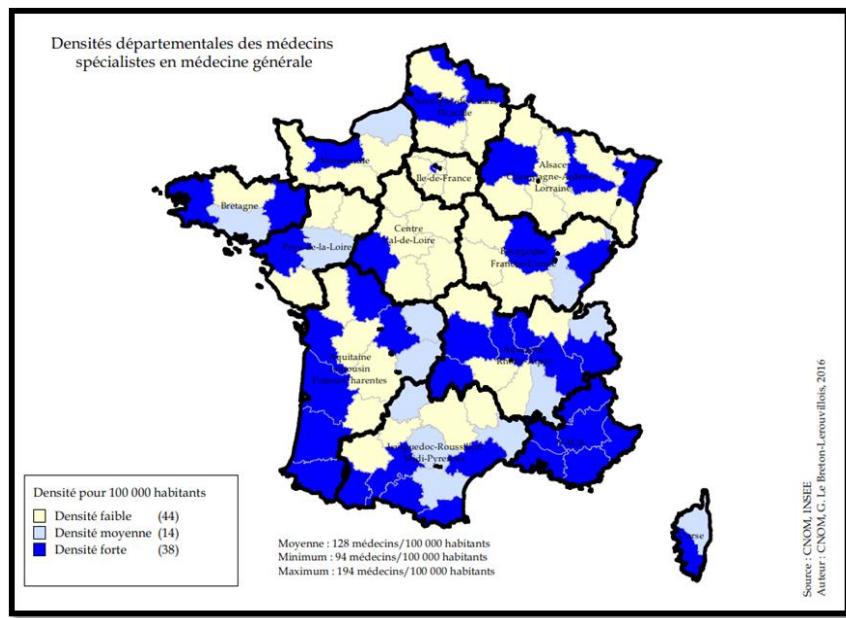


Figure N°13 : densité départementale des généralistes en France en 2016

Nous constatons que les médecins ASALEE de l'étude exercent plutôt **en zone de désertification médicale**. La coopération entre professionnels de santé serait-elle donc une des réponses au déficit de la démographie médicale ? Le Professeur Berland conclut par l'affirmative dans son rapport de 2002. Le Docteur Romain Py arrive à la même conclusion dans son enquête d'opinion des médecins sur ASALEE dans le Limousin en 2015. (45) (80)

L'exercice en groupe est le type d'exercice quasi exclusif (95 %) dans notre échantillon. Ce résultat est bien supérieur aux données recueillies en région en 2016 avec 60 % des généralistes en activité de groupe, selon l'Atlas démographique. (79)

Ainsi donc, ces médecins, avant même de travailler avec une infirmière ASALEE, sont favorables au **travail en équipe**. Ce fait est confirmé par l'enquête d'opinion de 2012 du Docteur Gaborit sur « les nouvelles formes de coopération en médecine générale » : les médecins travaillant en association délèguent plus facilement que les médecins exerçant seuls et un exercice à plusieurs est plus approprié pour réaliser des coopérations. (81)

De plus, la création des **MSP** en Deux-Sèvres, comme partout ailleurs en France, est exponentielle, selon les souhaits du Ministère de la Santé. En 2016, la France dénombrait 778 MSP, dont 24 en Deux-Sèvres. **La majorité se situe dans le Nord du département**, selon l'ARS Nouvelle-Aquitaine. (67) (82)

L'implication des MSU dans ASALEE est importante (59 %) dans notre échantillon, sachant qu'en France seulement 17 % des généralistes sont MSU. Ce taux augmente à 21 % dans les Deux-Sèvres, dont la moitié est en coopération ASALEE.

Nous pouvons justifier ce résultat par le fait que les médecins qui enseignent à des étudiants sont souvent actifs également au sein de la profession avec des interventions au cours de Formations Médicales Continues (FMC) ou sont syndiqués. L'enseignant détient donc une ouverture d'esprit et une volonté de transmission de savoirs et de savoir-faire qui prédisposent au recrutement dans le dispositif de coopération ASALEE. Dans l'étude du Docteur Gaborit, les résultats montrent que les MSU ont un niveau d'information médicale important et connaissent davantage les réseaux par rapport aux autres médecins. Ce « bouche à oreille » est donc vecteur de recrutement pour ASALEE, du moins au niveau local. (81) (83)

L'entrée dans ASALEE pour les médecins étudiés s'est faite sur une période s'étalant de 2004 à 2015. Le nombre d'entrées a été important dès le départ (8 entrées l'année de création) jusqu'en 2011 (7 entrées) pour connaître une stagnation des entrées par la suite (4 entrées / an maximum). Nous comprenons cela par un engouement initial au projet de coopération, puis des « déclics » qui se sont déclenchés par la suite chez certains médecins retardataires. Cette évolution est aussi justifiée par une expansion d'ASALEE qui ne concerne plus seulement le département pilote mais s'ouvre maintenant à **tout le territoire national**. (42)

3.3. Objectif primaire

Pour les 20 médecins concernés, le taux de participation a augmenté pour la quasi-totalité (95 %), avec une **moyenne de 12,6 %** entre les deux années de programme de DO du cancer du sein antérieures et postérieures à l'entrée dans ASALEE.

Nous n'avons pas de comparatif dans la littérature, mais cela semble une évolution très honorable.

Autre donnée importante : **le taux de participation deux années après** l'entrée des généralistes dans ASALEE est de **68,6 %** en moyenne, ce qui est un résultat très satisfaisant. Aucun taux de participation n'a égalé notre étude parmi les résultats présentés par Santé Publique France, hormis le Maine-et-Loire en 2008 avec 69,6 %. **Les biais** à signaler sont un échantillon de petite taille et un écart-type important ($\pm 8,8 \%$) qui signifie que notre population manque d'homogénéité. (84)

3.4. Objectif secondaire N°1

L'objectif secondaire N°1 a pour but d'analyser **les caractéristiques** principales des douze médecins qui ont **la meilleure évolution** ($\geq 10 \%$) du taux de participation au DO du cancer du sein parmi ceux de l'objectif primaire.

La faiblesse ici est la définition subjective du seuil de $\geq 10 \%$.

S'il l'on se réfère aux caractéristiques de la population étudiée commentées plus haut, les profils sont similaires si ce n'est la présence d'une **majorité de femmes** (67 %).

Pourquoi y a-t-il deux fois plus de femmes que d'hommes parmi les généralistes qui enregistrent les meilleurs taux de participation ?

Nous pouvons supposer que les femmes médecins se sentent plus concernées par la question du dépistage du cancer du sein. Une autre hypothèse avancée serait que les femmes médecins ont une patientèle féminine plus importante.

Nous n'avons pas retrouvé d'études prouvant cela.

3.5. Objectif secondaire N°2

L'**objectif secondaire N°2** a été justifié suite à la non intégration dans l'objectif primaire de médecins généralistes (21 médecins au total) dont nous n'avions pas le taux de participation au DO à N - 2.

Cette absence de données s'explique par deux situations :

- **2004** est l'année de création simultanée d'ASALEE et du centre de gestion ARCANDE, donc impossibilité d'avoir des taux de participation antérieure à cette année-là.
- certains médecins étaient **en première année d'installation** libérale à leur entrée dans ASALEE, donc sans patientèle préalable.

Les sujets ont tout de même pu être inclus pour augmenter la taille de l'échantillon de l'étude, car nous avions les taux à N + 2.

L'inconvénient, à ce niveau, est l'absence de différenciation au sein de ces 21 médecins, les nouveaux installés (13 médecins) et les initiateurs de 2004 (8 médecins).

Nous avons choisi cet objectif secondaire N°2, car nous voulions savoir si le fait d'être immergé directement dans ASALEE avait une influence sur le taux de participation.

Nous avons fait le choix de calculer les taux de participation pour **les années 2015 et 2016** dans cet objectif secondaire N°2, soit le dernier programme de DO du cancer du sein par souci d'harmonisation. La période d'étude s'étend sur 11 ans pour certains médecins, alors que pour d'autres, elle est de 2 ans maximum. C'est pour cela que notre choix s'est porté sur les années 2015 et 2016. Ce choix est justifié pour faire le parallèle avec les taux de participation départementaux et nationaux.

Comparé aux **caractéristiques** de la population étudiée, le profil des médecins de l'objectif secondaire N°2 change essentiellement par le fait que **le lieu d'exercice est principalement le Sud du département (62 %)**.

Le Sud des Deux-Sèvres a un réseau de spécialistes plus fourni, au sein d'une ville moyenne avec un Centre Hospitalier. Cela voudrait-il dire qu'une partie de notre échantillon, les jeunes installés, seraient plus attirés par ce lieu géographique ?

Nous ne pouvons pas tirer véritablement d'hypothèses de cet échantillon de médecins.

Cependant, le Commissariat Général à l'Égalité des Territoire définit, dans une étude de 2015, les critères d'attractivité à l'installation des jeunes médecins généralistes : la proximité avec un Centre Hospitalier et un plateau technique (cabinet de radiologie, laboratoire d'analyses biologiques...) et la présence de paramédicaux semblent indispensables à l'existence d'un projet d'installation.

Dans son étude de 2010 sur « l'approche intergénérationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes », le Docteur Andréa Poppelier souligne que les projets d'installation en libéral pour la jeune génération étaient plutôt liés à son attachement au territoire, que ce soit comme **lieu d'origine ou lieu de l'internat**. La zone géographique de choix reste cependant semi-urbaine (43 %) plutôt que rurale (8 %). (85) (86)

Les résultats de notre étude retrouvent un taux de participation moyen de **62,4 % en 2015-2016** pour les 21 médecins de l'objectif secondaire N°2.

Ce résultat n'est pas supérieur à celui retrouvé pour le N + 2 des médecins de l'objectif primaire (68,6%), mais il montre une homogénéité dans les résultats du taux de participation chez les médecins ASALEE de notre étude.

Cependant, **le résultat de l'objectif secondaire N°2 est bien supérieur aux taux moyens de participation départementaux (54,3 %) et nationaux (51,1 %) pour ces mêmes années.**

Pourtant, un **facteur extrinsèque** est intervenu en 2015-2016 et a pu avoir un impact sur ce pourcentage. Selon le centre de gestion ARCANDE, le délai d'attente pour réaliser une mammographie de dépistage est d'environ un mois et reste stable dans le Nord du Département. Par contre, depuis 2015, le Sud du département connaît un **rallongement important du délai d'attente**, qui est passé de 3 mois à 9 mois.

Ceci est secondaire à la **désertification médicale qui touche aussi les radiologues** : l'effectif de ces derniers a connu un recul de 9,7 % en Deux-Sèvres ces dix dernières années selon l'Atlas démographique 2016. (79)

Ce recul serait-il expliqué par des départs à la retraite non compensés ou par un **manque d'intérêt pour la sénologie ?**

Nous n'avons pas trouvé d'évaluation sur le délai moyen d'attente avant de passer la mammographie de dépistage, mais il semble très variable d'un site à l'autre.

Nous pouvons donc conclure que **le taux de participation de 62,5 % est sous-estimé pour 2015-2016. Le déficit du nombre d'acteurs de santé du DO du cancer du sein a un impact négatif sur les résultats du taux de participation.**

Pour faire le parallèle avec d'autres évaluations ASALEE, le Docteur Gautier, dans une présentation à la HAS de 2009, précisait que dans les cabinets où une IDSP travaillait depuis au moins 1 an, 76 % des patientes de 50 à 74 ans avaient une mammographie de dépistage. (43)

4. Perspectives

4.1. Dépistage organisé du cancer du sein

Le cancer du sein reste un fléau. L'augmentation de la participation au dépistage organisé du cancer du sein demeure un des objectifs principaux du plan cancer 2014-2019. Comment augmenter cette participation ? (2)

Il faut trouver des solutions pour améliorer les objectifs de participation qui n'atteignent pas le niveau cible européen recommandé ($\geq 70\%$).

Plusieurs pistes peuvent être proposées :

En 2013, la HAS proposait d'expérimenter un élargissement de la population cible au programme de dépistage organisé du cancer du sein pour inclure des femmes âgées de 40 à 49 ans et de 75 à 79 ans en France. (87)

Mais, selon le Docteur Arlot-Lamade d'ARCANDE 79, il est nécessaire, au préalable, de **fidéliser** les femmes déjà dépistées et de **sensibiliser les 50 % qui ne se font pas dépister**. Il est aussi nécessaire de lutter contre certains préjugés de type : « je ne ressens rien, donc tout va bien ».

Les causes les plus fréquemment retrouvées de **non-participation** des femmes éligibles au DO du cancer du sein sont la peur de l'examen, qui peut être douloureux, ou du résultat, le manque de temps ou de motivation pour s'occuper de leur santé ou le manque d'informations. Ces résultats sont exposés dans l'étude du Docteur Potapoff. Le DO du cancer du sein doit donc devenir une habitude de santé. (6) (88)

La sensibilisation des femmes peut se faire à divers niveaux :

- elle est fortement liée au rapport privilégié que la patiente entretient avec son médecin traitant,
- à plus grande échelle, les campagnes des structures de gestion sont la vitrine de la lutte contre le cancer et participent à cette sensibilisation. De très nombreuses fondations et associations locales de femmes atteintes du cancer du sein représentent aussi une **interface privilégiée** pour informer, mobiliser et sensibiliser à la nécessité du DO du cancer du sein par des initiatives très variées (conférences, régates, courses à pied, tricot, concours photo...) à travers le pays, notamment lors de « l'octobre rose ». (16) (89)



Figure N°14 et 15 : Affiche du concours Pink Ribbon Photo Award et affiche les Régates « ROSE » dédiées à la lutte contre le cancer du sein

Concernant le parcours de soin, un rapport du Parlement français de 2004 précise que le délai moyen de prise en charge, c'est-à-dire le délai moyen entre la date du dépistage et la date du premier traitement en cas de diagnostic de cancer du sein, est de 2,6 mois. Ce point est à améliorer d'une façon générale pour atteindre les recommandations européennes qui sont de 4 semaines au plus. (90)

Il paraît nécessaire, au préalable, de raccourcir et d'homogénéiser les délais d'attente pour effectuer la mammographie de dépistage.

D'autres pistes ont été exploitées pour augmenter le taux de participation, elles sont d'ordre matériel :

- Une expérimentation de **mammobile** en zones rurales ou défavorisés a été faite en région Occitanie, mais semble insuffisante pour augmenter l'implication des femmes au DO du cancer du sein. (91) (92)
- **La tomosynthèse**, qui est une mammographie 3D utilisée en dépistage individuel, permettrait une meilleure visualisation des anomalies mammaires, mais l'efficacité à l'échelle populationnelle ne semble pas encore certifiée. (93) (94)

Toutes ces pistes de solutions exogènes ne sont pas applicables si en amont le nombre de radiologues experts en sénologie est insuffisant dans certaines zones. Ce problème majeur est soulevé dans notre travail et confirmé par la HAS dans une étude de 2011. (6)

4.2. ASALEE

Pour renforcer l'extension significative d'ASALEE, plusieurs plans d'action notables :

- Premièrement, la prolongation des modes de financement actuels d'ASALEE doit être assurée, la période de convention entre les différents partenaires se terminant fin 2018. Une évaluation IRDES est en cours actuellement et devrait transmettre ses résultats fin 2017, garant de nouvelles perspectives.
- Deuxièmement, **un comité de recherche** a été créé en 2016 au sein d'ASALEE. Son but est de rechercher de nouvelles pistes d'amélioration et de développer l'organisation en proposant des extensions et des créations de protocoles. (42)

Un des développements de santé publique d'avant-garde qu'ASALEE a mis en œuvre est la prise en charge à distance de l'insuffisance cardiaque par **télésuivi médical**, quand cela le justifie. Ce protocole est appelé **VIGILANCE 3** : le but de l'intervention de l'IDSP ASALEE au domicile est de diminuer les hospitalisations et de retarder les entrées en EHPAD.

Concrètement, l'IDSP installe des capteurs médicaux de surveillance de poids et de tension artérielle qui servent au suivi rapproché de patients atteints de pathologies chroniques avancées, telles que l'insuffisance cardiaque. Elle permet d'anticiper les situations de crise et d'assurer le maintien à domicile. Ce travail se fait en étroite collaboration avec le médecin traitant à qui elle adresse chaque semaine le rapport informatisé des indicateurs. À partir des résultats, ils décident ensemble de la poursuite ou non de la surveillance. Cette expérimentation de télémédecine est validée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. (95) (96)

- Enfin, aux enjeux de santé publique en matière de prévention et d'éducation auxquels ASALEE répond, s'ajoute un **enjeu de démographie médicale**. La coopération pluriprofessionnelle permettrait de relancer l'attractivité de l'exercice libéral auprès des jeunes générations. L'exercice en groupe et l'enseignement sont de formidables vecteurs de transmission et de communication nécessaires au recrutement dans ASALEE. (86)

Le département des Deux-Sèvres est le département historique d'ASALEE avec près de 21 % des médecins généralistes accueillant à ce jour une infirmière. La couverture nationale est de 3,5 % et ne peut que progresser avec le temps.

4.3. ASALEE et le dépistage organisé du cancer du sein

Le Docteur Gaborit, en 2012, dans son étude sur la Coopération en médecine générale, concluait que 93 % des généralistes de son échantillon en Charente étaient prêts à déléguer à des paramédicaux en ce qui concerne le dépistage organisé du cancer du sein. Mais par quels moyens exactement ? (81)

La coopération avec une IDSP ASALEE est une réponse. Avec le médecin traitant, elle forme une équipe de soins primaires au plus près de la population, qu'elle rencontre régulièrement, et sert de point d'appui aux programmes d'actions de santé publique, notamment le DO du cancer du sein.

Une étude publiée en 2010 dans l'American Association for Cancer Research (AACR) intitulée : « Influence of nurses on compliance with breast screening recommendations in an organized breast screening program association », constatait qu'une réduction significative de la mortalité par cancer du sein par dépistage peut être obtenue grâce à une fréquentation régulière. L'étude montrait que **les infirmières, par leur action éducative**, avaient une influence sur l'adhésion des femmes aux recommandations de dépistage du cancer du sein et sur la fidélisation au programme. (97)

Nous avons vu plus haut que le talon d'Achille du dépistage organisé est le manque de radiologues spécialistes en sénologie.

Le radiologue effectue un examen des seins avant la mammographie de dépistage. Ne pourrait-on pas **simplifier ce protocole** ? Le médecin traitant ne pourrait-il pas intervenir avant la mammographie pour effectuer l'examen clinique mammaire systématique afin de libérer du temps au radiologue pour les actes d'imagerie pure ?

Les délais pour bénéficier d'une mammographie de dépistage sont dans certains secteurs trop longs. L'IDSP ASALEE, par son intervention systématisée, prend en compte le délai rallongé des rendez-vous lié aux difficultés démographiques médicales. **Cette anticipation** permet d'homogénéiser les délais d'attente et d'avoir une meilleure couverture dans le DO du cancer du sein.

4.4. Perspectives de l'étude

Notre étude étant descriptive et rétrospective, elle a une **faible valeur scientifique**.

Pour augmenter la force de l'étude il faudrait :

- que celle-ci, par son faible coût, soit reproductible sur un échantillon de médecins ASALEE plus important pour augmenter la puissance statistique. L'étude devrait être multicentrique et concerner le cadre de la région voire de la France.
- que l'essai soit comparatif avec les taux nationaux et départementaux pour confirmer les résultats de notre travail qui n'est pas statistiquement significatif.
- une étude quantitative sur la même procédure qu'utilise l'IDSP ASALEE dans le **dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique**. Au vu des résultats de notre étude, nous pouvons penser que le taux participation au DO du cancer colorectal est également meilleur dans la patientèle des équipes ASALEE.



Figure N°16 : illustration schématique de la notion de coopération

CONCLUSION

Notre thèse, grâce à une étude descriptive auprès d'un échantillon dans le département des Deux-Sèvres, constitué de médecins généralistes exerçant avec le concours d'infirmières « ASALEE », a mis en évidence le travail de **coopération en équipe pluriprofessionnelle** en médecine de premier recours. Cette équipe, par sa proximité avec la population, tient une place de choix en matière de santé publique, en particulier pour le dépistage organisé.

Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme en France. Le dépistage organisé du cancer du sein est en légère régression depuis 2014 et bien au-dessous de l'objectif européen. La mise en place d'alertes dans le dossier médical est une méthode appliquée par ASALEE en soins primaires pour renforcer le dépistage organisé. Ce système est renforcé par le « coaching » dont bénéficient les patientes par l'équipe médecin généraliste-infirmière pour améliorer la sensibilisation au dépistage organisé du cancer du sein.

Notre étude a voulu répondre à la question suivante : l'activité de l'infirmière ASALEE a-t-elle un impact dans le dépistage organisé du cancer du sein en médecine générale ?

L'action de l'infirmière ASALEE dans le département des Deux-Sèvres accroît le taux de participation de la patientèle au dépistage organisé du cancer du sein pour 95 % des médecins. Ceux-ci augmentent en moyenne leur taux de 12,6 % après l'entrée dans ASALEE.

Le profil type des médecins généralistes ayant le meilleur taux de participation ($\geq 10\%$) est le suivant : médecin généraliste femme, exerçant en MSP, en tant que MSU, dans le Nord du département, essentiellement en zone rurale.

De plus, la moyenne de participation (62,4 %) de la patientèle des médecins ASALEE des Deux-Sèvres au dépistage organisé du cancer du sein est supérieure à la moyenne départementale (54,3 %) et nationale (51,1 %) pour le programme 2015-2016.

Ces résultats sont encourageants malgré des disparités dans les taux de participation entre les sites. L'objectif étant d'harmoniser les pratiques pour renforcer leur performance, il faudrait organiser **un audit régulier** dans chaque équipe ASALEE pour vérifier si les protocoles de dépistage organisé sont correctement appliqués et, le cas échéant, adaptés.

BIBLIOGRAPHIE

1. FRM, Fondation pour la Recherche Médicale. Cancer du sein : les chiffres du cancer du sein. [En ligne].

<https://www frm org/cancer-du-sein/chiffres.html>. Consulté le 28/04/2017.

2. INCa, Institut National du Cancer. Plan Cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Deuxième édition. Brochure de Février 2015. [En ligne].

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>. Consulté le 28/04/2017.

3. INCa, Institut National du Cancer. Dépistages du cancer du sein : avantages et inconvénients. Dernière mise à jour : 06/10/2016. [En ligne].

<http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Avantages-et-inconvenients>. Consulté le 29/04/2017.

4. Arnaud C. DCEM. Deuxième Cycle des Études Médicales. Faculté de Médecine de Toulouse Purpan et Toulouse Rangueil. Module 1 : « apprentissage de l'exercice médical ». Sous module : « la médecine fondée sur les preuves ». Évaluation des procédures de dépistages. 11 p. [En ligne].

http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module1/011_depistage_CA_SA.pdf. Consulté le 30/04/2017.

5. Moutel G, Duchange N, Jullian O, De Montgolfier S, Papin-Lefebvre F, Sancho-Garnier H. INCA, Institut National du Cancer. Éthique et dépistage organisé du cancer du sein en France. Rapport du Groupe de Réflexion sur l'Éthique du Dépistage (GRED). Collection État des lieux et connaissances. Octobre 2012, 12 p. [En ligne].

www.e-cancer.fr/content/download/95836/1020532/file/ETAETHDEPSEIN12.pdf.

Consulté le 30/04/2017.

6. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation en Santé Publique. La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France. Situation actuelle et perspective d'évolution. Novembre 2011, 210 p.

[En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire _participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-02_15-27-14_245.pdf.

Consulté le 02/05/2017.

7. INCa, Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2016. L'essentiel des faits et chiffres. 24 p. [En ligne].

http://www.e-cancer.fr/content/download/183576/2424633/file/Les_cancers_en_France_en_2016_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20170203.pdf.

Consulté le 02/05/2017.

8. HAS, Haute Autorité de Santé. Questions / Réponses. Participation au dépistage du cancer du sein : Recommandations de la HAS pour les femmes de 50 à 74 ans. 7 p. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/questions_reponses_depistage_sein.pdf. Consulté le 02/05/2017.

9. Bungener M, Eisinger F, Erria G, Aubin-Augier I, Ghasarossian C, Gautier A et al. INCA, Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Collection Enquêtes et sondages. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA. Septembre 2010, 20 p. [En ligne].

www.e-cancer.fr/content/download/95857/1020700/file/ENQBAROMG11.pdf.

Consulté le 03/05/2017.

10. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Dépistage organisé du cancer du sein : guide du format des données et définitions des indicateurs de l'évaluation du programme national. Publié le 02/12/2011. 66 p. [En ligne].

http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7650. Consulté le 05/05/2017.

11. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Dossiers thématiques. Évaluation du programme de dépistage du cancer du sein. Indicateurs d'évaluation. Indicateurs par région et département sur la période 2011-2012. [En ligne].

<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr..//layout/set/print/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Indicateurs-par-region-et-departement-sur-la-période-2011-2012>.

Consulté le 05/05/2017.

12. Akkouche S, Ancelle-Park R, Fontanille C, Keters M-C, Lessellier D, Thirion M et al. INCA, Institut National du Cancer. Programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. Guide juridique à destination des acteurs du dépistage. Septembre 2011, 48 p. [En ligne].

www.e-cancer.fr/content/download/63314/569821/file/GUIJURDEP11.pdf.

Consulté le 06/05/2017.

13. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistages des cancers. Journal Officiel de la République Française n°295 du 21 décembre 2009 page 19240, texte n°49. [En ligne].

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000460656&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 08/05/2017.

14. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Indicateurs d'évaluation. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016. Mars 2017. [En ligne].

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>. Consulté le 09/05/2017.

15. ARCANDE 79, Association pour le Repérage des Cancers par dépistage en Deux-Sèvres. Présentation Arcande 79. [En ligne].

<https://depistage-organise-cancer.esante-poitou-charentes.fr/arcande-79/presentation,626,533.html>. Consulté le 11/05/2017.

16. ARCADES, Dépistages des cancers dans les Bouches du Rhône. Site d'accueil. [En ligne]. <http://www.arcades-depistages.com/index.htm>. Consulté le 11/05/2017.

17. Arrêté du 24 janvier 2008 portant introduction de la mammographie numérique dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein. [En ligne].

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018071400>.

Consulté le 12/05/2017.

18. Lancon F, De Bels F, Viguier J. INCA, Institut National du Cancer. Performance de la mammographie dans le dépistage organisé des cancers du sein / complément année 2012 et 1^{er} semestre 2013. Octobre 2015, 14 p. [En ligne].

http://www.e-cancer.fr/content/download/135397/1667991/file/Performance-mammographie-depistage-organise-cancers-sein_2015.pdf.

Consulté le 15/05/2017.

19. INCa, Institut National du Cancer. Ensemble améliorons le dépistage du cancer du sein. Concertation citoyenne et scientifique. [En ligne].

<http://www.concertation-depistage.fr/sinformer-sur-le-depistage/>.

Consulté le 16/05/2017.

20. Dosquet P, Dilhuydy M-H, Séradour B, Stines J, Thibault F, Travade A et al. Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique (en dehors des images construites et des variantes du normal). Correspondance avec le système BIRADS de l'American College of Radiology (ACR). Service des recommandations et références professionnelles. ANAES. Février 2002, 3 p. [En ligne].

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ACR.pdf>.

Consulté le 18/05/2017.

21. INCa, Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes suivant leur niveau de risque. [En ligne].

<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes.>

Consulté le 20/05/2017.

22. Allioux C. InVS, Institut de Veille Sanitaire. BEH, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique - Dépistage organisé du cancer du sein. 26 septembre 2012. N°35-36-37. 32 p. [En ligne].

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-35-36-37-2012>

Consulté le 28/05/2017.

23. Ceugnart L, Deghaye M, Vennin P, Haber S, Taieb S. Organized breast screening : Answers to recurring controversies. Éditeur Elsevier Masson. 2014; 95(4) :355-359.

[En ligne]. http://ac.els-cdn.com/S2211568413002647/1-s2.0-S2211568413002647-main.pdf?tid=932f5ac8-8736-11e7-b7d5-0000aab0f26&acdnat=1503405592_97cd059392096c60804945da6ceb955f.

Consulté le 28/05/2017.

24. INCa, Institut National du Cancer. Bénéfice et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein. Quels éléments en 2013 ? 18 p. [En ligne].

<https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwianf6a9-jVAhXkDsAKHV6dBHwQFqgmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F64036%2F575100%2Ffile%2FBenefices-limites-du-programme-de-depistage-cancer-sein2013.pdf&usg=AFQjCNFPWsABe2Y2al1d7WjBx-8mYAYAnA.>

Consulté le 04/06/2017.

25. Lauby-Seretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F et al. Dépistage du cancer du sein - point de vue du Groupe de Travail du CIRC, Centre International de Recherche sur le Cancer. The New England Journal of Medicine. Juin 2015. [En ligne].

<http://www.cancer-environnement.fr/506-Depistage-du-cancer-du-sein---point-de-vue-du-Groupe-de-Travail-du-CIRC.ce.aspx.>

Consulté le 06/06/2017.

26. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 : tumeurs solides. Saint-Maurice, France. 2013, 122 p. [En ligne].

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012>.

Consulté le 06/06/2017.

27. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations de Santé Publique. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Synthèse. Mars 2014, 34 p. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf. Consulté le 07/06/2017.

28. INCa, Institut National du Cancer. Cancers du sein : du diagnostic au suivi. Outils pour la pratique. Mars 2016, 20 p. [En ligne]. <http://media.onco-npdc.fr/25008.pdf>. Consulté le 07/06/2017.

29. Lastier D, Salines E, Rogel A. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006. Saint-Maurice, France. 2013, 26 p. [En ligne].

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Programme-de-depistage-du-cancer-du-sein-en-France-resultats-2010-evolutions-depuis-2006>

Consulté le 10/06/2017.

30. HAS, Haute Autorité de Santé. Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? Questions / Réponses. Mai 2014, 10 p. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/questions_reponses_cancer_sein_2014-05-19_09-02-15_41.pdf

Consulté le 11/06/2017.

31. WHO, World Health Organization. IARC, International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [En ligne].

<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> Consulté le 18/06/2017.

32. Altobelli E, Rapacchietta L, Angeletti PM, Barbante L, Profeta FV, Fagnano R. Breast Cancer Screening Programmes across the WHO European Region : Differences among Countries Based on National Income Level. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14 p.

33. Rogel A, Hamers F, Quintin C, de Maria F, Bonaldi C, Beltzer N. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Incidence et dépistage du cancer du sein en France. Dernières données disponibles : octobre 2016. Saint-Maurice, France. 2016, 20 p. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Incidence-et-depistage-du-cancer-du-sein-en-France>. Consulté le 22/06/2017.

34. INCa, Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise#toc-le-d-pistage-organis-enquelques-chiffres>. Consulté le 23/06/2017.

35. INCa, Institut National du Cancer. Les cancers en France – Édition 2016. Objectif 15 du plan cancer 2014-2019. Date de publication : juin 2017. 247 p. [En ligne]. http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=1
Consulté le 23/06/2017.

36. Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Roussot A, Dialla PO, Pornet C, Poillot ML, Soler-Michel P et al. Breast cancer screening in thirteen French departments. Bull Cancer. 2015; 102(2) : 126-138.

37. DGOS. Direction Générale de l'Offre de Soins. Guide méthodologique : améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Octobre 2012, 77 p. [En ligne].
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
Consulté le 25/06/2017.

38. Légifrance. Article L.4011-1 du Code de la Santé Publique. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020887842&dateTexte=29990101&>
Consulté le 27/06/2017.

39. Berland Y, Maffioli C, Bourgueil Y, Michel P, Rochais L, Romaneix F, et al. HAS. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. Avril 2008, 61 p. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf. Consulté le 30/06/2017.

40. Berland Y. Rapport « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Octobre 2003, 58 p. [En ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>. Consulté le 30/06/2017.

- 41.** Matillon Y. Rapport de mission : modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales. Mars 2006, 143 p. [En ligne].
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000226.pdf>. Consulté le 01/07/2017.
- 42.** Association ASALEE, Action de Santé Libérale en Equipe. Le protocole et l'association ASALEE : bilan et perspective. 13 juillet 2017, 11 p.
- 43.** Gautier J. ASALEE, Action de Santé Libérale en Equipe. HAS, Haute Autorité de Santé. Financement, FIQSV 2009-2010, 1 p. [En ligne].
<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/po208.pdf>
Consulté le 02/07/2017.
- 44.** IRDES, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Questions d'économie de la santé n° 136. Novembre 2008, 8 p. [En ligne].
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>. Consulté le 06/09/2017
Consulté le 03/07/2017.
- 45.** Berland Y, Annereau A, Berthet J, Errieau G, Leroy O, Ract Y. Mission « démographie des professions de santé ». Tome 1. Rapport N°2002135. Novembre 2002, 114 p. [En ligne].
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643.pdf>.
Consulté le 05/07/2017.
- 46.** Légifrance. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel de la République Française n°185 du 11 août 2004 page 14277, texte n°4. [En ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 07/07/2017.
- 47.** Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, Verger P., Cavillon M, Mikol F et al. DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. Février 2014, 8 p. [En ligne].
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er873.pdf> Consulté le 09/07/2017.
- 48.** Légifrance. Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé. Journal Officiel de la République Française n°83 du 7 avril 2006 page 5263, texte n°10. [En ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000424775>.
Consulté le 10/07/2017.

49. Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 51. [En ligne].

https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_51.

Consulté le 11/07/2017.

50. HAS, Haute Autorité de Santé. Avis N°2012.0006/AC/SEVAM du 22 mars 2012 du Collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération N°010 « ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle et médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné », Mars 2012, 3 p. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/decision_pc010_s2.pdf. Consulté le 11/07/2017.

51. Bourgueil Y, Mousquès J, Franc C, Afrite A, Daniel F, Perlberg J et al. IRDES. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. DAPHNEE, Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation. Évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières ASALEE-DAPHNEE. Juillet 2015, 62 p. [En ligne].

<http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/evaluation-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-generalistes-et-infirmieres-asalee-daphnee-comite-de-suivi.pdf>.

Consulté le 13/07/2017.

52. Bourgueil Y, Marek A, Mouquès J. IRDES. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport N°532. Mars 2006, 96 p. [En ligne].

<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1624part1.pdf>.

Consulté le 13/07/2017.

53. Elbaum M, Chambaretaud S, Fernandes S, Tattou A, Ben Aoun L, Bourgueil Y et al. HAS, Haute Autorité de Santé. Rapport : « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé ». Décembre 2007; chapitre II.3 : 10-14. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf.

Consulté le 17/07/2017.

54. CNOM, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale. [En ligne].

https://demographie.medecin.fr/#l=fr;i=demo_gen_tot.mg_act_regul;v=map2;s=2017;sid=79;sly=a_dep_DR.

Consulté le 18/07/2017.

55. Association ASALEE, Action de Santé Libérale en Equipe. Assemblée générale : exercice 2016 et perspective 2017-2020. 5 Juillet 2017, 24 p. PowerPoint© consulté le 19/07/2017.

56. Association ASALEE, Action de Santé Libérale en Equipe. Protocole d'installation et de montée en charge d'infirmière ASALEE déléguée à la santé publique. 3 p.

57. Légifrance. Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. Journal Officiel de la République Française n°0012 du 15 janvier 2010 page 839, texte n°68. [En ligne].
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021683534&categorieLien=id>. Consulté le 21/07/2017.

58. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. INSTRUCTION N° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collège des financeurs ». 4 p. [En ligne].

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39573.pdf. Consulté le 22/07/2017.

59. HAS, Haute Autorité de Santé. Les protocoles de coopération art 51. Bilan du dispositif. Évaluation 2014. Novembre 2015, 147 p. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf. Consulté le 22/07/2017.

60. Dussol A. Association ASALEE. Action de Santé Libérale en Équipe : une coopération unique médecins/infirmières. Le concours médical. 2016; Vol.138 : 21 p. [En ligne].

<http://www.lesinterprosdelasante.fr/sites/default/files/LesInterProspubliCM01.pdf>. Consulté le 23/07/2017.

61. Association ASALEE. Action de Santé Libérale en Equipe. Éléments constitutifs de la fiche de poste infirmière ASALEE. Janvier 2014, 5 p.

62. Gautier J, Derville A. Association ASALEE. Action de Santé Libérale en Equipe. Une infirmière ASALEE ? Présentation du protocole ASALEE PowerPoint©. Octobre 2015, 28 p. [En ligne].

<http://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/ASALEE%20Pr%C3%A9sentation%20%20octobre%202015.pdf>. Consulté le 25/07/2017.

63. Association ASALEE. Action de Santé Libérale en Equipe. Protocole de coopération entre professionnels de santé. Travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle et médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des « professionnels de santé » sur le territoire concerné. Juin 2014, 131 p. [En ligne].

http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/protocole_autorise/Medecine_generale/ASALEE/Protocole_version2014.pdf. Consulté le 25/07/2017.

64. Gautier J. Association ASALEE. Action de Santé Libérale en Equipe. Rencontre HAS 2007. Une expérimentation de coopération interprofessionnelle Médecins Généralistes - Infirmières déléguées à la santé publique. 16 p. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tr3_j_gautier.pdf.

Consulté le 25/07/2017.

65. Légifrance. Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Journal Officiel de la République Française n°0178 du 4 août 2010 page 14392, texte n°27. [En ligne].

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASH1017847D/jo>.

Consulté le 28/07/2017.

66. FFMPS, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Qu'est-ce qu'une Maison et un pôle de santé ? Juillet 2013. [En ligne].

<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>. Consulté le 29/07/2017.

67. ARS N-A, Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Structures d'exercice coordonnée (maisons ou centres de santé). Janvier 2017. [En ligne].

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/index.php/structures-dexercice-coordonne-maisons-ou-centres-de-sante>. Consulté le 03/08/2017.

68. Insee, Institut national de la statistique et des études économiques. Définitions. Unité urbaine. 13 octobre 2016. [En ligne].

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>. Consulté le 03/08/2017.

69. Fetet S. Préfecture des Deux-Sèvres. Arrêté fixant la liste des communes rurales du département des Deux-Sèvres : année 2015. 10 avril 2015, 7 p. [En ligne].

<http://www.deux-sevres.gouv.fr/content/download/14197/110735/file/10-04-15%20communesrurales79%20PREF79-DDLRCT2.pdf>. Consulté le 04/08/2017.

70. Insee, Institut national de la statistique et des études économiques. Définitions. Écart-type. Octobre 2016. [En ligne].

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1913>. Consulté le 05/08/2017.

71. INCA, Institut National du Cancer. Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein : quels éléments en 2013 ? 18p. [En ligne].

[Benefices-limites-du-programme-de-depistage-cancer-sein2013%20\(1\).pdf](Benefices-limites-du-programme-de-depistage-cancer-sein2013%20(1).pdf).

Consulté le 07/08/2017.

72. Gøtzsche PC, Jørgensen K. Cochrane breast cancer group. Screening for breast cancer with mammography. Juin 2013. [En ligne].

<http://www.cochrane.org/fr/CD001877/depistage-du-cancer-du-sein-par-mammographie>. Consulté le 08/08/2017.

- 73.** Desgrées du Loû G, Olivier-Koehret M, Chabot J-M. Dossier protocoles pluriprofessionnels : viser l'utilité. Le concours médical. Septembre 2017 ; Tome 139 : 11p.
- 74.** Dhénain M. HAS, Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonnes pratiques : État des Lieux. 2013. 92 p. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_premere_gradation.pdf. Consulté le 10/08/2017.
- 75.** InVS, Institut de Veille Sanitaire. Indicateurs d'évaluation. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014. Avril 2015. [En ligne]. http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/106367/380600/version/1/file/Participation_insee_sein_2014_v1.pdf. Consulté le 11/08/2017.
- 76.** CNAMTS, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Conditions d'exercice et valorisation de la pratique du médecin traitant : négociations 2016. 2016. 25p. [En ligne]. <http://www.fmfra.fr/wp-content/uploads/2016/03/Pr%C3%A9sentation-CNAM.pdf>. Consulté le 11/08/2017.
- 77.** Assurance maladie. La rémunération sur Objectifs de santé publique : principes généraux. [En ligne]. <https://www.ameli.fr/deux-sevres/medecin/textes-reference/convention/2011-rospr/principes-generaux>. Consulté le 12/08/2017.
- 78.** Borély J. INSEE, Institut National de la Statistique et des études économiques. De nouvelles unités urbaines en Poitou-Charentes. 2011. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1559976>. Consulté le 13/08/2017
- 79.** Rault J-F, Le Breton-Lerouville G. CNOM, Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2016. 326 p. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>. Consulté le 13/08/2017.
- 80.** PY R. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. Thèse de médecine. Université de Limoges; 2015, 120 p. [En ligne]. <http://studylibfr.com/doc/4291585/une-enqu%C3%AAte-d-opinion-dans-le-limousin-en-2015>. Consulté le 16/08/2017.
- 81.** Gaborit C. Nouvelles formes de coopération en médecine générale : enjeux, freins et applications possibles. Enquête d'opinion auprès de 85 médecins généralistes de la Charente. Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2012, 139 p. [En ligne]. <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/30a8667e-1daa-48aa-9a34-520c0be458e6>. Consulté le 16/07/2017.

82. Holué C. Exercice regroupé : maison ou centre de santé. Le concours médical. 2017 ; n°139 : 20-26.

83. CNGE, Collège National des généralistes Enseignants. Maître de stage des universités et stages de médecine générale : poursuite de la progression de l'offre. Mai 2016. [En ligne].

https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cngesnemg_mai_2016_maitre_de_stage_des_universi/ Consulté le 20/08/2017.

84. InVS, Institut de Veille Sanitaire. Indicateurs d'évaluation. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2008-2009. 2 p. [En ligne]. http://invs.santepubliquefrance.fr/surveillance/cancers_depistage/2008_2009/part_d_epistage_sein_resultats_departements.pdf. Consulté le 23/08/2017.

85. Poppelier A. Exercice de la médecine générale : approche intergénérationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2010, 204 p.

86. CGET, Commissariat Général à l'égalité des territoires. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. Novembre 2015. 96 p. [En ligne].

http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/etude_jeunes_medecins_generalistes_cget_0.pdf. Consulté le 27/08/2017.

87. HAS, Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans et de 70 à 79 ans en France : note de cadrage. Mars 2013. 44 p. [En ligne].

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/note_de_cadrage_-depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_de_40-49_ans_et_70-79_ans.pdf. Consulté le 30/09/2017.

88. Potapoff E. Les freins au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes réunionnaises de plus de 65 ans : étude quantitative. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2015, 74 p.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01167511/document> Consulté le 02/09/2017
Consulté le 16/06/2017.

89. SOS cancer du sein : vivre le cancer autrement. Nos actions tout au long de l'année. [En Ligne].

<http://www.soscancerdusein.org/sos-cancer-du-sein-manifs-passees-14.html>.
Consulté le 27/07/2017.

90. Bernier M., office parlementaire d'évaluation des politiques de santé : rapport sur les résultats du dépistage du cancer du sein. Juin 2004. [En ligne]. <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i1678.asp> Consulté le 01/09/2017.

91. Ferrié B. Impact du mammobile sur le dépistage organisé du cancer du sein : exemple en Aveyron. Thèse de médecine. Université de Toulouse ; 2013, 53 p. [En ligne].

<http://thesesante.ups-tlse.fr/54/1/2013TOU31004.pdf> Consulté le 03/09/2017

92. Vallée A. Le « Mammobile » : une méthode pertinente en France ? Santé publique. 2016 ; vol. 28 : 599-602. [En ligne].

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_165_0599.

Consulté le 03/09/2017.

93. INCa, Institut national du Cancer. Qu'est-ce que la tomosynthèse et quelle pourrait être sa place dans le dispositif de dépistage organisé ? 2017. [En ligne].

<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Les-reponses-a-vos-questions#toc-la-tomosynth-se>. Consulté le 03/09/2017.

94. Taourel P. SFR, Société Française de Radiologie. Tomosynthèse et dépistage du cancer du sein : futur proche ou perspective lointaine ? 2013. [En ligne].

<http://www.sfrnet.org/sfr/presse/3-materiel-de-presse/interviews-d-experts/article.phpml?id=rc%2Forg%2Fsfrnet%2Fhtm%2FArticle%2F2013%2F20131218-155946-247>. Consulté le 03/09/2017.

95. Champeaux D, Decize G. ASALEE Bourgogne : protocole de coopération. 2013 [En ligne]. <http://slideplayer.fr/slide/1157202/>. Consulté le 04/09/2017.

96. ARS, Agence Régional de Santé. L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie. 2017. [En ligne].

<https://www.ars.sante.fr/index.php/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>. Consulté le 04/09/2017.

97. Chiarelli A, Majpruz V, Brown P, Theriault M, Edwards S, Shumak R. et al. Influence of nurses on compliance with breast cancer screening recommendations in an organized breast screening program. Cancer epidemiology, biomarkers and prevention. March 2010. 11 p. [En ligne].

<http://cebp.aacrjournals.org/content/19/3/697.full-text.pdf>. Consulté le 17/07/2017.

ANNEXES

ANNEXE N°1 : lettre d'invitation d'ARCANDE 79 pour le dépistage organisé du cancer du sein en Deux-Sèvres



BON DE PRISE EN CHARGE POUR BÉNÉFICIER D'UNE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE ORGANISÉ

n° d'immatriculation :

régime :

date de naissance :

Ceci est votre document pour bénéficier d'une mammographie de dépistage prise en charge à 100 % par votre caisse d'assurance maladie. **Vous devez le présenter lors de votre rendez-vous chez votre radiologue ainsi que toutes vos anciennes mammographies.**

**** *Nous vous invitons à lire attentivement la plaquette d'information ci-jointe.* ****

Attention, les délais dans les centres de radiologie sont variables selon les sites et peuvent être longs. Nous vous recommandons de prendre votre prochain rendez-vous rapidement. Vous avez la possibilité de choisir le centre agréé de votre choix en Deux-Sèvres ou dans un autre département pour la réalisation de l'examen.

N'hésitez pas à contacter le secrétariat d'ARCANDE 79.

Si vous ne réalisez pas ce dépistage merci de bien vouloir remplir ce questionnaire et nous le retourner, afin de mettre à jour votre dossier.

VOUS NE POUVEZ ACTUELLEMENT PAS ENTRER DANS LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE CAR :

Vous êtes en traitement pour un cancer du sein ou surveillée après un traitement d'un cancer du sein

Date de la maladie : -----/-----/-----

Vous êtes en surveillance plus régulière pour une image anormale

Vous présentez des facteurs de risques familiaux importants

dans ces 3 cas, vous devez bénéficier d'un suivi personnalisé individuel

Votre dernière mammographie date de moins de 18 mois Date : -----/-----/-----

vous recevrez votre invitation 2 ans à compter de cette date

Vous ne désirez pas participer au dépistage organisé du cancer du sein

Merci de bien vouloir nous préciser vos raisons :

La Loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

PARTIE A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RADIologue LE JOUR DE LA MAMMOGRAPHIE

mammographie de dépistage effectuée le : | | | | | | | |

nom et signature du praticien ayant effectué la mammographie

cachet du praticien ou de l'établissement

ANNEXE N°1 : suite

AIDEZ-NOUS À PRENDRE SOIN DE VOUS

Madame,

Vous êtes âgée de 50 à 74 ans, vous pouvez bénéficier tous les 2 ans d'une mammographie de dépistage prise en charge à 100 % par votre caisse d'assurance maladie. Les examens complémentaires éventuels (échographie...) vous seront remboursés dans les conditions habituelles de la Caisse d'Assurance Maladie.

Comment bénéficier de cet examen :

- Prenez rendez-vous dans un des cabinets ou services de radiologie participant au dépistage*
- Lors de votre mammographie n'oubliez pas ce bon de prise en charge, vos anciens clichés et votre carte vitale.

Les résultats :

Si votre mammographie est normale, des résultats provisoires oraux vous sont communiqués le jour même de votre examen et vos clichés sont transmis à ARCANDE 79 pour une seconde lecture. Après cette relecture, vos résultats définitifs ainsi que votre dossier vous sont retournés dans un délai de 3 semaines.

Dans le cadre de l'évaluation nationale de ce programme, vous autorisez le médecin responsable d'ARCANDE 79 à recueillir les résultats de vos éventuels examens complémentaires ou interventions faisant suite à la mammographie auprès des médecins associés au dispositif.

La Présidente d'ARCANDE 79

Mme D. AUDIDIER

Pour l'ensemble des partenaires de la campagne,
Le médecin coordinateur,

Dr S. ARLOT-LAMADE

Association pour le Repérage des CANcers par DEpistage en Deux-Sèvres
187 av St Jean d'Angély -CS 68720 -79027 NIORT Cedex - Tél 05 49 05 12 74 ou 05 49 05 44 94 -
Fax 05 49 05 23 73

Réf BPC 001-002



ANNEXE N°2 : Participation au dépistage organisé du cancer du sein (taux bruts) – Années 2015 et 2016



	Année 2015			Année 2016			Années 2015-2016		
	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee (%)	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee (%)	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee (%)
France entière	2 530 947	4 914 726	51,5	2 534 467	5 000 076	50,7	5 065 414	9 914 802	51,1
Ile-de-France	308 767	782 689,5	39,4	315 534	793 634,5	39,8	624 301	1 576 324	39,6
Paris	40 973	150 410,5	27,2	40 886	151 578	27,0	81 859	301 988,5	27,1
Seine-et-Marne	44 894	89 303,5	50,3	45 696	91 098	50,2	90 590	180 401,5	50,2
Yvelines	41 337	98 484,5	42,0	39 543	99 680,5	39,7	80 880	198 165	40,8
Essonne	32 751	81 793	40,0	37 006	83 001,5	44,6	69 757	164 794,5	42,3
Hauts-de-Seine	37 089	103 519	35,8	39 520	105 281,5	37,5	76 609	208 800,5	36,7
Seine-Saint-Denis	36 901	92 315	40,0	37 125	93 883,5	39,5	74 026	186 198,5	39,8
Val-de-Marne	37 537	89 309,5	42,0	38 907	90 531,5	43,0	76 444	179 841	42,5
Val-d'Oise	37 285	77 554,5	48,1	36 851	78 580	46,9	74 136	156 134,5	47,5
Grand Est	223 677	419 868	53,3	219 869	425 944,5	51,6	443 546	845 812,5	52,4
Ardennes	11 932	21 499	55,5	11 915	21 846,5	54,5	23 847	43 345,5	55,0
Aube	12 810	23 696,5	54,1	12 838	24 016	53,5	25 648	47 712,5	53,8
Marne	24 656	41 777	59,0	24 344	42 206	57,7	49 000	83 983	58,3
Haute-Marne	8 595	15 050,5	57,1	8 817	15 242,5	57,8	17 412	30 293	57,5
Meurthe-et-Moselle	26 979	53 494	50,4	26 952	54 130	49,8	53 931	107 624	50,1
Meuse	7 782	15 013	51,8	7 587	15 297,5	49,6	15 369	30 310,5	50,7
Moselle	35 847	80 706,5	44,4	38 311	81 753,5	46,9	74 158	162 460	45,6
Bas-Rhin	45 848	81 016	56,6	42 894	82 445	52,0	88 742	163 461	54,3
Haut-Rhin	32 492	56 696	57,3	29 182	57 622	50,6	61 674	114 318	53,9
Vosges	16 736	30 919,5	54,1	17 029	31 385,5	54,3	33 765	62 305	54,2
Hauts-de-France	219 008	428 053	51,2	224 088	434 907	51,5	443 096	862 960	51,3
Aisne	21 313	41 140,5	51,8	22 035	41 684	52,9	43 348	82 824,5	52,3
Nord	89 735	178 325	50,3	90 631	181 044	50,1	180 366	359 369	50,2
Oise	30 388	57 435	52,9	31 194	58 496	53,3	61 582	115 931	53,1
Pas-de-Calais	53 605	108 502	49,4	55 399	110 354	50,2	109 004	218 856	49,8
Somme	23 967	42 650,5	56,2	24 829	43 329	57,3	48 796	85 979,5	56,8
Normandie	148 691	256 067	58,1	147 499	260 183,5	56,7	296 190	516 250,5	57,4
Calvados	30 523	53 474	57,1	30 778	54 352,5	56,6	61 301	107 826,5	56,9
Eure	25 526	44 351,5	57,6	24 037	45 212	53,2	49 563	89 563,5	55,3
Manche	23 108	40 614	56,9	24 813	41 398	59,9	47 921	82 012	58,4
Orne	13 530	24 068,5	56,2	12 332	24 390,5	50,6	25 862	48 459	53,4
Seine-Maritime	56 004	93 559	59,9	55 539	94 830,5	58,6	111 543	188 389,5	59,2
Centre-Val de Loire	121 261	201 410	60,2	121 031	204 663,5	59,1	242 292	406 073,5	59,7
Cher	16 698	26 665	62,6	16 771	27 048	62,0	33 469	53 713	62,3
Eure-et-Loir	19 143	32 202,5	59,4	19 115	32 760	58,3	38 258	64 962,5	58,9
Indre	10 938	19 941,5	54,9	11 099	20 274,5	54,7	22 037	40 216	54,8
Indre-et-Loire	29 327	46 034	63,7	28 944	46 809	61,8	58 271	92 843	62,8
Loir-et-Cher	16 890	27 248	62,0	16 408	27 739	59,2	33 298	54 987	60,6
Loiret	28 265	49 319	57,3	28 694	50 033	57,4	56 959	99 352	57,3
Bourgogne-Franche-Comté	131 115	223 920	58,6	128 199	227 114,5	56,4	259 314	451 034,5	57,5
Côte-d'Or	24 303	39 826	61,0	24 633	40 341	61,1	48 936	80 167	61,0
Doubs	22 569	38 411,5	58,8	21 806	38 864,5	56,1	44 375	77 276	57,4
Jura	12 041	20 924	57,5	11 900	21 313,5	55,8	23 941	42 237,5	56,7
Nièvre	11 335	20 046	56,5	10 829	20 279,5	53,4	22 164	40 325,5	55,0

ANNEXE N°2 : suite



<i>Haute-Saône</i>	11 021	19 293	57,1	10 500	19 595,5	53,6	21 521	38 888,5	55,3
<i>Saône-et-Loire</i>	27 468	46 896,5	58,6	27 066	47 535	56,9	54 534	94 431,5	57,7
<i>Yonne</i>	16 516	28 157	58,7	15 744	28 678,5	54,9	32 260	56 835,5	56,8
<i>Territoire de Belfort</i>	5 862	10 366	56,6	5 721	10 507	54,4	11 583	20 873	55,5
Pays de la Loire	167 149	272 662,5	61,3	165 796	278 076,5	59,6	332 945	550 739	60,5
<i>Loire-Atlantique</i>	60 364	95 572,5	63,2	61 791	97 484,5	63,4	122 155	193 057	63,3
<i>Maine-et-Loire</i>	36 264	57 463	63,1	34 302	58 476,5	58,7	70 566	115 939,5	60,9
<i>Mayenne</i>	13 167	22 630,5	58,2	13 058	23 049,5	56,7	26 225	45 680	57,4
<i>Sarthe</i>	25 384	43 069,5	58,9	23 666	43 795,5	54,0	49 050	86 865	56,5
<i>Vendée</i>	31 970	53 927	59,3	32 979	55 270,5	59,7	64 949	109 197,5	59,5
Bretagne	149 027	255 144	58,4	152 312	260 178	58,5	301 339	515 322	58,5
<i>Côtes-d'Armor</i>	29 893	50 783,5	58,9	28 423	51 620,5	55,1	58 316	102 404	56,9
<i>Finistère</i>	40 717	72 756,5	56,0	44 561	74 116	60,1	85 278	146 872,5	58,1
<i>Ille-et-Vilaine</i>	40 249	69 097,5	58,2	40 819	70 626	57,8	81 068	139 723,5	58,0
<i>Morbihan</i>	38 168	62 506,5	61,1	38 509	63 815,5	60,3	76 677	126 322	60,7
Nouvelle-Aquitaine	268 437	483 767	55,5	273 691	493 011,5	55,5	542 128	976 778,5	55,5
<i>Charente</i>	16 563	30 370	54,5	17 341	30 915,5	56,1	33 904	61 285,5	55,3
<i>Charente-Maritime</i>	29 153	57 113	51,0	30 800	58 363	52,8	59 953	115 476	51,9
<i>Corrèze</i>	12 177	21 172,5	57,5	12 382	21 456,5	57,7	24 559	42 629	57,6
<i>Creuse</i>	5 457	11 160,5	48,9	5 692	11 350,5	50,1	11 149	22 511	49,5
<i>Dordogne</i>	21 782	38 647	56,4	21 345	39 357	54,2	43 127	78 004	55,3
<i>Gironde</i>	61 373	112 888	54,4	62 717	115 283	54,4	124 090	228 171	54,4
<i>Landes</i>	20 857	34 552,5	60,4	21 469	35 359	60,7	42 326	69 911,5	60,5
<i>Lot-et-Garonne</i>	17 706	28 940,5	61,2	17 760	29 485,5	60,2	35 466	58 426	60,7
<i>Pyrénées-Atlantiques</i>	31 161	55 336,5	56,3	33 691	56 282	59,9	64 852	111 618,5	58,1
<i>Deux-Sèvres</i>	16 703	29 531,5	56,6	15 644	30 069,5	52,0	32 347	59 601	54,3
<i>Vienne</i>	17 350	33 049,5	52,5	16 568	33 616,5	49,3	33 918	66 666	50,9
<i>Haute-Vienne</i>	18 155	31 005,5	58,6	18 282	31 473,5	58,1	36 437	62 479	58,3
Occitanie	226 868	455 682	49,8	222 925	465 228,5	47,9	449 793	920 910,5	48,8
<i>Ariège</i>	5 676	13 407	42,3	5 112	13 732,5	37,2	10 788	27 139,5	39,8
<i>Aude</i>	17 657	31 880,5	55,4	16 239	32 642,5	49,7	33 896	64 523	52,5
<i>Aveyron</i>	10 418	23 521	44,3	11 156	23 902	46,7	21 574	47 423	45,5
<i>Gard</i>	30 188	60 521,5	49,9	30 308	61 890	49,0	60 496	122 411,5	49,4
<i>Haute-Garonne</i>	35 116	88 194	39,8	33 912	90 072	37,6	69 028	178 266	38,7
<i>Gers</i>	9 935	16 941	58,6	9 741	17 238,5	56,5	19 676	34 179,5	57,6
<i>Hérault</i>	43 559	85 358	51,0	43 784	87 169	50,2	87 343	172 527	50,6
<i>Lot</i>	8 564	16 667	51,4	8 973	17 041,5	52,7	17 537	33 708,5	52,0
<i>Lozère</i>	3 208	6 518,5	49,2	3 099	6 626	46,8	6 307	13 144,5	48,0
<i>Hautes-Pyrénées</i>	10 614	20 536	51,7	9 804	20 811	47,1	20 418	41 347	49,4
<i>Pyrénées-Orientales</i>	22 856	40 222	56,8	21 819	41 145	53,0	44 675	81 367	54,9
<i>Tarn</i>	17 679	32 044	55,2	17 516	32 671,5	53,6	35 195	64 715,5	54,4
<i>Tarn-et-Garonne</i>	11 398	19 871,5	57,4	11 462	20 287	56,5	22 860	40 158,5	56,9
Auvergne-Rhône-Alpes	319 137	572 290	55,8	325 575	582 045	55,9	644 712	1 154 335	55,9
<i>Ain</i>	23 513	44 248	53,1	24 402	45 312,5	53,9	47 915	89 560,5	53,5
<i>Allier</i>	16 804	29 648	56,7	16 826	30 036	56,0	33 630	59 684	56,3
<i>Ardèche</i>	13 393	27 248,5	49,2	13 409	27 811,5	48,2	26 802	55 060	48,7
<i>Cantal</i>	7 624	13 007,5	58,6	6 853	13 182,5	52,0	14 477	26 190	55,3
<i>Drôme</i>	21 997	39 929	55,1	21 035	40 673	51,7	43 032	80 602	53,4

ANNEXE N°2 : suite



Isère	48 071	87 355,5	55,0	51 728	88 865,5	58,2	99 799	176 221	56,6
<i>Loire</i>	<i>31 991</i>	<i>57 861</i>	<i>55,3</i>	<i>31 960</i>	<i>58 425,5</i>	<i>54,7</i>	<i>63 951</i>	<i>116 286,5</i>	<i>55,0</i>
<i>Haute-Loire</i>	<i>11 130</i>	<i>18 321,5</i>	<i>60,7</i>	<i>10 692</i>	<i>18 643</i>	<i>57,4</i>	<i>21 822</i>	<i>36 964,5</i>	<i>59,0</i>
<i>Puy-de-Dôme</i>	<i>31 429</i>	<i>50 716,5</i>	<i>62,0</i>	<i>28 858</i>	<i>51 577,5</i>	<i>56,0</i>	<i>60 287</i>	<i>102 294</i>	<i>58,9</i>
<i>Rhône</i>	<i>61 958</i>	<i>116 429,5</i>	<i>53,2</i>	<i>64 251</i>	<i>117 882</i>	<i>54,5</i>	<i>126 209</i>	<i>234 311,5</i>	<i>53,9</i>
<i>Savoie</i>	<i>19 812</i>	<i>32 526</i>	<i>60,9</i>	<i>20 258</i>	<i>33 241</i>	<i>60,9</i>	<i>40 070</i>	<i>65 767</i>	<i>60,9</i>
<i>Haute-Savoie</i>	<i>31 415</i>	<i>54 999</i>	<i>57,1</i>	<i>35 303</i>	<i>56 395</i>	<i>62,6</i>	<i>66 718</i>	<i>111 394</i>	<i>59,9</i>
PACA	175 182	406 615	43,1	162 156	413 098	39,3	337 338	819 713	41,2
<i>Alpes-de-Haute-Provence</i>	<i>7 749</i>	<i>14 798,5</i>	<i>52,4</i>	<i>6 366</i>	<i>15 039</i>	<i>42,3</i>	<i>14 115</i>	<i>29 837,5</i>	<i>47,3</i>
<i>Hautes-Alpes</i>	<i>7 271</i>	<i>11 758,5</i>	<i>61,8</i>	<i>6 928</i>	<i>12 046,5</i>	<i>57,5</i>	<i>14 199</i>	<i>23 805</i>	<i>59,6</i>
<i>Alpes-Maritimes</i>	<i>39 354</i>	<i>91 088</i>	<i>43,2</i>	<i>33 627</i>	<i>92 458,5</i>	<i>36,4</i>	<i>72 981</i>	<i>183 546,5</i>	<i>39,8</i>
<i>Bouches-du-Rhône</i>	<i>56 438</i>	<i>152 612</i>	<i>37,0</i>	<i>54 347</i>	<i>154 721</i>	<i>35,1</i>	<i>110 785</i>	<i>307 333</i>	<i>36,0</i>
<i>Var</i>	<i>39 128</i>	<i>91 486</i>	<i>42,8</i>	<i>37 629</i>	<i>93 059,5</i>	<i>40,4</i>	<i>76 757</i>	<i>184 545,5</i>	<i>41,6</i>
<i>Vaucluse</i>	<i>25 242</i>	<i>44 872</i>	<i>56,3</i>	<i>23 259</i>	<i>45 773,5</i>	<i>50,8</i>	<i>48 501</i>	<i>90 645,5</i>	<i>53,5</i>
Corse	9 254	26 377	35,1	9 975	26 922,5	37,1	19 229	53 299,5	36,1
Guadeloupe	18 127	33 038,5	54,9	15 136	34 105	44,4	33 263	67 143,5	49,5
Martinique	16 692	34 363,5	48,6	17 451	35 362	49,3	34 143	69 725,5	49,0
Guyane	2 469	9 778	25,3	3 470	10 309,5	33,7	5 939	20 087,5	29,6
La Réunion	26 086	53 000,5	49,2	29 760	55 292	53,8	55 846	108 292,5	51,6

Sources : Santé publique France – 07 Mars 2017 – Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein

ANNEXE N° 3 : Tableau de bord du mois de janvier 2017 du Portail Services ASALEE d'une infirmière ASALEE



Répartition de l'activité

Temps passé	journée	%
consultation	4.33	37.7 %
gestion dossier	2.28	19.84 %
concertation	0.61	5.29 %
formation	3	26.13 %
contribution Asalée	0.88	7.64 %
non attribué	0.39	3.4 %
total	11.48	100 %

Actes dérogatoires

		Total
presc. et réal. spirométrie	0	10
presc. et réal. troubles cognitifs	0	
presc. et réal. ECG	3	
presc. et réal. exam. du pied	0	
presc. et réal. exam. du pied monofilament	3	
presc. autres examens de suivi de diabète	4	

Nbre examens intégrés dans la période

Nb examens saisis ou intégrés	373
Nombre d'examens de la période	271

Analyse activité consultation

Jours d'activité retenus :	7.61
(= consultation + gestion dossier + concertation + non attribué)	
Nombre de consultations :	51
Consultations par jour :	6.70
Rapport à l'objectif :	111.70 %

Patients vus par protocole

Total	45
dépistage diabète	2
suivi diabète	11
suivi rcva y compris automesure	31
repérage troubles cognitifs	0
repérage bpcos	0
campagne dépistage cancer	0
sevrage tabagique	3
autres types	4
dont patient multiprotocole	8

Nouveaux patients

Nouveaux patients de la période	4
Proportion de nouveaux patients	9.76 %

Evolution HbA1c

Patients avec HbA1c > 7% avant la 1ère consultation	Nombre de consultations :	1ère	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème
	HbA1c avant	7.92	7.85	7.77	7.79	7.83	7.93
	HbA1c après	7.57	7.54	7.34	7.27	7.37	7.40
Evolution	-4.42 %	-3.95 %	-5.53 %	-6.68 %	-5.87 %	-6.68 %	

Evolution LDL

Patients avec LDL > 1,3% avant la 1ère consultation	Nombre de consultations :	1ère	2ème	3ème
	LDL avant	1.61	1.62	1.60
	LDL après	1.48	1.42	1.41
Evolution	-8.07 %	-12.35 %	-11.88 %	

Evolution tension

Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 1 consultation	67 %
Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 2 consultations	17 %
Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 3 consultations	-
Taux patient > 140/90 avant la 1ère consultation et < 140/90 après 4 consultations	-

Exploration Fonctionnelle Respiratoire - EFR

Nbre de spirométrie par patient unique	12
Taux de patients tabagiques ayant fait l'objet d'une EFR	2.78 %

Repérage des troubles cognitifs

Nb dépistages troubles cognitifs par patient unique	9
Taux de patients âgés auxquels a été administré un test des troubles cognitifs	2.50 %

Potentiel

Nombre total de patients	2400
Nombre de patients diabétiques de type 2	150
Nombre de patients à risque cardio-vasculaires y compris automesure	450
Nombre de patients éligibles au protocole Bpcos	432
Nombre de patients éligibles aux repérages troubles cognitifs	360

ANNEXE N°4 : protocole ASALEE du dépistage du cancer du sein

Expérimentation Asalee – dépistage cancer du sein – janv 2006 – version 2.0

Dépistage du cancer du sein

Une procédure de dépistage de masse est mise en place dans le département depuis septembre 2003.

Asalée se propose d'améliorer le dépistage du cancer du sein en renforçant le dépistage organisé par l'association ARCANDE en relayant auprès des femmes de 50 à 74 ans habituellement suivies au cabinet la campagne de dépistage du cancer du sein.

la population cible du dépistage du cancer du sein est extraite de la base de donnée du cabinet à partir des critères suivants :

Femmes de 50 à 74 ans sans facteur de risque

Patientes ayant désigné son médecin traitant au sein du cabinet

L'infirmière renseigne le formulaire ASALEE ;

Sont exclues les patientes en prise en charge individuelle

Femmes ayant un risque majoré en raison d'antécédents familiaux direct

Femmes ayant un antécédent de cancer du sein

Femmes en suivi individuel temporaire

L'infirmière prend contact avec l'association ARCANDE pour optimiser le dépistage

Une réunion de service détermine avec le médecin habituel de la patiente la meilleure façon de convaincre la patiente (intervention du médecin de l'infirmière, courrier, appel téléphonique, à l'occasion d'une consultation...)

L'infirmière renseigne les rappels prévus dans le logiciel professionnel.

ANNEXE N°5 : tableau Excel® de recueil des données des 41 médecins inclus dans l'étude.

N° Médecin	Sexe	Âge	Tranche d'âge	Lieu d'exercice	Nord/Sud/79	Milieu rural/urbain	Type d'exercice	Maître de Stage	Date début ASALEE	Inclusion
1	M	55	50 - 59 ans	Nueil les Aubiers	N	rural	MSP	oui	16/05/2013	objectif primaire
2	F	37	30 - 39 ans	Moncoutant	N	rural	MSP	oui	19/10/2011	objectif secondaire N°2
4	M	50	50 - 59 ans	Niort	S	rural	MSP	non	27/09/2004	objectif secondaire N°2
5	F	45	40 - 49 ans	Brioux sur Boutonne	S	rural	Groupe	non	02/11/2004	objectif secondaire N°2
6	M	55	50 - 59 ans	Saint Loup Lamairé	N	rural	MSP	non	09/01/2015	objectif primaire
12	M	60	≥ 60ans	Mauzé Thourais	N	rural	MSP	oui	17/03/2011	objectif primaire
13	F	60	≥ 60ans	Chatillon sur Thouet	N	rural	Groupe	oui	09/06/2004	objectif secondaire N°2
14	F	43	40 - 49 ans	Frontenay/Rohan Rohan	S	rural	MSP	non	27/07/2012	objectif secondaire N°2
15	F	50	50 - 59 ans	Bressuire	N	rural	Groupe	oui	02/07/2014	objectif primaire
16	M	65	≥ 60ans	Fayel l'Abesse	N	rural	Seul	non	29/05/2006	objectif primaire
17	M	61	≥ 60ans	Thouars	N	rural	MSP	oui	10/01/2008	objectif primaire
18	M	65	≥ 60ans	Brioux sur Boutonne	S	rural	Groupe	non	02/11/2004	objectif secondaire N°2
19	M	48	40 - 49 ans	Frontenay Rohan Rohan	S	rural	MSP	non	27/07/2006	objectif primaire
20	M	66	≥ 60ans	Argenton l'Eglise	N	rural	MSP	non	07/03/2006	objectif primaire
21	M	61	≥ 60ans	Brioux sur Boutonne	S	rural	Groupe	non	02/11/2004	objectif secondaire N°2
22	F	45	40 - 49 ans	Chef Boutonne	S	rural	MSP	oui	26/06/2006	objectif primaire
23	M	70	≥ 60ans	Chatillon sur Thouet	N	rural	Groupe	oui	09/06/2004	objectif secondaire N°2
24	M	58	50 - 59 ans	Niort	S	rural	MSP	non	27/09/2006	objectif secondaire N°2
26	M	37	30 - 39 ans	Bressuire	N	rural	Groupe	oui	27/10/2011	objectif primaire
27	M	41	40 - 49 ans	Frontenay Rohan Rohan	S	rural	MSP	oui	27/07/2006	objectif secondaire N°2
28	M	42	40 - 49 ans	Chef Boutonne	S	rural	MSP	non	26/09/2006	objectif secondaire N°2
29	M	60	≥ 60ans	Bressuire	N	rural	Groupe	oui	27/10/2011	objectif primaire
30	M	57	50 - 59 ans	Frontenay Rohan Rohan	S	rural	MSP	non	27/07/2006	objectif primaire
31	M	44	40 - 49 ans	Moncoutant	N	rural	MSP	oui	19/10/2011	objectif primaire
32	F	44	40 - 49 ans	Moncoutant	N	rural	MSP	oui	19/10/2011	objectif primaire
33	M	61	≥ 60ans	Chatillon sur Thouet	N	rural	Groupe	oui	09/06/2004	objectif secondaire N°2
34	F	35	30 - 39 ans	Chatillon sur Thouet	N	rural	Groupe	oui	01/01/2013	objectif secondaire N°2
35	M	61	≥ 60ans	Châté	S	rural	Groupe	non	18/05/2005	objectif secondaire N°2
36	M	40	40 - 49 ans	Niort	S	rural	MSP	oui	01/09/2008	objectif secondaire N°2
37	F	56	50 - 59 ans	Bressuire	N	rural	Groupe	oui	02/07/2014	objectif primaire
38	F	35	30 - 39 ans	Bressuire	N	rural	Groupe	non	02/07/2014	objectif secondaire N°2
41	M	60	≥ 60ans	Saint Loup Lamairé	N	rural	MSP	oui	09/01/2015	objectif primaire
42	F	47	40 - 49 ans	Frontenay/Rohan Rohan	S	rural	MSP	oui	27/07/2006	objectif primaire
44	F	47	40 - 49 ans	Brioux sur Boutonne	S	rural	Groupe	oui	02/11/2004	objectif secondaire N°2
46	F	45	40 - 49 ans	Bressuire	N	rural	Groupe	oui	02/07/2014	objectif primaire
47	F	47	40 - 49 ans	Thouars	N	rural	MSP	oui	01/06/2015	objectif primaire
48	F	61	≥ 60ans	Saint Varant	N	rural	MSP	oui	27/04/2015	objectif primaire
49	F	63	≥ 60ans	Bouillé Loretz	N	rural	Seul	non	07/11/2006	objectif primaire
51	M	58	50 - 59 ans	Niort	S	rural	Groupe	non	01/07/2005	objectif secondaire N°2
53	F	34	30 - 39 ans	Bressuire	N	rural	Groupe	non	27/10/2011	objectif secondaire N°2
54	F	49	40 - 49 ans	Châté	S	rural	Groupe	oui	18/05/2005	objectif secondaire N°2

ANNEXE N°5 : suite

Patientèle 2016	N-2 chiffres	N-2 %	NO	N-2 chiffres	N-2 %	évolution	déférence	tranches différence	mammo 15/16 en chiffres	mammo 15/16 en %	supériorité 79,54,3 %	supériorité nationale 51,1 %
263	72	27,7%	2013	79	30,0%	+	2,7%	< 5 %	143	87,7%	0	0
163			2011						155	52,4%	n	0
296			2004						50	67,6%	0	0
74			2004									
177	132	74,5%	2015	137	77,4%	+	2,8%	< 5 %				
247	76	30,8%	2011	106	42,9%	+	12,1%	10 % à 20 %	156	76,1%	0	0
205			2004						77	76,2%	0	0
101			2012									
212	151	71,2%	2014	171	80,7%	+	9,4%	5 % à 10 %				
157	104	66,7%	2006	135	86,0%	+	19,7%	10 % à 20 %				
294	137	46,6%	2008	155	52,7%	+	6,1%	5 % à 10 %				
68			2004						33	48,5%	n	n
144	32	22,2%	2006	53	36,8%	+	14,6%	10 % à 20 %				
97	89	91,8%	2006	95	97,9%	+	6,2%	5 % à 10 %	103	48,4%	n	n
213			2004									
152	29	19,1%	2006	70	45,1%	+	27,0%	> 20 %	124	80,5%	0	0
154			2004						112	44,80%	n	n
250			2006						197	81,1%	0	0
243			2011						44	50,6%	n	n
87			2006						100	59,5%	0	0
168			2006									
362	241	66,6%	2011	267	73,8%	+	7,2%	5 % à 10 %				
179	47	26,3%	2006	80	44,7%	+	18,4%	10 % à 20 %				
143	131	91,6%	2011	136	95,1%	+	3,5%	< 5 %				
171	98	57,3%	2011	125	73,1%	+	15,8%	10 % à 20 %	108	88,5%	0	0
122			2004						138	80,2%	0	0
172			2013						98	42,4%	n	n
231			2005						127	45,2%	n	n
281			2008									
306	201	65,7%	2014	234	76,5%	+	10,8%	10 % à 20 %	41	48,8%	n	n
84			2014									
185	139	75,1%	2015	139	75,1%	idem	0,0%	n				
280	118	42,1%	2006	175	62,5%	+	20,4%	> 20 %	75	49,7%	n	n
151			2004									
147	107	72,8%	2014	125	85,0%	+	12,2%	10 % à 20 %				
200	68	34,0%	2015	95	47,5%	+	13,5%	10 % à 20 %				
368	204	55,1%	2015	335	91,3%	+	35,9%	> 20 %				
70	59	84,3%	2006	68	97,1%	+	12,9%	10 % à 20 %	142	39,3%	n	n
361			2005						142	98,6%	0	0
144			2011									
163			2005						71	43,6%	n	n

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ARS : Agence Régionale de Santé
ARCANDE 79 : Association pour le Repérage des Cancers par Dépistage en Deux-Sèvres
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNAME : Conservatoire National des Arts et Métiers
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGS : Direction Générale de la Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DO : Dépistage Organisé
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
FDRCV : Facteur de Risque Cardio-Vasculaire
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'État
IDSP : Infirmière Déléguee à la Santé Publique
INCa : Institut National du Cancer
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU : Maître de Stage Universitaire
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PSA : Portail Services ASALEE
RSI : Régime Social des Indépendants
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

RÉSUMÉ

Contexte : l'exercice en médecine générale libérale évolue ces dernières années vers un travail en équipe pluriprofessionnelle. Parce que le cancer du sein reste le cancer féminin le plus meurtrier en France, une coordination entre les acteurs de santé de proximité dans le dépistage organisé du cancer du sein est nécessaire pour améliorer la sensibilisation des femmes sur ce sujet.

Notre objectif principal est d'observer l'évolution du taux de participation de la patientèle au dépistage organisé du cancer du sein chez les médecins généralistes des Deux-Sèvres, deux ans après un travail de coopération avec une infirmière de l'association ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe).

Nos objectifs secondaires sont de décrire les caractéristiques des médecins ASALEE ayant obtenu la meilleure évolution ($\geq 10\%$) du taux de participation et d'évaluer le taux de participation de la patientèle des médecins ayant intégré ASALEE lors de leur première installation libérale, pour les années 2015-2016.

Méthode : nous avons réalisé une étude quantitative descriptive et rétrospective auprès de 41 médecins généralistes ASALEE des Deux-Sèvres de juin 2004 à juin 2015. L'échantillon a été séparé en deux groupes : 20 médecins installés, ayant intégré dans un second temps le dispositif ASALEE et 21 médecins ayant débuté leur activité libérale directement avec ASALEE. Les données ont été retranscrites et analysées sur le logiciel Excel®, en respectant l'anonymat.

Résultats : L'action de l'infirmière ASALEE, dans le département des Deux-Sèvres, accroît le taux de participation de la patientèle au dépistage organisé du cancer du sein pour 95 % des médecins ASALEE. Ceux-ci augmentent en moyenne leur taux de 12,6 % après l'entrée dans ASALEE.

Le profil type des médecins généralistes ASALEE ayant le meilleur taux de participation ($\geq 10\%$) est le suivant : médecin généraliste femme, exerçant en MSP, en tant que MSU, dans le Nord du département, essentiellement en zone rurale.

De plus, la moyenne de participation au dépistage organisé du cancer du sein (62,4 %) de la patientèle des médecins ayant débuté leur carrière libérale avec ASALEE est supérieure à la moyenne départementale (54,3 %) et nationale (51,1 %) pour le programme 2015-2016.

Conclusion : Notre étude est la première en France à établir un lien entre ces deux sujets. Les taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein sont meilleurs dans la patientèle suivie par les équipes médecins-infirmières ASALEE. Il existe cependant des disparités entre les cabinets. Il faudrait donc organiser un audit dans chaque équipe ASALEE pour harmoniser les pratiques, afin de renforcer la performance de ces procédures dans le dépistage organisé du cancer du sein.

Mots clés : médecine générale / cancer du sein / dépistage organisé / taux de participation / travail en équipe / médecin-infirmière / protocoles / ASALEE.

ABSTRACT

Background : In recent years, general medicine practice has evolved towards working in multidisciplinary teams. Because breast cancer remains the deadliest cancer for women in France, coordination between local health actors in organized breast cancer screening is needed to improve women's awareness of this matter.

Our main objective is to observe the evolution of patients' participation rate in the organized breast cancer screening in general practitioners in the Deux-Sèvres, after two years of cooperation with an ASALEE (liberal health teamwork) nurse.

Our secondary objectives are to assess the characteristics of the practitioners who had the best ($\geq 10\%$) improvement in their participation rate and to assess the participation rate of female patients in practitioners who joined ASALEE during their first liberal installation, in the 2015-2016 years.

Methods: We carried out a retrospective descriptive and quantitative study of 41 ASALEE general practitioners in the Deux-Sèvres from June 2004 to June 2015. The sample was divided into two groups : 20 installed practitioners, having joined ASALEE in second time and 21 other ones having initiated their liberal activity directly with ASALEE. The data were transcribed and analyzed using the Excel® software, while respecting the anonymity.

Results: The ASALEE nurse's action in the Deux-Sèvres department seems to increase the patients' participation rate in organized breast cancer screening for 95% of physicians. They increase their average rate by 12.6% after joining ASALEE. We notice a better increase in the participation rate ($\geq 10\%$) for female general practitioners, practicing in MSP, as MSU, in the north of the department, mainly in rural areas. In addition to that, the average participation rate in organized breast cancer patient screening (62.4%) in practitioners who started their liberal career with ASALEE is higher than the departmental (54.3%) and national (51.1% %) ones for the 2015-2016 program.

Conclusion : Our study is the first one in France that has linked up these subjects. In organized breast cancer screening, participation rates are better in patients followed by the ASALEE nurse-physician teams. However, there are disparities between medical offices. Therefore, it would be necessary to organize an audit in every ASALEE team to harmonize practices in order to enhance the performance of these procedures in organized breast cancer screening.

Keywords : general practitioners / organized breast cancer screening / participation rate / team work / nurse-physician / protocols / ASALEE.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.



