



HAL
open science

**Influence des facteurs sociaux sur la participation au
dépistage organisé des cancers du sein et du colon au
sein d'un pôle de santé situé en zone urbaine sensible à
Nice**
Mylène Duong

► **To cite this version:**

Mylène Duong. Influence des facteurs sociaux sur la participation au dépistage organisé des cancers du sein et du colon au sein d'un pôle de santé situé en zone urbaine sensible à Nice. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01367688

HAL Id: dumas-01367688

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01367688>

Submitted on 16 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**INFLUENCE DES FACTEURS SOCIAUX
SUR LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE ORGANISE
DES CANCERS DU SEIN ET DU COLON
AU SEIN D'UN POLE DE SANTE
SITUE EN ZONE URBAINE SENSIBLE A NICE**

Thèse présentée et soutenue publiquement

Le 17 Mai 2016

Par **Mylène DUONG**

Née le 28 Septembre 1983 à Marseille

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe Hofliger

Asseseurs : Monsieur le Professeur Olivier Guérin
Monsieur le Professeur Pascal Staccini
Monsieur le Docteur Patrick Delasalle

Directrice de thèse : Madame le Docteur Céline Casta

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. D ELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul

M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André

M.C.A. Honoraire

M.C.U. Honoraires

M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

Mlle ALLINE Madeleine

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Chirurgie Générale (42.01)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)

M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie– Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais
Mme ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe Hofliger,

Vous me faites l'honneur de présider ma soutenance et de juger de mon travail. Merci pour votre disponibilité et votre implication dans la formation des internes de Médecine Générale. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime et ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Olivier Guérin,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'honorer mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pascal Staccini,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Veuillez recevoir ma plus profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Patrick Delasalle,

C'est avec bienveillance que vous avez accepté de faire partie de ce jury de thèse et je vous en remercie. Soyez assuré de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Céline Casta,

Je te remercie de ta confiance et de ton accompagnement tout au long de ce travail. Tout avait débuté le jour de ta thèse il y a quelques années...
Je t'exprime ici toute ma gratitude et mes amitiés les plus sincères.

A Madame le Docteur Claire Granon,

Je vous remercie infiniment de m'avoir aidé dans ce travail. Merci pour vos précieux conseils. Je regrette votre absence mais soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de tout mon respect.

Aux personnes faisant partie du PS3M,

Aux autres médecins du cabinet médical, le Dr Papa et le Dr Paolantonacci, et leur super secrétaire, Evelyne ;

Au personnel des pharmacies et des laboratoires d'analyses médicales ;

A toute l'équipe d'Apremas.

Aux médecins et équipes soignantes des différents services ayant vu mes premiers pas de « docteur » et ayant participé à ma formation pendant ces 3 années d'internat,

-*Néphrologie*, Pasteur 1, services des greffes rénales : Pr Esnault, Dr Cassuto, Dr Favre, Dr Moranne ;

Mes premiers co-internes : Ahmed, Fanny (« ça va ! »), David, Mohamed, Abdou, Barbara ; L'équipe IDE de choc : Carole, Christelle, Elisa, Delphine, Laura, Camille, Matthieu (élève IDE à l'époque) et tout le reste de l'équipe Nicolas, Dolores... Vous avez vu mes premiers pas hésitants d'interne...

-*Stage chez le praticien* en Corse (Ajaccio) chez le Dr Moretti Ciabrini et le Dr Spadoni, vous m'avez donné le goût de ce métier... Merci.

-*Endocrinologie*, Pasteur 1 : Pr Canivet, Pr Fredenrich, Dr Algava, Dr Pallé ;

Mes co-internes : Alexandra et Sarah (un semestre d'anthologie !);

Ma super IDE Sonia « Hello Kitty » pour tout ce que tu m'as apporté, Laetitia et tous les autres. Ce stage m'a révélé une passion pour la diabétologie, un peu moins pour le mal perforant plantaire...

-*MGU*, St Roch'n'Roll : Pr Bertrand, Pr Fournier, Dr Romankiewicz ;

Mes co-internes : Solo bimbo et Claire et nos apéros post boulot au Juke !

Les IDE : Cécile, Vanessa, Elisa, et les autres ! On en a passé des nuits blanches aux urgences...

-*Endocrinologie*, La Fontonne : Dr Broussard, Dr Bastard

Un stage en autonomie complète qui m'a bien appris sur la diabéto et sur moi aussi !

-*Gynécologie*, Archet 2 : Pr Bongain, Dr Delotte, Dr Trastour, Dr Hilmi, Dr Galiba, Dr Clerté ;

Mes co-internes : Lilette, les vieux Q Caro et Mel, Julie, Joséphine et Alexandre et les secrétaires (secretouf comme on vous appelait) : Christelle et Jessica. Jamais je n'aurai imaginé kiffé la gynéco à ce point ! Big Up au service lors de la revue 2012 (« finit les moules qui coulent !!! »).

-*Urgences pédiatriques*, Lenal : Dr Haas, Dr Tran ; Mes co-internes : Julie C, Gregory ; les IDE de folie : Gautier, Lucile, Juliette...

Merci aux médecins qui ont ponctué mon parcours, que je remplace et à leurs secrétaires pour leur soutien:

Les Dr Lebrun-Chauvot, Dr Saint Martin, Dr Agostini et Jasna ;

Le Dr Gianni-Couzin ; Le Dr Andrea-Poupart ; Le Dr Lalova et Anna.

Merci à Pascale, ma maman de l'internat qui m'a accueilli à mon arrivée sur Nice (même si c'était dans le « squat » de l'ancien internat Pasteur...) et qui a toujours été là quand on en avait besoin ! Bon rétablissement !

A ma famille,

A Mes parents, Pap et Meum, merci pour votre amour inconditionnel et votre soutien durant toutes ces années. Dur de résumer tout l'amour que j'ai pour vous en quelques mots. Cette thèse, elle est aussi pour vous. Un papa médecin, une maman infirmière, je ne me suis pas trompée de voie ! J'espère que j'aurai su vous rendre fiers. Votre poussin est devenu grand... Je vous aime fort.

Laurie, ma sœur, ma bananas ! C'est fait, j'ai égalé le Dr Quinn... ☺ Merci d'être toujours présente. Sans toi dans ma vie, je n'en serai pas la ! Je t'aime fort. <3

A Marraine, Gabi et Domi, c'est grâce à vous que j'ai atterri à Nice et c'est plutôt une bonne chose. Merci d'être là et à tous nos futurs repas de Noël avec nos parties de babyfoot survoltées !

A ma cousine Flora, on se voit peu mais je pense souvent à toi.

A mes cousines de Paris et cousins que je n'ai jamais vu. Un jour peut être nos familles se réuniront...

A ceux partis trop tôt,

Mamie Fifi et Papy Dédé, Mamie Simone et Papy Jean Pierre, Tonton Jacky, j'espère que de là-haut, vous n'aurez rien perdu de cette soirée. J'aurai tellement voulu vous avoir à mes côtés ce soir. Vous me manquez.

A mes Amis :

A la garde rapprochée, au groupe de pairs niçois,

Alix, ma lilette, comment résumer toutes ces années d'amitié en quelques mots...

Bien plus qu'une amie, tu es un des piliers de ma vie. Sans toi, sans ton franc parler, sans tes délires musicaux, sans nos apéros, sans nos séances Fitlane, ma vie ne serait pas la même ! Que ce soit dans les moments de fête comme dans les moments de doute, tu as toujours été là pour me soutenir. Et j'espère encore pour longtemps... Je suis fière de t'avoir près de moi. Je t'aime fort <3

Clément, Clémenté ! Mon binôme. Tu es le petit frère que je n'ai jamais eu. Toujours prêt à partager mes délires (péruviens, de vide grenier, Top Chef et de peinture en musique), mes selfies et même la méthode quanti !! Pour nous deux, 2016 sera bel et bien l'année de la thèse ! Notre amitié est belle, préservons la ! <3

Marie, mon Foures des bois. Marseillaise de cœur et cannoise d'adoption, tu as été ma belle rencontre niçoise (Nice Nord power)! Tu es toujours là pour moi, anytime, anywhere sauf quand tu dors... ;) Ta joie et ta bonne humeur sont un vrai moteur ! Une belle amitié est née ! Merci pour tes conseils avisés de jeune docteur de ces derniers jours ! <3

A la Framily, plus que des amis, ma seconde famille

D'abord mes 3 Daltons préférés (alors qui est Joe dalton... ?) :

Alix, Trois mâts, Raton : je nous revois hier lors de notre stage infirmier à l'Hôpital Nord... Notre équipe de babyfoot Felix Felix Niak ! Nos soirées au maxi, nos WEI, nos carnivals pharma... Le quartier latin « the place to be ». Une de mes plus belles rencontres et bientôt témoin de ton mariage avec **Hadrien**.

Margaux, Margoulette : on s'est connu en salle de travail à Nord, moi avec ma tresse africaine et toi avec tes grosses lunettes ! Notre sens aigu de la mode nous a rapproché ! Les moments les plus intenses de ma vie, nous les avons partagés ensemble. Grâce à toi, j'ai rencontré **Benjamin** (Benja) ! A jamais mon ingénieur en cœur de truite mais surtout expert en cœur de meule ;) Je suis heureuse de te compter parmi mes amis.

Clémence, Michelle : ce qui nous unit au-delà de ces années fac, c'est l'esprit de la fanfare ! Une amitié qui a su traverser les années. Remember la rue Horace Bertin et nos folles virées sur la côte basque... Maman de la petite Juliette (Jujo demi-lune), j'espère que tes diagonales enflammeront encore nos soirées pour longtemps. Grâce à toi, j'ai appris à connaître **Manu** (Monsieur Dho), avec son humour discret mais toujours bien dosé. Et puis, Mylène et Manu, nous étions destinés à nous connaître... (Farmer forever)

Marion, Broussy bitch, Mario brosse : voilà où nous ont mené les révisions de l'ECN à la Tasca... Et c'est plutôt bien réussi je trouve. Une jolie amitié née de cette folle période !

Thomas, Toto, Photo Toto : le berceau de la Framily c'était chez toi sur Sakakini dans « la maison des cafards ». Même ton exil reimois puis parisien n'empêchera pas notre amitié de perdurer. Dragui beach forever !

John, Johnny cashou, le hérisson : notre amitié a grandi au fil de tes chansons. Bien que ta vie de rocker radiologue reimois t'éloigne du Sud, je suis fière de te compter parmi mes amis.

Julia, Bursou, petit burson : une belle amitié est née grâce à l'Estate Lemon !

Alexandre, Alex et ses multiples perruques. Tous les 2 (ou 4 si on compte les mollets de Bursou), toujours de bonne humeur avec le smile ; c'est un plaisir de partager mes aventures avec vous !

Anne-Lise, Bilbo, Pieeeeeerre : la dernière arrivée dans l'équipe mais pas des moindres. Plus que les soirées aux étourneaux, tu es une amie sur laquelle on peut compter. Et maintenant que je sais que tu es châtelaine... ;))

Lillette, Clem, Marie : vous avez aussi votre place ici mais laissez-en un peu aux autres !! ☺

Encore tellement d'évènements à partager tous ensemble ! De vacances, de fous rires, de soirées, de mariages et de naissances... Je vous aime.

Aux copaaaaaiinnns de Nice,

Julie C, co-internes à Lenal puis partenaires de chant à la revue Monar'CHU ! Une amitié débutée sur les chapeaux de roux (jeu de mot, pas de fautes d'orthographe hein !). Spéciale dédicace à ton super cardiologue de mari, **Lolo l'abricot**, et hâte de rencontrer Lucile, amour et rock'n'roll !

Diane & Nono, et Charlie baby qui est devenu sage ! A quand la prochaine soirée shooters... Hâte d'inaugurer le barbeuk weber !

Oliv & Cyrilou, zeituna et le geek ! Je vous ai connu presque en même temps et depuis Manon est arrivée. Grâce (ou à cause) de vous, j'ai découvert le Délibo et ses desserts... Nos soirées bachelor/whatsapp me régaleront !

Julie L, tu nous as guidé dans la vie carabine à notre arrivée à Nice... Pour le meilleur et surtout pour le meilleur ! A nos supers soirées (futures) à la cabane !

Aux copains niçois venus d'ailleurs,

Thê-Vu, IronThev : ces derniers temps tu as été le meilleur soutien que je puisse avoir ! Et je ne parle pas seulement de tes compétences informatiques hors normes (même si le Ctrl+V n'a plus aucun secret pour moi) ! Je te suis reconnaissante d'être là pour moi. J'espère que nous n'avons pas fini de partager ces bons moments...

Vincent, Vinsou : mon comptable préféré ! Merci d'être présent et toujours dispo. J'attends toujours de connaître Cannes by night avec toi !

Nicolas, Pitrovska : que d'aventures avec Bauduin Voyages ! Avec toi, j'ai découvert beaucoup de choses dont la plongée et Sea Shepherd ☺ Continue de garder ta joie de vivre pour faire la chouille comme tu dis ! Kuduro forever! A quand notre prochain roadtrip ?

Marilou, ma collègue marseillaise ! On s'est connu dans nos années folles à mon arrivée sur Nice et depuis c'est une histoire qui roule ! Grâce à toi j'ai connu, **Olivier**, le Duc, le vrai seul nissart de la bande ! Quelle belle famille avec baby Alice et Nina chérie !

Pauline, mon Popi, notre amitié est de plus en plus forte. Une belle rencontre grâce à Alix. Toujours les bons mots quand il le faut. Et avec **Nicolas**, notre Bobby, vous êtes toujours partants pour vous mettre une « race » ! Un gros bisou à Lison.

Karine & Ted, la Ferreira family, les moteurs de nos escapades de week-end européens ! Une idée de la prochaine destination ? Toujours un plaisir de passer des soirées chez vous tous ensemble.

Lorraine & Dany, le couple du train. Toujours de bons moments passés en votre compagnie. Et heureuse pour le futur événement...(j'avais deviné !!!)

Audrey & Alban, le couple sporty chic de la bande! Bienvenue à la petite Capucine.

Justine & Florent, même exilés dans le lointain pays varois, toujours un plaisir de passer des moments avec vous ! Bisou à Maxence et on se voit pour votre mariage !

Diane & Charles, les maîtres de la Caïpi, tout a commencé au we ski à Isola ! De suite, le courant est passé et la suite de l'histoire on la connaît... ;)

Aux copains de fac de Marseille,

Anis & Léa, Saucisse et Léi, on s'est un peu perdu de vue mais j'espère bien votre retour prochain dans le sud !

Eloïse, Aix, Marseille, Nice... Je me rappelle encore de ces apéros chez les Ivacheff ou encore avec Yvette quand tu habitais à la Timone !

Mercu & Philou, on se voit peu mais toujours dans des circonstances agréables !

Alexandra, Bub's, un coucou à toute la Gwada et à ta famille.

A la team du groupe 3 : **Damien, Emmanuelle, Sonia et Claudine** ; 3 ans de vie commune, ça ne s'oublie pas comme ça ! ;)

A nos grands frères de la fac : **Thibaud, Poupou**. Vous nous avez entraîné là dedans... Je me rappelle les apéros foot sur votre terrasse au quartier latin !

A mes amis de galère pasteurellois,

Vanessa, ma bitchy : rencontre dès le premier soir au détour du bar à la soirée d'inté... On a survécu aux douches communes, wc sur palier, souris sous canapé (internat Pasteur trois étoiles) et au all inclusive de Punta Cana ! Plus rien ne pourra nous arrêter ! Une belle amitié est née !

Les AT, **Damien** et **Yannick**, Jazz et Yannus *, comme quoi, les marseillais et les parisiens peuvent s'entendre... Les liens du sang sont plus forts ! Ahah ! ;)

Florian, pour tes soirées jeux et ta « zizi aventure » à jamais gravée dans nos mémoires.

Yona, Muxu, notre dermato chic et choc !

A mes rencontres niçoises, Chloé (ma belle surprise cubaine. On remet ça bientôt en Nouvelle Calédonie ?!), la gynéco team : Constance, Tatiana, Ouidade ; PomPom (binôme petit bras, futur Top Chef), Marie Tono, Marlène (Marseille -> Nice), Maxime et Sophie, Alexandre (membre actif de l'escadron des super internes d'uro à l'époque), Charlotte (une de mes premières externes que je n'ai pas fait pleurer), Djegueur (finisher de l'ironman et institution de la vie estudiantine niçoise ! j'ai même voulu suivre ton exemple en prolongeant d'un an...Ahah !), Jessica, Meryl.

Table des matières

I.	INTRODUCTION	1
II.	GENERALITES	3
A.	EPIDEMIOLOGIE DES CANCERS	3
B.	LE DEPISTAGE ORGANISE ET APREMAS	6
1.	APREMAS	6
2.	Le dépistage organisé du cancer colorectal	6
3.	Le dépistage organisé du cancer du sein	9
C.	LE POLE DE SANTE PS3M	11
III.	OBJECTIFS	13
IV.	MATERIEL ET METHODES	14
A.	TYPE D'ETUDE	14
B.	ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	15
C.	PRE-TEST	17
D.	RECUEIL DES DONNEES	17
E.	ANALYSE STATISTIQUE	18
V.	RESULTATS	19
A.	TAILLE DE L'ECHANTILLON	19
B.	ANALYSE DESCRIPTIVE	20
1.	<i>Caractéristiques sociales de l'échantillon</i>	20
a)	Age et sexe	20
b)	Adresse	21
c)	Assurance maladie	21
d)	Statut par rapport à l'emploi	21
e)	Capacité de compréhension du langage écrit	22
f)	Situation familiale	22
g)	Pays de naissance	23
h)	Niveau d'étude	23
i)	Catégorie socioprofessionnelle INSEE	24
j)	Minima sociaux	24
k)	Statut vis-à-vis du logement	25
l)	Situation financière perçue	25
2.	<i>Caractéristiques vis-à-vis du dépistage des 2 cancers</i>	26
a)	Dépistage du cancer colorectal	26
b)	Dépistage du cancer du sein	27
C.	ANALYSE STATISTIQUE CROISEE	29
1.	<i>Dépistage du cancer colorectal</i>	29

a) Recherche des variables liées à la déclaration « d’avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal »	29
b) Recherche des variables liées au fait «d’être à jour pour le dépistage du cancer colorectal »	33
2. <i>Dépistage du cancer du sein</i>	36
a) Recherche des variables liées au fait « d’avoir fait au moins une fois la mammographie du DO »	36
b) Recherche des variables liées au fait «d’être à jour pour la mammographie du DO »	38
VI. DISCUSSION	39
A. FORCES ET LIMITES DE L’ETUDE.....	39
1. <i>Le type d’étude</i>	39
2. <i>L’échantillon</i>	39
3. <i>La méthode de recrutement</i>	40
4. <i>La méthode de recueil des données</i>	40
B. ANALYSE DES RESULTATS ET PLACE DE L’ETUDE DANS LA LITTERATURE	41
1. <i>Facteurs influençant le dépistage</i>	41
2. <i>Freins au dépistage</i>	46
3. <i>Place du médecin généraliste dans l’amélioration de l’adhésion au dépistage</i>	47
C. PERSPECTIVES	48
VII. CONCLUSION	50
VIII. ABREVIATIONS	51
IX. BIBLIOGRAPHIE	53
X. ANNEXES	58
XI. TABLES	72
A. TABLE DES TABLEAUX	72
B. TABLE DES FIGURES	73
C. TABLE DES GRAPHIQUES.....	73
SERMENT D’HIPPOCRATE	74

I. INTRODUCTION

Un diagnostic plus précoce permet, pour la majorité des cancers, un traitement plus efficace avec une amélioration du pronostic de la maladie. La détection des cancers à un stade débutant permet aussi de réduire la lourdeur et la durée des traitements donc de diminuer les coûts (1)(2).

Pour le cancer du sein et le cancer colorectal, un dépistage avant l'apparition des symptômes est possible. Tous les dépistages peuvent être des pratiques individuelles réalisées sur prescription médicale : dépistage individuel ou spontané. Pour ces deux cancers, le dépistage est un acte de santé encouragé et financé par l'État qui met à la disposition de l'ensemble des personnes susceptibles d'en retirer bénéfice une stratégie de dépistage choisie pour ses performances. On parle de campagnes de dépistage, de Dépistage Organisé (DO) ou systématique (3).

En France, le DO est proposé pour des populations cibles, personnes âgées de 50 à 74 ans sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier. Dans les Alpes Maritimes, ce dépistage est mis en œuvre par Apremas.

Toutes les études épidémiologiques, menées en France comme au niveau international, ont montré que l'association d'un niveau économique bas, d'un niveau d'études inférieur et l'appartenance à une catégorie socio professionnelle moins élevée (4)(5) étaient corrélées à une moindre participation aux campagnes de dépistage (6)(7).

En France, la santé et l'espérance de vie se sont améliorées au cours des dernières décennies. Cependant, cette amélioration a été surtout visible chez les personnes économiquement favorisées (8)(9).

D'importantes inégalités sociales de santé (ISS) existent dans l'ensemble des pays européens (10). Les ISS se définissent comme l'ensemble des écarts de morbidité et de mortalité entre groupes sociaux hiérarchisés dans l'échelle des professions, des revenus ou de l'accès au savoir.

A la suite d'un rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rendu en août 2008, ces inégalités ont été reconnues comme un problème majeur de Santé Publique (11).

La réduction des ISS est un objectif majeur dans de nombreux pays européens (12) y compris en France où la question a été traitée dans un rapport du Haut Conseil de Santé Publique en 2009 (9). Objectif que l'on retrouve également dans le Plan Cancer 2014-2019 (13) qui a pour objectif d'améliorer le système français en cancérologie et le rendre plus équitable.

Les Alpes-Maritimes furent un département pilote pour le dépistage du cancer du sein (1989) et pour le dépistage du cancer du côlon (2005). Malgré une démographie médicale favorable, les campagnes de dépistage n'ont pas eu l'efficacité attendue, les taux de participation restant au-dessous des moyennes nationales et régionales.

Ces mauvais résultats sont encore plus importants dans les zones de précarité sociale (14). Le médecin généraliste, « pivot du système de santé primaire », ne peut à lui seul combler les écarts de connaissance et de perception des risques d'une population qui le consulte plus souvent dans le cadre de l'urgence que dans celui de la prévention.

Le quartier des Moulins à Nice, construit entre 1960 et 1975, compte aujourd'hui plus de 12.000 habitants. Composé de 100% de logements sociaux, il est l'un des quartiers les plus en difficulté du territoire de la métropole Nice Côte d'Azur. C'est dans ce contexte que, suite à un état des lieux des besoins et attentes, s'est créé un Pôle de Santé dans le quartier, pour combler le manque de professionnels de santé, et offrir notamment des services de prévention et éducation thérapeutique : le Pôle de Santé Multiprofessionnel des Moulins-Méridia (PS3M).

Aprémas a recueilli les données du dépistage du secteur des Moulins. La participation au DO du cancer y était plus faible que dans le reste de la ville avec 18,8% de participation pour le cancer colorectal et 38% pour le cancer du sein.

Notre étude a pour objectif principal de déterminer les facteurs liés à la participation et la non-participation au dépistage des cancers du sein et colorectal des patients usagers du PS3M.

II. GENERALITES

A. EPIDEMIOLOGIE DES CANCERS

- En France

L'incidence des nouveaux cas de cancers est en constante augmentation : en 2000, on comptait 280 000 nouveaux cancers, 320 000 en 2005, 355 000 en 2012 (4)(5).

En 2015, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à **385 000** : 211 000 chez l'homme et 174 000 chez la femme. Les cancers de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon sont les cancers les plus fréquents.

Le nombre de décès par cancer est estimé à **149 500** : 84 100 chez l'homme et 65 400 chez la femme. Le cancer du poumon reste de loin le cancer le plus meurtrier devant le cancer colorectal et le cancer de la prostate (15).

Les données épidémiologiques pour le cancer colorectal (16) et pour le cancer du sein (17) sont résumées dans le Tableau 1.

Tableau 1: Données épidémiologiques sur les cancers du sein et colorectal en France en 2012.

	Cancer du sein	Cancer colorectal
Nombre de nouveaux cas	48 763	42 152
Taux d'Incidence	88 / 100 000	Hommes : 38,4 / 100 000 Femmes : 23,7 / 100 000
Taux de mortalité	15,7 / 100 000	Hommes : 13,3 / 100 000 Femmes : 7,9 / 100 000
Nombre de décès	11 886	17 722
Rang Mondial (incidence)	1 ^{er} rang	Hommes : 3 ^{ème} rang Femmes : 2 ^{ème} rang

- **Dans les Alpes Maritimes:**

Le cancer colorectal :

Le cancer colorectal représente 11 % des nouveaux cas de cancer (18). Il est la troisième localisation de cancer la plus fréquente pour les hommes et la deuxième pour les femmes. Ce cancer concerne principalement les personnes de plus de 60 ans, le nombre de nouveaux cas augmentant avec l'âge.

Figure 1: Nombre annuel moyen de cas incidents du cancer colorectal par régions en 2008-2010 chez l'homme.

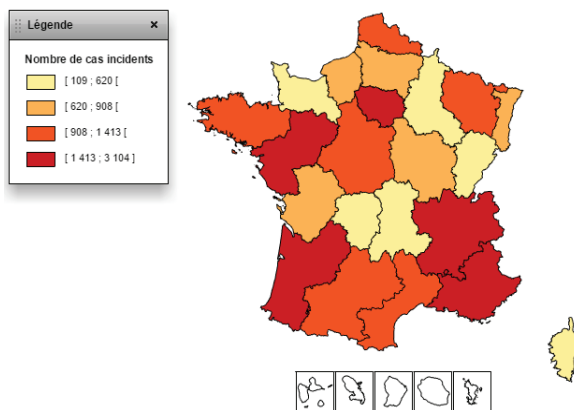
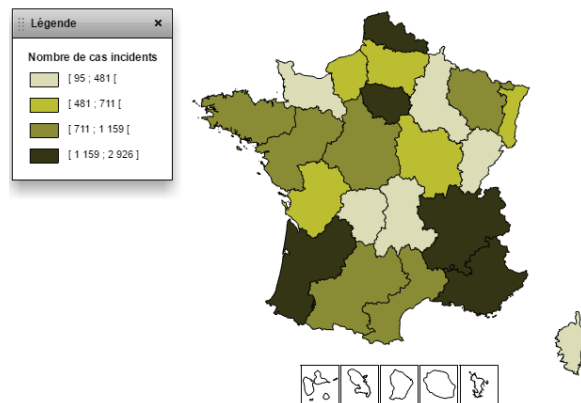
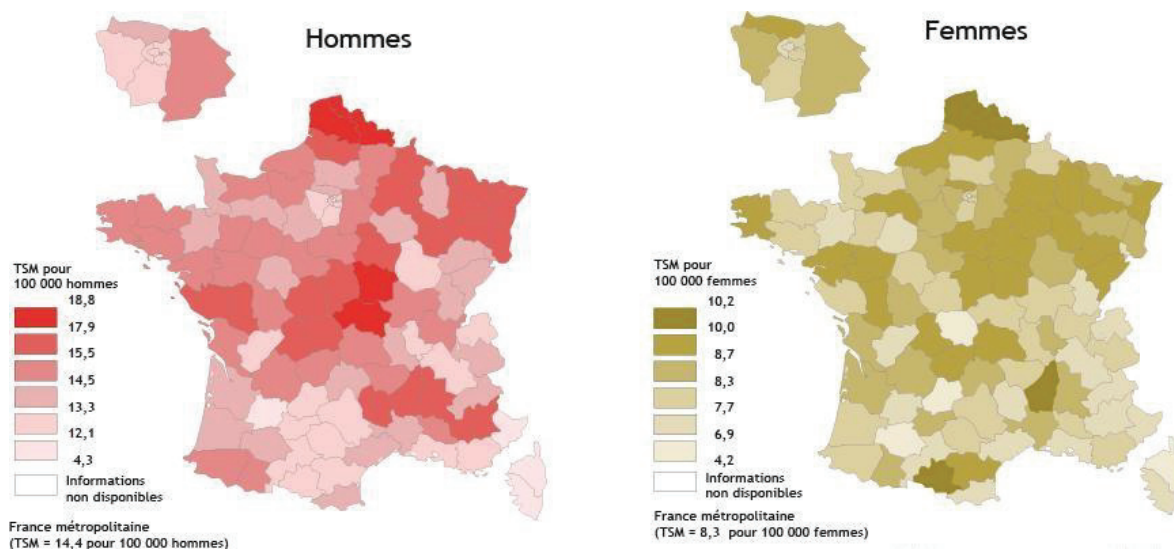


Figure 2: Nombre annuel moyen de cas incidents du cancer colorectal par régions en 2008-2010 chez la femme.



Entre 2009 et 2013, 3 700 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués. Ce cancer, de pronostic intermédiaire (55 % de survie relative à 5 ans), représente la troisième cause de mortalité par tumeur en Paca chez les hommes comme chez les femmes. D'importantes disparités géographiques existent dans la région, la mortalité variant de manière importante selon les cantons de la région (22).

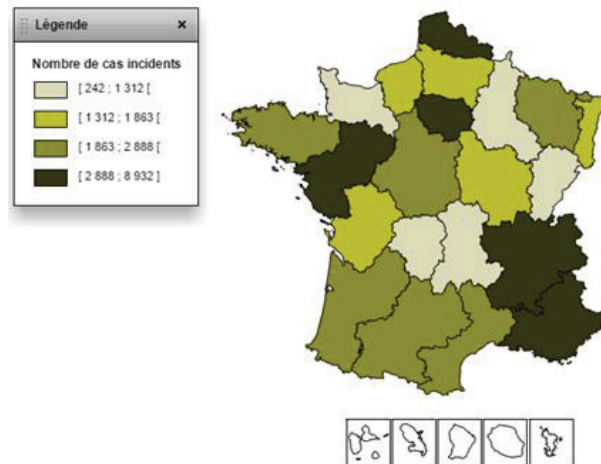
Figure 3 : Mortalité observée du cancer colorectal selon le sexe par départements pour la période 2004-2008.



Le cancer du sein :

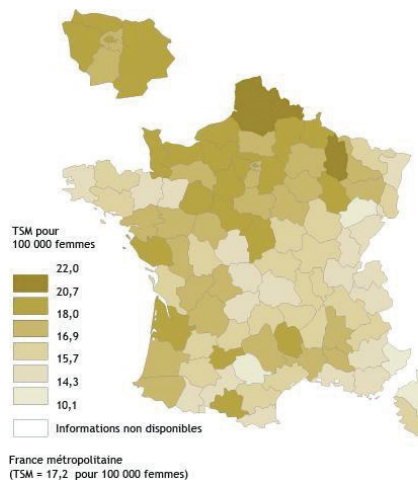
Entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du sein a fortement augmenté (19). L'extension du dépistage individuel, ainsi que la mise en place d'un DO depuis les années 1990, expliquent en partie ce phénomène. D'autres facteurs liés à l'environnement ou aux comportements sont discutés.

Figure 4: Nombre annuel moyen de cas incidents du cancer du sein par région en 2008-2010.



Entre 2009 et 2013, 5 800 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués. Bien qu'il s'agisse d'un cancer de bon pronostic (80 % de survie relative à 5 ans), ce cancer est la première cause de décès par tumeur chez les femmes. La mortalité par cancer du sein a diminué depuis la fin des années 1990. L'extension du dépistage permet de découvrir des tumeurs à des stades précoces, et donc d'en améliorer le pronostic (20)(21)(22). En 2010, les Alpes-Maritimes présentaient une sous-mortalité (23).

Figure 5: Mortalité observée du cancer du sein par départements pour la période 2004-2008.



B. LE DEPISTAGE ORGANISE ET APREMAS

1. APREMAS

Apremas a été créé en 1989 à l'initiative du Conseil Général des Alpes Maritimes, de la CPAM et des médecins du CAL pour participer à la phase expérimentale du DO du cancer du sein en France, pendant 4 ans (de 1989 à 1992) dans les Alpes Maritimes. Pour ce qui concerne le dépistage du cancer colo rectal, le lancement de la campagne s'est fait en Novembre 2005 dans notre département.

Apremas est une structure financée par plusieurs intervenants : l'ARS PACA, l'assurance maladie (CPAM, RSI, MSA), le Conseil Départemental des Alpes Maritimes et la ville d'Antibes. Elle est présidée par le Docteur Moïse Namer.

Ses missions concernent entre autres :

- Les relations avec les professionnels concourant au dépistage
- La sensibilisation et l'information des professionnels de santé et de la population
- Le relais au niveau local des campagnes nationales
- La gestion des fichiers concernant les personnes dépistées
- Les relations avec les personnes dépistées
- Les retours d'informations vers les professionnels de santé
- La conservation des données (24)

2. Le dépistage organisé du cancer colorectal

Toutes les conditions justifiant la mise en place d'un DO sont remplies par le cancer colorectal, qui est l'un des cancers les plus fréquents. Malgré des progrès importants dans sa prise en charge, seul un cancer sur deux est guéri à l'heure actuelle. Ce cancer a la particularité d'être habituellement précédé par une tumeur bénigne, le polype adénomateux. En moyenne, celui-ci met 10 ans pour se transformer en cancer. Diagnostiqué à temps, il est guéri par l'exérèse chirurgicale

de ces adénomes. Le programme du DO qui repose sur la recherche d'un saignement occulte dans les selles permet de détecter des cancers au début et des adénomes à haut risque de transformation maligne (18).

Le programme cible la population de 50 à 74 ans, à risque moyen. Le risque de développer un cancer colorectal est principalement lié à l'âge (plus de 50 ans) et/ou à l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de certaines maladies intestinales chroniques ou de prédispositions génétiques particulières. Trois niveaux de risque ont ainsi été définis : « moyen », « élevé » ou « très élevé » (25).

Les critères de non éligibilité pour le DO :

- Test de recherche de sang dans les selles ayant été effectué dans les 12 mois qui précèdent
- Coloscopie complète ayant été effectuée dans les 5 ans qui précèdent
- Nécessité d'une exploration coloscopique (rectorragie, melæna, douleur abdominale inexpliquée d'apparition récente, trouble du transit d'apparition récente)
- Niveau de risque élevé de cancer colorectal nécessitant un suivi spécifique (antécédent personnel de cancer ou d'adénome colorectal, antécédent personnel de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique, antécédent familial de cancer ou d'adénome colorectal chez un parent du 1^{er} degré avant 60 ans ou 2 parents du 1^{er} degré atteints)
- Niveau de risque très élevé de cancer colorectal nécessitant un suivi spécifique (antécédent familial de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch).(25)

En pratique, Apremas envoie une lettre invitant les patients à se rendre chez leur médecin généraliste pour faire le point avec lui et déterminer leurs niveaux de risque par rapport à la maladie. Le médecin généraliste est au cœur du dispositif du dépistage car c'est lui qui remet le test et réoriente le patient vers une autre procédure plus adaptée, en fonction de ses antécédents, de la présence de symptômes d'alerte et d'éventuelles explorations coliques déjà réalisées. Si le médecin le juge utile, il remet le test de dépistage et explique comment l'utiliser. Le kit est remis gratuitement et l'analyse du test est automatiquement prise en charge à 100% par l'Assurance maladie.

Si le test est positif, le médecin adresse le patient à un gastroentérologue pour la réalisation d'une coloscopie permettant de confirmer ou infirmer la suspicion de lésion précancéreuse ou cancéreuse. Le test doit être répété tous les deux ans mais en cas de signes d'alerte entre deux tests, une consultation médicale est recommandée.

Jusqu'à la fin de l'année 2014, le test utilisé était le test Hemoccult II qui avait pour but de rechercher un saignement occulte dans les selles en effectuant des prélèvements de selles, sur trois selles consécutives à l'aide d'une spatule. Les conditions de recueil devaient être assez strictes (recueillir la selle dans un endroit propre, sans contact avec l'eau ni javel) et le patient devait appliquer le prélèvement de selles fraîches sur le papier réactif. Le tout devait être envoyé le plus rapidement dans le centre de lecture.

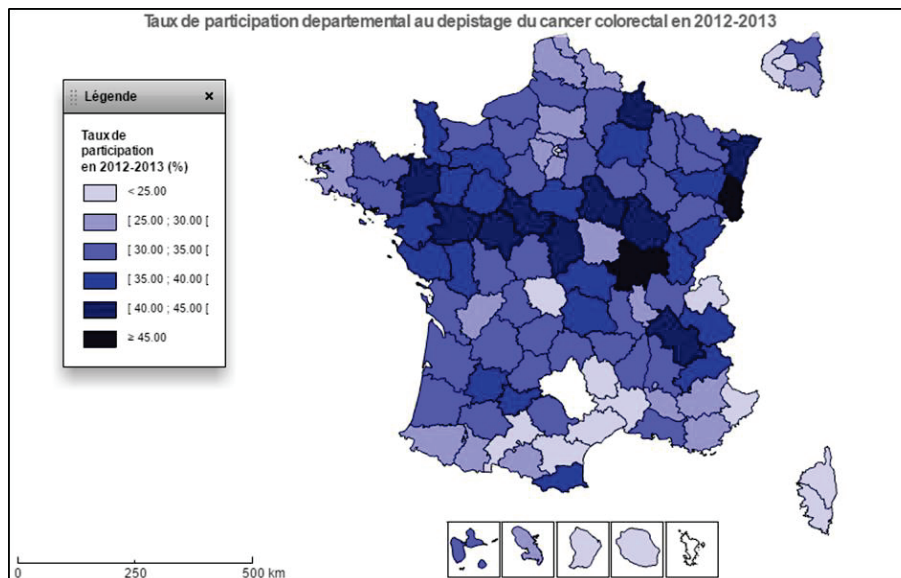
Depuis Avril 2015, un nouveau test est disponible : le test Immunologique (26). Il repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à la recherche d'anticorps. Les « 3 avantages » de ce nouveau test :

- un test plus simple : le test est plus pratique d'utilisation car il ne nécessite plus qu'un seul prélèvement de selles contre six précédemment. La meilleure ergonomie du test devrait permettre d'améliorer son acceptabilité par la population.
- un test plus performant : sa sensibilité est supérieure à l'ancien test Hemoccult II et permet une meilleure détection des cancers et des lésions précancéreuses. Il détecte 2 fois plus de cancers et 2,5 fois plus d'adénomes avancés au seuil de positivité retenu pour le démarrage du programme.
- un test plus fiable : le test ne peut pas être rendu positif par l'hémoglobine animale issue de l'alimentation par exemple. La lecture automatisée de ce test garantit également une meilleure fiabilité. Cela permet notamment de limiter le nombre de faux positifs.

Concernant les chiffres, Apremas a recueilli les données du dépistage du secteur des Moulins. Nous retrouvons un taux de participation de 26,4% pour la population des Moulins contre 35% pour la population de la ville de Nice. Au niveau national, le

taux de participation enregistré pour la même période s'élève à 30% (27). Rappelons que le taux idéal (au niveau européen) serait de 45% (28).

Figure 6: Taux de participation pour le dépistage du cancer colorectal dans les Alpes Maritimes en 2012-2013.



3. Le dépistage organisé du cancer du sein

Plusieurs études scientifiques ont démontré que pour les femmes, après la ménopause, le dépistage pouvait diminuer la mortalité par cancer du sein (29)(30). En France, ce cancer est le plus fréquent des cancers de la femme. Sa gravité dépend beaucoup du volume de la tumeur au moment de sa découverte : les tumeurs de petite taille guérissent plus fréquemment, avec un traitement plus léger, qui permet en général de conserver le sein (20)(21)(31). On a donc tout intérêt à essayer de le détecter le plus tôt possible pour découvrir des lésions plus petites.

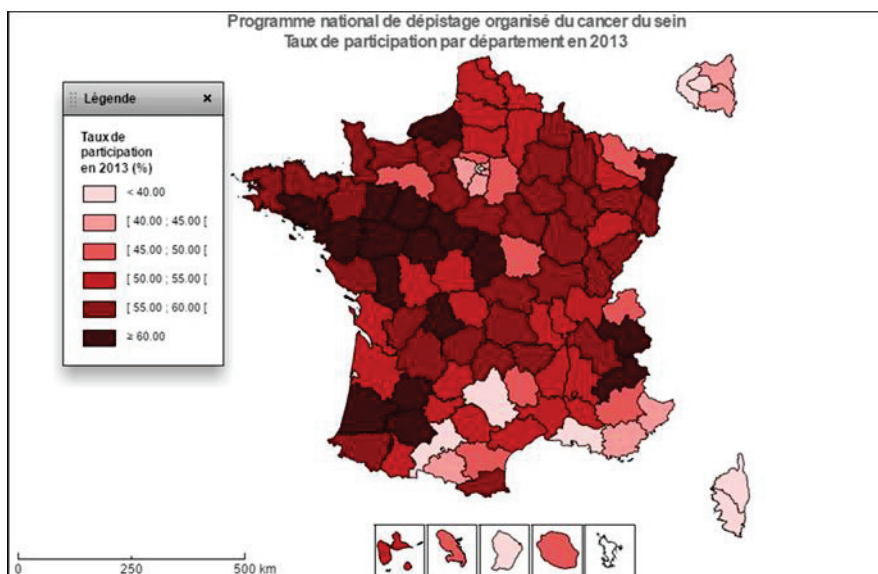
Le dépistage du cancer du sein est proposé à toutes les femmes de 50 à 74 ans, asymptomatiques, sans facteur de risque élevé ou très élevé de cancer. Les femmes sont invitées par courrier tous les 2 ans à faire le dépistage (mammographie analogique ou numérique + examen clinique, complétés éventuellement par une échographie). Les clichés mammographiques (2 incidences par sein) sont lus par un premier radiologue. Les images classées comme normales ou bénignes sont revues par un second radiologue, selon une procédure centralisée (double lecture). En cas

d'image suspecte, un bilan diagnostique est effectué immédiatement (clichés avec agrandissement, échographie, cytoponction ou biopsie).

Les femmes peuvent aussi se faire prescrire la mammographie par leur médecin (médecin généraliste ou gynécologue) en précisant la mention « mammographie de dépistage » ou « mammographie Apremas ». Elles bénéficient de la prise en charge habituelle du DO ainsi que du tiers payant.

Concernant les chiffres, Apremas a recueilli les données du dépistage du secteur des Moulins. Pour l'année 2013-2014, il a été enregistré un taux similaire pour les Moulins et la ville de Nice de 37%. Le taux de participation national est de 52,7%. Rappelons que le taux idéal (au niveau européen) serait de 70%.

Figure 7: Taux de participation pour le dépistage du cancer du sein dans les Alpes Maritimes.



C. LE POLE DE SANTE PS3M

Le quartier des Moulins compte aujourd'hui près de 12.000 habitants. Un diagnostic territorial réalisé par Julie Valbousquet, géographe, pour la Métropole Nice Côte d'Azur, révèle une population plutôt jeune, et caractérisée par une forte proportion d'habitants de nationalité étrangère et d'habitants immigrés. Composé de 100% de logements sociaux, ce quartier subit une lente dégradation. Il est l'un des quartiers les plus en difficulté du territoire Nice Côte d'Azur comme en témoignent les différents indicateurs de précarité (avec plus d'ouvriers que dans le reste de la ville, un fort taux de chômage et un pourcentage de CMUc qui est le double de celui de la ville de Nice). De plus, la densité médicale est inférieure au reste de la ville. Cette situation d'extrême fragilité nécessitait une forte mobilisation de l'ensemble des partenaires - sous le pilotage de Nice Côte d'Azur - afin de mettre en œuvre un projet de rénovation urbaine capable d'inverser cette tendance.

C'est dans ce contexte que le projet de création d'un Pôle de Santé dans le quartier des Moulins-Méridia, classé Zone Urbaine Sensible, est né. Parti initialement d'une volonté politique, les professionnels du quartier se sont rapidement impliqués dans cette création.

L'association loi 1901 PS3M a été créée le 22 mai 2013. Elle comprend aujourd'hui 26 professionnels de santé. Le projet de santé du PS3M a été validé en mai 2014 auprès de l'ARS. Une SISA a été immatriculée en Juillet 2015 au tribunal du commerce de Nice. Des locaux au cœur du quartier, seront disponibles au courant du mois de mai 2016, et permettront la réalisation des missions du PS3M.

Le pôle de Santé a pour objectif de répondre aux besoins du quartier :

- Favoriser l'accès aux soins pour tous
- Coordonner les soins en fonction du public
- Promouvoir des actions de prévention et de promotion de la santé, centrées sur les besoins de la population
- Améliorer et coordonner la prise en charge en soins primaires
- Développer l'éducation thérapeutique et la collaboration interprofessionnelle
- Améliorer l'accès aux services sociaux

- Participer à la Formation initiale et continue (interne et externe de la Faculté de Médecine de Nice) des professionnels des soins primaires (sages femmes, infirmière, kiné...).

En janvier 2015, le PS3M, en collaboration avec Apremas, a répondu à un appel à projet de l'INCa intitulé « accompagnement des politiques de prévention et de dépistage des cancers / soutien aux études et actions pour améliorer la prévention, le dépistage et la détection précoce des cancers ». En Juillet 2015, le projet de PS3M, « dépistage des cancers et exercice coordonné en Pôle de santé » a ainsi obtenu un financement à raison de 20 000 euros (32).

Ce projet s'inscrit dans l'axe 1 : lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage de l'appel à projet pour le dépistage des cancers (actions 1.7 et 1.8 du Plan Cancer 2014-2019). Il répond à l'objectif 1 du Plan Cancer 2014-2019 qui est de favoriser des diagnostics plus précoces. Il répond également à certains objectifs du Schéma Régional de Prévention (Projet Régional de Santé PACA 2012-2016) : réduire les inégalités territoriales de santé et améliorer le dépistage de certaines maladies chroniques.

Les objectifs généraux du projet PS3M-Apremas sont :

- Augmenter le taux de participation au dépistage organisé du CCR chez les personnes de 50 à 74 ans vivant dans le secteur des Moulins pour atteindre 50% ou plus d'ici la fin du projet.
- Augmenter le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans vivant dans le secteur des Moulins pour atteindre 50% d'ici la fin du projet.

III. OBJECTIFS

Notre étude a pour objectif principal de déterminer l'influence des facteurs sociaux dans la participation au dépistage des cancers du sein et colorectal des patients du PS3M.

L'objectif secondaire sera de déterminer s'il existe un gradient social de santé dans l'adhésion au dépistage de ces deux cancers.

B. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Dans notre étude, le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire proposé aux patients lors d'un entretien individuel.

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour construire le questionnaire :

- la première étape a consisté à faire une revue de la littérature afin de savoir comment recueillir au mieux les informations des patients afin de connaître leur situation sociale (33) et de rechercher si des questionnaires concernant l'adhésion au dépistage des cancers avaient déjà été utilisés (5)(4).
- la deuxième étape a consisté à mettre en forme le questionnaire à l'aide de Google Formulaire.
- dans la dernière étape, une experte a été consultée, le Dr Granon, Directrice d'Aprémas, afin de sélectionner les questions pertinentes à conserver dans le questionnaire.

Le questionnaire est composé de trois parties :

1/ les informations sociales, divisées en 2 sous-groupes :

- les informations du groupe A dites « indispensables » selon le Collège de la Médecine Générale (CMG) : date de naissance, sexe, adresse, statut par rapport à l'emploi, profession éventuelle, type de couverture sociale, capacités de compréhension du langage écrit.
- les informations du groupe B dites « utiles » selon le CMG : est en couple, enfants à charge, vit seul(e), pays de naissance, niveau d'étude, catégorie socioprofessionnelle INSEE, bénéficiaire d'un minimal social, conditions de logement, situation financière perçue.

2/ les informations relatives au comportement du patient face au dépistage du cancer du sein.

3/ les informations relatives au comportement du patient face au dépistage du cancer colorectal.

Au total, les femmes devaient répondre à 27 items et les hommes à 22 items.

Il était important que le questionnaire ne soit pas trop long car il était soumis aux patients avant ou après leur consultation chez le médecin, leur passage au guichet de la pharmacie ou leur prise de sang au laboratoire. Et un questionnaire trop long aurait freiné la participation des patients.

La majorité des questions utilisées étaient des questions fermées à choix multiples bien qu'il existait des questions ouvertes, nécessaires au recueil d'information telles que l'adresse (pour pouvoir utiliser ces données, nous avons décidé de classer ces informations en deux catégories : les patients qui habitaient dans les Moulins et ceux qui habitaient en dehors des Moulins), la profession, le pays de naissance ou encore le nombre d'enfants à charge.

Ci-dessous, quelques précisions concernant les informations sociales demandées aux patients afin d'évaluer les éventuelles difficultés sociales pouvant jouer sur leur état de santé :

- Type d'assurance maladie : cette information pouvait nous permettre de repérer des patients qui pouvaient renoncer aux soins pour des raisons financières. J'ai posé 3 questions aux patients : « avez-vous l'assurance maladie obligatoire (AMO) ? », « avez-vous une assurance maladie complémentaire (AMC) ? Soit aucune, soit une complémentaire santé privée, soit la couverture maladie universelle (CMU), soit l'aide médicale d'état (AME) », « avez-vous une exonération du ticket modérateur (TM) ? Soit aucune, soit une affection de longue durée (ALD), soit une invalidité avec pension, soit une maladie professionnelle, soit article 115 ». Nous avons étudié 3 variables qui nous paraissaient plus pertinentes.
- Statut par rapport à l'emploi : ces informations contribuaient à situer le patient socialement et à préciser la stabilité de sa situation économique.
- Minima sociaux : Cette information permettait de préciser la situation socioéconomique des patients et pouvait aider à repérer des patients précaires.
- Situation financière perçue : Cette information permettait d'estimer de façon globale la situation financière des patients. C'était une information subjective, mais elle était liée à de nombreux comportements de santé (37).

C. PRE-TEST

Un pré-test portant sur 3 patients hors échantillon (deux femmes et un homme) a été réalisé dans des conditions similaires à celles prévues pour l'enquête afin de vérifier sa faisabilité, la pertinence des données et l'acceptabilité de notre méthode par les patients.

D. RECUEIL DES DONNEES

Les critères d'inclusion étaient le fait d'être un patient (homme ou femme), âgés de 50 à 74 ans, et usager du PS3M. Le seul critère de non inclusion était d'être un patient consultant à nouveau durant la période de l'étude.

Avant de commencer le recrutement, je me suis présentée sur chaque site afin de parler de mon projet de recherche avec les personnes impliquées. J'ai effectué moi-même la collecte des données en interrogeant les patients dans une salle attenante au lieu de recueil afin de respecter la confidentialité des réponses.

Pour recruter les patients, j'ai été aidée par le personnel de chaque site : au cabinet médical, la secrétaire me communiquait l'âge du patient avant sa consultation pour que je puisse lui proposer le questionnaire. Si le patient était dans la tranche d'âge, j'allais le voir dans la salle d'attente afin de lui proposer de répondre au questionnaire avant ou après la consultation ; dans les pharmacies, les préparatrices en pharmacie recrutaient les patients en fonction de leur date de naissance sur la carte vitale car mon bureau était éloigné de la banque centrale. Si les patients étaient d'accord pour participer, ils étaient envoyés dans mon bureau ; dans les laboratoires d'analyses, les secrétaires s'occupaient de recruter les patients en fonction de leur âge sur le dossier et comme pour les pharmacies, si les patients étaient d'accord, elles les envoyaient dans mon bureau.

Pour le recrutement dans les pharmacies et les laboratoires, j'ai demandé aux préparatrices et aux secrétaires de comptabiliser le nombre de refus. Dans le cabinet médical, je pouvais le faire moi-même.

Le recueil des données a été effectué par un questionnaire hétéro-administré par moi-même, pour éviter l'exclusion des patients ne sachant ni lire ni écrire et pour pallier aux problèmes de compréhension éventuelle de certaines questions.

L'accord des patients était systématiquement demandé avant chaque « entretien » : un rappel de la clause de confidentialité était fait de façon orale et écrite et chaque patient devait signer un courrier de consentement (annexe). Concernant les données des patients (nom et date de naissance), nous avons eu l'autorisation d'utiliser la base de données Apremas car l'amélioration de la qualité du dispositif est une des missions d'Apremas.

Pour le recueil des données proprement dites, j'inscrivais les réponses au fur et à mesure dans le logiciel Google Drive. A la fin de chaque entretien, je validais le questionnaire qui était envoyé dans la base de données, sous la forme d'un fichier Excel.

E. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique décrivait la population de l'étude puis recherchait des facteurs sociaux associés à une pratique du DO.

Les tests de comparaison des répartitions de fréquences ont utilisé le Khi deux de Pearson. Le seuil de significativité retenu pour les analyses a été $p < 0.05$. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel XLSTAT®.

V. RESULTATS

A. TAILLE DE L'ECHANTILLON

Le questionnaire a été proposé à 280 patients. 202 personnes ont accepté d'y répondre, soit un taux de participation de 72,1%.

Les 2 raisons principales du refus exprimées par les patients lors de la proposition du questionnaire étaient un refus non expliqué et le manque de temps.

Tableau 2: Taux de participation des 280 patients en fonction du lieu d'enquête.

	Acceptation	Refus
	202 patients N (%)	78 patients N (%)
Cabinet médical	137 (67,8)	15 (19,3)
Pharmacies	53 (26,2)	24 (30,7)
Laboratoires d'analyses	12 (6)	39 (50)

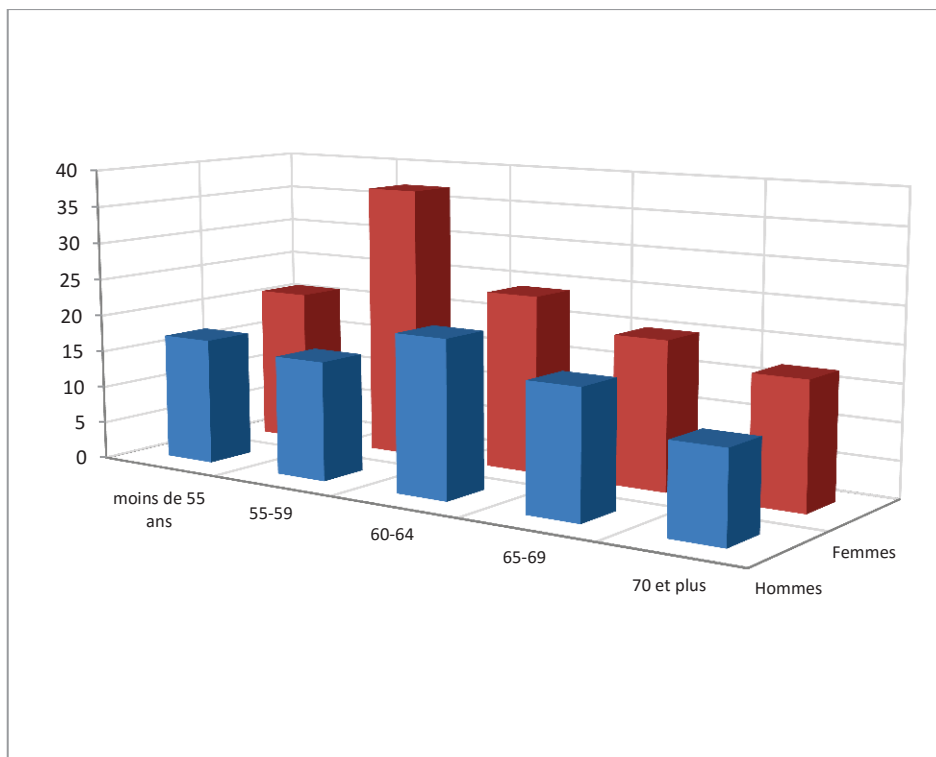
B. ANALYSE DESCRIPTIVE

1. Caractéristiques sociales de l'échantillon

a) Age et sexe

Au total, nous avons interrogé 202 patients, dont 119 femmes (59%) et 83 hommes (41%). L'âge moyen était de 61,1 ans.

Graphique 1: Répartition par âge et sexe des 202 patients ayant répondu au questionnaire.



Nous avons remarqué que les répondants à l'étude étaient comparables en terme de tranche d'âge quinquennales sauf dans la tranche d'âge 55-59 ans où le nombre de femmes était supérieur à celui des hommes mais la différence trouvée était non significative ($p=0,459$).

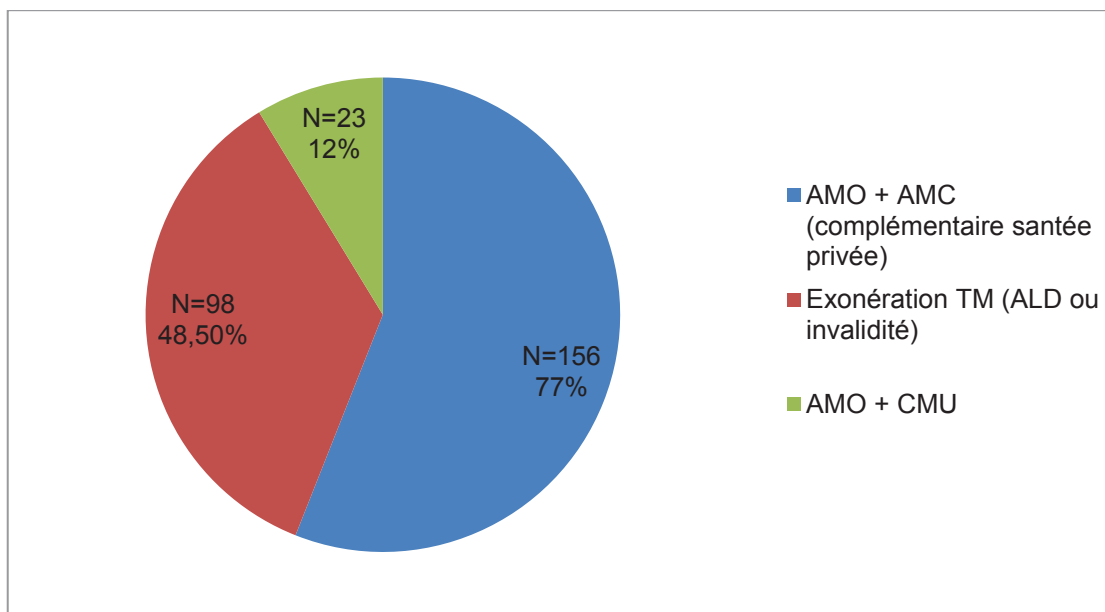
Nous avons procédé à un regroupement par quartiles : 1^{er} quartile (Q1), moins de 55,9 ans ; 2^{eme} quartile (Q2), de 56 à 60,9 ans ; 3^{eme} quartile (Q3), de 61 à 65,9 ans et 4^{eme} quartile (Q4), plus de 66 ans.

b) Adresse

Sur les 202 patients ayant participé à l'étude, 121 patients habitaient dans le quartier des Moulins (60%) et 81 habitaient à l'extérieur du quartier (40%) mais dans les Alpes Maritimes. Dans les 81 patients hors Moulins, 9 patients habitaient en dehors de Nice.

c) Assurance maladie

Graphique 2: Type de couverture maladie.

**d) Statut par rapport à l'emploi**

La distribution s'établissait comme suit : 80 étaient à la retraite, pré-retraite ou en congés de fin d'activité (39,1%), 67 patients au moment de l'entretien étaient actifs (33,6%), 27 étaient invalides avec une pension (13,3%), 14 étaient au chômage (6,9%), 14 étaient sans emploi (6,9%).

e) Capacité de compréhension du langage écrit

Dans la population interrogée, 151 patients (74,7%) n'avaient pas besoin que quelqu'un les aide à comprendre les ordonnances remises par leur médecin alors que 51 patients (25,3%) nécessitaient une aide. En général, le tiers était le pharmacien ou une personne de la famille. Cette aide était surtout retrouvée lorsque le patient interrogé ne savait ni lire ni écrire ou s'il ne comprenait pas le français.

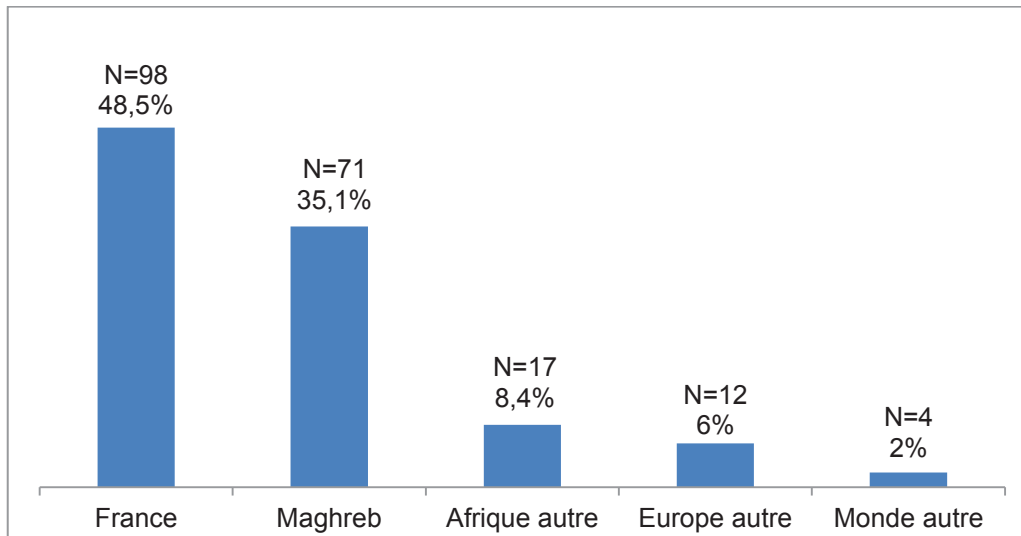
f) Situation familiale

En ce qui concerne le mode de vie des patients, on notait que 138 patients étaient en couple (68,3%) alors que 64 étaient célibataires (31,7%). Parallèlement, on retrouvait que 64 personnes vivaient seules et que 138 vivaient sous le même toit que quelqu'un.

Tableau 3: Situation familiale.

	Vit seul N(%)	Vit sous le même toit que quelqu'un N(%)	Total
Célibataire N(%)	44 (68,7)	20 (14,5) (31,2)	64
En couple N(%)	20 (31,2) (14,5)	118 (85,5)	138
Total	64	138	202

Nous avons pu constater lors des questionnaires de couples mariés que sur 9 couples interrogés, 4 couples étaient à jour de leurs dépistages, 2 couples n'avaient jamais fait de dépistage et dans les 3 couples restant, la femme était à jour pour la mammographie mais pas pour le dépistage du cancer colorectal et le mari n'était pas à jour non plus pour le dépistage du cancer colorectal.

g) Pays de naissance**Graphique 3: Répartition selon le pays de naissance des 202 patients interrogés.**

Dans le tableau 20 de l'annexe, les pays de naissance ont été détaillés.

(Certains patients français sont nés en Algérie et parlaient le français : ils partageaient une approche culturelle française).

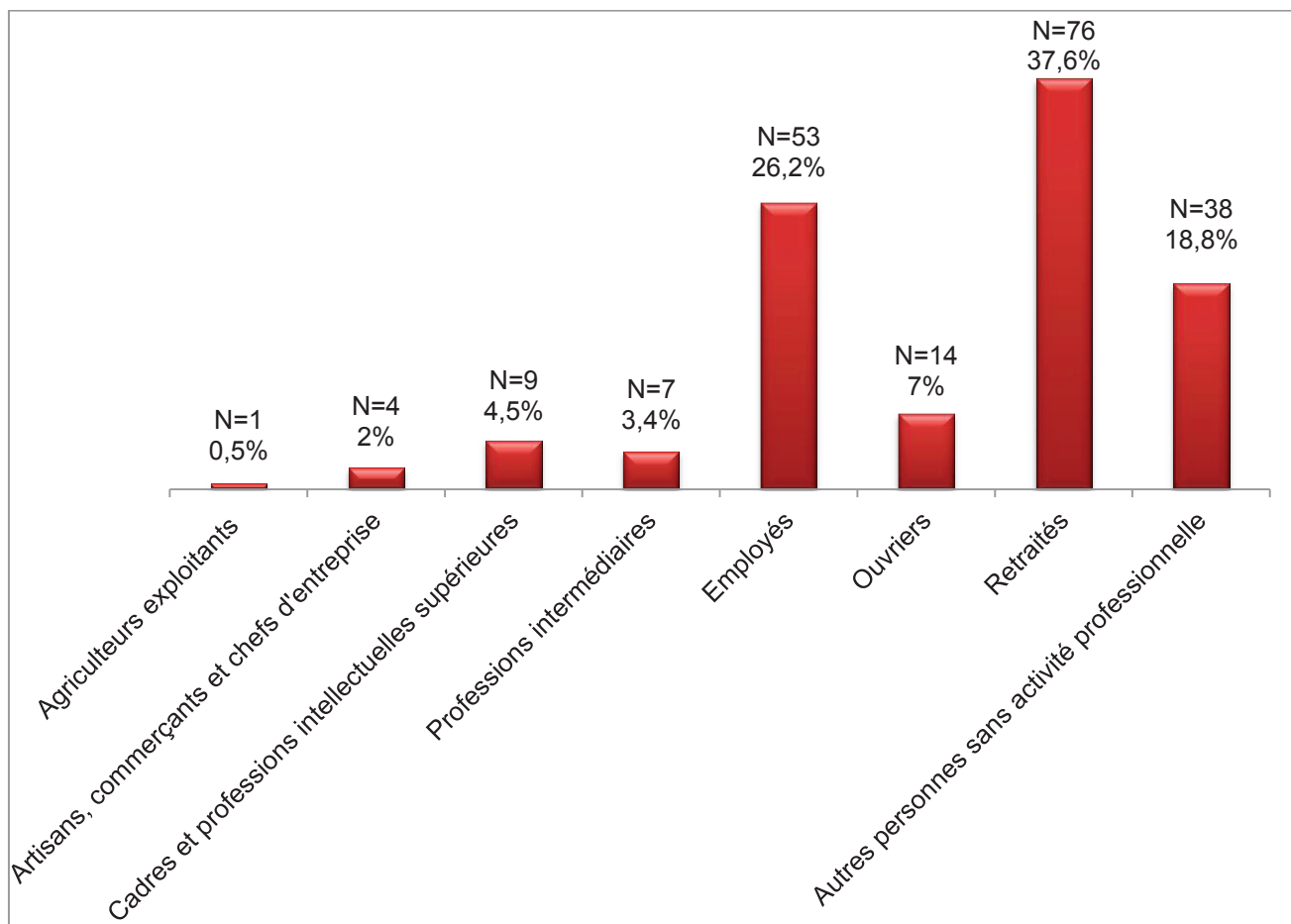
h) Niveau d'étude

Dans les patients interrogés, on retrouvait que 40 patients avaient suivi une scolarité Primaire (19,7%), 119 avaient suivi le Secondaire (59%), 33 avaient fait des études supérieures (16,3%) et enfin 10 n'avaient eu aucun cursus scolaire (5%).

A noter que lorsque l'on parlait de cursus, les patients n'étaient pas forcément allés au bout de ce cursus.

i) Catégorie socioprofessionnelle INSEE

Graphique 4: Répartition des catégories socioprofessionnelles des 202 patients interrogés.

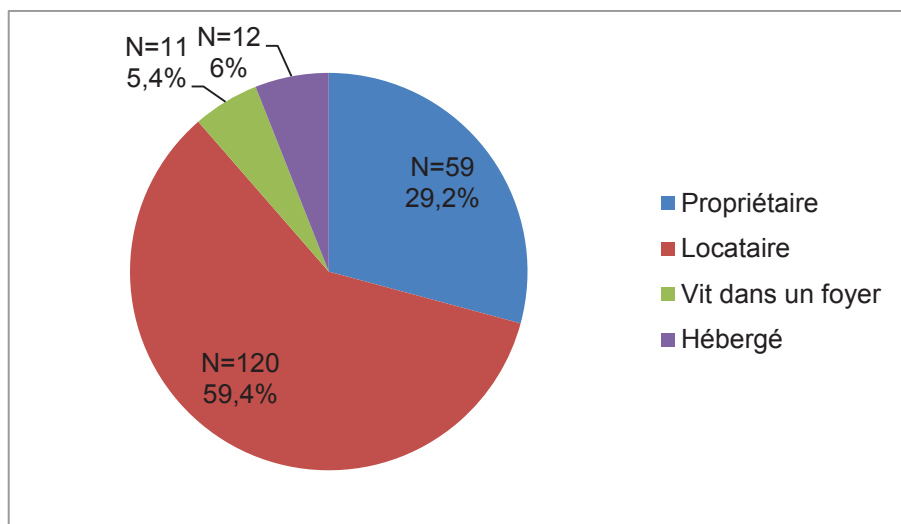


j) Minima sociaux

Sur les 202 patients interrogés, 169 ne bénéficiaient d'aucun revenu minimal social (83,7%) et 33 ont dit bénéficier d'un minimal social (16,3%) tels que le Revenu de solidarité active (RSA), Allocation adulte handicapé (AAH) et l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

k) Statut vis-à-vis du logement

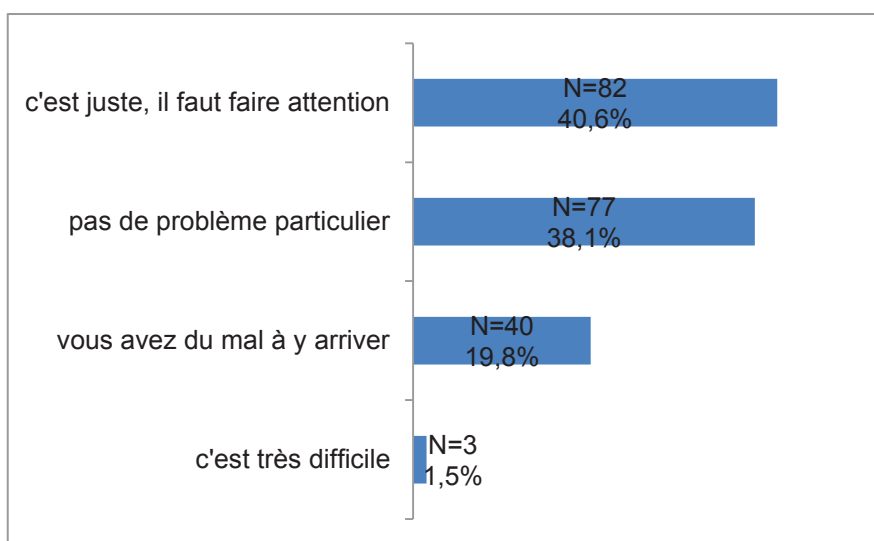
Graphique 5: Répartition des 202 patients selon leur condition de logement.



Au vue des faibles effectifs dans 2 des 4 classes, nous avons décidé de les regrouper en 3 classes : les propriétaires (N=59), les locataires (N=120) et ceux ne possédant pas de logement (qui regroupait les patients hébergés et ceux vivants dans un foyer, N=23).

l) Situation financière perçue

Graphique 6: Perception par les 202 patients de la situation financière de leur foyer.



2. Caractéristiques vis-à-vis du dépistage des 2 cancers

a) *Dépistage du cancer colorectal*

Concernant les données déclaratives :

Dans les 202 patients interrogés, 101 patients ont déclaré avoir effectué un dépistage du cancer colorectal (50%) et 101 ont dit ne jamais l'avoir fait (50%).

Après vérification dans les fichiers d'Apemas :

- 53 patients avaient fait leur test de dépistage et étaient à jour (26%)
- 47 patients avaient déjà fait au moins une fois un test mais n'étaient pas à jour (23%)
- 102 patients n'avaient jamais réalisé de dépistage (51%)

Sur les 100 patients qui avaient déjà fait au moins une fois un test de dépistage, 74 avaient bénéficié d'un test par recherche de sang dans les selles (test Hemocult ou OCSensor) et 26 avaient eu une coloscopie.

Dans les 74 patients ayant déjà fait un test de dépistage par recherche de sang dans les selles, 70 déclaraient avoir été incités par Apemas et 4 ont été directement incités par leur médecin généraliste. Un seul patient a dû ensuite réaliser une coloscopie, du fait d'une recherche de sang dans les selles positive.

Chez les 26 patients qui ont bénéficié directement d'une coloscopie comme moyen de dépistage, 18 avaient été proposées par un gastro-entérologue, et 8 par un médecin généraliste.

Tableau 4: Principales raisons évoquées pour n'avoir pas effectué le test de recherche de sang dans les selles (plusieurs réponses possibles ; N= nombre de réponses données).

	Nombre de fois où la raison est donnée	
	N=169	%
je ne me sentais pas concerné	36	21,3
le test est trop compliqué à réaliser	33	19,5
je n'ai pas encore reçu d'invitation au dépistage	25	14,8
je n'étais pas convaincu de le faire	16	9,5
je ne savais pas qu'il y avait un dépistage systématique à partir de 50 ans	15	8,9
j'ai fait une coloscopie il y a moins de 5 ans	11	6,5
j'avais peur du résultat du test	11	6,5
j'avais d'autres problèmes à ce moment-là	10	5,9
les explications que j'ai eu n'étaient pas assez claires	10	5,9
j'ai peur de faire la coloscopie si le test est positif	2	1,2

b) Dépistage du cancer du sein

119 patientes ont été interrogées, sur notre échantillon de 202 patients.

Concernant les données déclaratives :

- 108 déclaraient avoir déjà fait une mammographie (90,7%)
- 70 disaient l'avoir fait dans le cadre du DO organisé par Apremas (64,8%)

Après vérification dans les fichiers d'Apremas :

- 54 patientes avaient effectué leur mammographie dans le cadre du DO et étaient à jour (45,4%)
- 30 patientes avaient déjà fait au moins une mammographie dans le cadre du DO mais n'étaient pas à jour (25,2%)
- 35 patientes n'avaient jamais participé au DO (29,4%)

Sur les 70 patientes qui avaient déclaré avoir effectué leur mammographie dans le cadre du DO, seulement 49 l'avaient effectivement faite et étaient à jour.

Mode d'invitation au dépistage :

- Sur les 54 patientes à jour de leur dépistage : 44 ont été invitées par Apremas, 6 par leur gynécologues et 4 par leur médecin généraliste
- Sur les 30 patientes qui ont fait au moins un test de dépistage mais qui ne sont pas à jour : 29 ont été invitées par Apremas et 1 par son gynécologue.
- Sur les 35 patientes qui n'avaient pas participé au DO : 12 ont déclaré avoir fait une mammographie dans le cadre du dépistage individuel après prescription de leur gynécologue et 7 de leur médecin généraliste.

Tableau 5: Principales raisons évoquées par les patientes pour n'avoir pas effectué la mammographie de DO (plusieurs réponses possibles ; N= nombre de réponses données).

	Nombre de fois où la raison est donnée	
	N (=36)	%
je n'ai pas encore reçu d'invitation au dépistage	8	22,2
Je suis en bonne santé, je n'ai aucun signe	6	16,7
Je suis suivie régulièrement pour une maladie du sein	6	16,7
Je n'ai pas envie de me faire examiner les seins	5	13,9
Je ne pense pas en avoir besoin	5	13,9
Je manquais de temps, j'ai oublié	4	11,1
Je n'étais pas au courant d'une mammographie à partir de 50 ans	2	5,5

C. ANALYSE STATISTIQUE CROISEE

1. Dépistage du cancer colorectal

a) Recherche des variables liées à la déclaration « d'avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal »

- Analyse univariée

Tableau 6: Patients ayant déclaré avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal selon l'âge.

Tranches d'âge	Déclarent avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal N=101 (%)	Total de répondants N=202
Par 5 ans* :		
50-54 ans	11 (28,9)	38
55-59 ans	24 (45,2)	53
60-64 ans	25 (55,5)	45
65-69 ans	28 (75,6)	37
70 ans et plus	13 (44,8)	29
Par quartile** :		
Q1	16 (31,3)	51
Q2	25 (49)	51
Q3	31 (60)	51
Q4	29 (59,1)	49

* p=0,001 ; ** p=0,011

On retrouvait aussi une différence significative dans le groupe des hommes (p=0,02) avec une participation au dépistage moins importante chez les plus jeunes. Cette différence disparaissait dans le groupe des femmes.

Tableau 7: Patients ayant déclaré avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal selon les conditions de logements du patient et le fait de bénéficier d'un minimal social.

	Déclarent avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal N=101 (%)	Total de répondants N=202
Conditions de logement* :		
Foyer	3 (27,2)	11
Hébergé	3 (25)	12
Locataire	58 (48,7)	120
Propriétaire	37 (62,7)	59
Bénéficiaire d'un minimal social** :		
OUI	11 (33,3)	33
NON	90 (53,2)	169

*p=0,027 ; **p=0,036

On retrouvait aussi cette différence significative dans le groupe des hommes (p=0,007). Aucune différence significative n'a été retrouvée dans le groupe des femmes.

Tableau 8: Patients ayant déclaré avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal selon la condition de logement, dans le groupe des hommes.

	Avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal N=37 (%)	Total hommes répondants N=83
Logement* :		
Pas de logement (en foyer ou hébergé)	3 (15,7)	19
Locataire	16 (43,2)	37
Propriétaire	18 (66,6)	27

*p=0,003

Chez les femmes, les effectifs étaient trop faibles pour pouvoir trouver une association significative.

Tableau 9: Patients ayant déclaré avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal selon la nécessité d'un tiers pour comprendre les ordonnances, dans le groupe des hommes.

	Avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal N=37 (%)	Total hommes répondants N=83
Avoir besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances* :		
OUI	3 (15,8)	19
NON	34 (53,2)	64

*p=0,004

Chez les femmes, aucune différence significative n'a été retrouvée.

Tableau 10: Patientes ayant déclaré avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal selon la réalisation d'au moins une mammographie du DO.

	Avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal N= 64 (%)	Total femmes répondantes N=119
Avoir fait au moins une fois la mammographie du DO* :		
OUI	63 (58,3)	108
NON	1 (9)	11

*p=0,001

Dans le groupe des femmes, nous n'avons pas retrouvé de résultats significatifs sauf pour l'association entre le fait d'avoir fait une mammographie de DO et d'avoir fait au moins une fois un test de dépistage du cancer colorectal.

- Analyse par régression logistique

L'analyse par régression logistique nous a permis de comprendre l'effet d'une ou plusieurs variables sur une variable à réponse binaire, comme la variable « avez-vous fait au moins un test de dépistage du cancer colorectal ».

Tableau 11: Régression logistique pour la variable « avoir fait au moins un test de dépistage du cancer colorectal ».

Source	Valeur	Erreur standard	Khi2 de Wald	Pr >Khi2	Borne inf	Borne sup	Odds ratio	Borne inf	Borne sup
Constante	-1,584	0,583	7,378	0,007	-2,727	-0,441			
Pas de logement	0,000	0,000							
Locataire	0,892	0,528	2,854	0,091	-0,143	1,927	2,440	0,867	6,866
Propriétaire	1,395	0,577	5,857	0,016	0,265	2,525	4,036	1,304	12,496
Age Q1	0,000	0,000							
Age Q2	0,802	0,426	3,541	0,06	-0,033	1,637	2,229	0,967	5,139
Age Q3	1,157	0,430	7,237	0,007	0,314	2,000	3,180	1,369	7,388
Age Q4	0,912	0,433	4,441	0,035	0,064	1,759	2,488	1,066	5,809
Minimal social Non	0,000	0,000							
Minimal social Oui	0,470	0,435	1,169	0,280	-1,322	0,382	0,625	0,267	1,465

Nous avons pu voir d'après la probabilité associée aux tests du Khi2 que la variable qui influençait le plus la réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal était le fait d'être propriétaire de son logement (0,016) et la classe d'âge (0,007 et 0,035).

Statistique	DDL	Khi2	Pr > Khi2
-2 Log (vraisemblance)	6	19,971	0,003
Score	6	19,041	0,004
Wald	6	17,391	0,008

Le tableau ci-dessus donne plusieurs indicateurs de la qualité du modèle. La valeur la plus importante était le Khi2 associé au Log ratio. Nous avons essayé d'évaluer si les variables apportaient une quantité d'information significative pour expliquer la variabilité de la variable. Dans notre cas, comme la probabilité était inférieure à 0,0001, nous avons pu conclure que les variables apportaient une quantité significative d'information.

b) Recherche des variables liées au fait «d'être à jour pour le dépistage du cancer colorectal »

- Analyse univariée

Tableau 12: Patients étant à jour pour le dépistage du cancer colorectal selon le sexe.

	Etre à jour pour le dépistage du cancer colorectal N=53 (%)	Total des répondants N=202
Sexe* :		
Hommes	12 (14,4)	83
Femmes	41 (34,4)	119

*p=0,001

Tableau 13: Patients étant à jour pour le dépistage du cancer colorectal selon la nécessité d'un tiers pour comprendre une ordonnance.

	Etre à jour pour le dépistage du cancer colorectal N=53 (%)	Total des répondants N=202
Avoir besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances* :		
OUI	8 (15,7)	51
NON	45 (29,8)	151

*p=0,048

Tableau 14: Patients étant à jour pour le dépistage du cancer colorectal selon la condition de logement, dans le groupe des hommes.

	Etre à jour pour le dépistage du cancer colorectal N=12 (%)	Total hommes répondants N=83
Logement* :		
Pas de logement	2 (10,5)	19
Locataire	2 (5,4)	37
Propriétaire	8 (29,6)	27

*p=0,021

En ce qui concerne le statut par rapport à l'emploi, initialement nous avons 5 classes. En raison du faible effectif dans certaines classes, nous avons associé ces 5 classes pour en obtenir 2: ceux qui avaient un emploi et ceux qui n'en avaient pas.

Chez les femmes (n=119) :

Tableau 15: Patientes étant à jour pour le dépistage du cancer colorectal selon le statut par rapport à l'emploi.

		Emploi	
		NON	OUI
Dépistage cancer colorectal à jour	NON	46 (59%)	32 (78%)
	OUI	32 (41%)	9 (22%)
		78 (100%)	41 (100%)

Khi2 de Pearson=4,330 ; DL=1 ; p=0,037

Chez les hommes, les résultats étaient non significatifs.

Tableau 16: Patientes étant à jour pour le dépistage du cancer colorectal selon l'adresse d'habitation, dans le groupe des femmes.

	Etre à jour pour le dépistage du cancer colorectal N=41 (%)	Total des répondants N=119
Adresse* :		
Moulins	25 (32,4)	77
Hors Moulins	16 (38,1)	42

*NS, p=0,537

- Analyse par régression logistique

L'analyse par régression logistique a permis de comprendre l'effet d'une ou plusieurs variables sur une variable à réponse binaire, comme la variable « être à jour de son dépistage du cancer colorectal ».

Tableau 17: Régression logistique pour la variable « être à jour de son dépistage du cancer colorectal ».

Source	Valeur	Erreur standard	Khi2 de Wald	Pr >Khi2	Borne inf	Borne sup	Odds ratio	Borne inf	Borne sup
Constante	-1,616	0,319	25,689	<0,0001	-2,241	-0,991			
Hommes	0,000	0,000							
Femmes	1,191	0,372	10,276	0,001	0,463	1,919	3,291	1,589	6,816
Pas de									
Tiers	0,000	0,000							
Tiers	0,921	0,434	4,509	0,034	-1,771	-0,071	0,398	0,170	0,932

Nous avons pu voir, d'après la probabilité associée aux tests du Khi2, que la variable qui influençait le plus le fait d'être à jour dans sa pratique du dépistage du cancer colorectal était le fait d'être une femme et à moindre degré, de ne pas avoir besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances (OR>1).

Statistique	DDL	Khi2	Pr > Khi2
-2 Log (vraisemblance)	2	15,715	0,000
Score	2	14,627	0,001
Wald	2	13,710	0,001

Comme la probabilité était inférieure à 0,0001, nous avons pu conclure que les variables apportaient une quantité significative d'information.

Dans la sous population féminine, l'analyse par régression logistique a permis de comprendre l'effet d'une ou plusieurs variables sur une variable à réponse binaire, comme la variable « avez-vous fait au moins un test de dépistage du cancer colorectal »

Tableau 18: Régression logistique pour la variable « avoir fait au moins un test de dépistage du cancer colorectal » dans le groupe des femmes.

Source	Valeur	Erreur standard	Khi2 de Wald	Pr >Khi2	Borne inf	Borne sup	Odds ratio	Borne inf	Borne sup
Constante	-2,119	1,055	4,032	0,045	-4,187	-0,051			
Sans emploi	0,000	0,000							
Emploi	-0,886	0,409	4,702	0,030	-1,687	-0,085	0,412	0,185	0,918
Pas de									
Mammographie	0,000	0,000							
Mammographie faite	2,778	1,076	6,667	0,010	0,669	4,887	16,091	1,953	132,584

Le fait d'avoir déjà fait une mammographie était corrélé positivement avec la réalisation d'au moins un dépistage du cancer colorectal alors que le fait d'être en activité professionnelle était corrélé négativement.

Tableau 19: Régression logistique pour la variable « être à jour de son dépistage du cancer colorectal » dans le groupe de femmes.

Source	Valeur	Erreur standard	Khi2 de Wald	Pr >Khi2	Borne inf	Borne sup	Odds ratio	Borne inf	Borne sup
Constante	-2,945	1,513	3,791	0,052	-5,910	0,020			
Sans emploi	0,000	0,000							
Emploi	-0,962	0,445	4,669	0,031	-1,835	-0,089	0,382	0,160	0,914
Pas de									
Mammographie	0,000	0,000							
Mammographie faite	2,775	1,527	3,305	0,069	-0,217	5,768	16,044	0,805	319,744

L'activité professionnelle était également inversement corrélée avec le fait d'être à jour de son dépistage du cancer colorectal et à un moindre degré d'avoir fait une mammographie.

2. Dépistage du cancer du sein

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser au comportement vis-à-vis du dépistage du cancer du sein donc au groupe des 119 femmes qui ont été interrogées.

a) *Recherche des variables liées au fait « d'avoir fait au moins une fois la mammographie du DO »*

En ce qui concernait la répartition selon l'âge, aucune différence significative n'a été retrouvée.

Contrairement au dépistage du cancer colorectal, le fait d'avoir besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances remises par le médecin traitant n'était pas associé

de manière significative à la réalisation de la mammographie. Qu'elles aient besoin d'un tiers ou pas, 90% des femmes avaient déjà fait au moins une mammographie dans le cadre du DO.

Dans ce groupe, nous n'avons pas retrouvé de différence significative selon le type de logement car les effectifs étaient trop faibles. Nous n'avons pas pu faire le regroupement en classes comme précédemment car certaines classes avaient zéro effectif ce qui rendait le test non possible.

En ce qui concernait le fait de bénéficier d'un minimal social, il n'y avait pas de différence significative : 92% de femmes qui n'avaient pas de minimal social avaient fait au moins une mammographie et 80% des femmes qui bénéficiaient d'un minimal social avaient déjà fait au moins une mammographie.

En ce qui concernait le statut par rapport à l'emploi, il n'y avait pas de différence significative entre les femmes qui avaient un emploi et celles qui n'en avaient pas (92% des femmes qui travaillaient et 89% des femmes sans emploi avaient eu recours à une mammographie).

Tableau 20: Patientes ayant fait au moins une fois la mammographie du DO selon la réalisation d'au moins un test du dépistage du cancer colorectal.

	Avoir fait au moins une fois la mammographie du DO N= 108 (%)	Total femmes répondantes N=119
Avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal* :		
OUI	63 (98,4)	64
NON	45 (81,8)	55

*p=0,002

Résultat en corrélation avec ce que nous avons trouvé pour la variable « avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal ».

b) Recherche des variables liées au fait «d'être à jour pour la mammographie du DO »

- Analyse univariée

En ce qui concernait le fait de bénéficier d'un minimal social, il n'y avait pas de différence significative mais on notait une certaine tendance car seulement 26% des femmes qui avaient un minimal social étaient à jour de leur mammographie contre 48% chez les femmes qui n'avaient pas de minimal social.

En ce qui concernait le statut par rapport à l'emploi, la situation était semblable à celle du minimal social : il n'y avait pas de différence significative mais une tendance car seulement 34% des femmes qui avaient un emploi étaient à jour de leur mammographie contre 52% chez les femmes qui ne travaillaient pas.

- Analyse par régression logistique

L'analyse par régression logistique faite pour le dépistage du cancer du sein ne retrouvait aucune variable explicative qui ne se dégageait dans un modèle pertinent excepté le fait d'avoir réalisé au moins une fois un dépistage du cancer colorectal.

VI. DISCUSSION

A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1. Le type d'étude

Le choix d'une étude observationnelle, sur le terrain, était selon nous la meilleure méthode pour comprendre le comportement des patients du PS3M vis-à-vis du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

Cette étude nous a permis d'obtenir une photo à un instant T d'un échantillon d'une population bien définie compris parmi les usagers du pôle de santé PS3M.

L'observation directe nous a permis de nous affranchir de la subjectivité des patients concernant la maladie. Les observations mais aussi les échanges avec les patients lors des entretiens ont permis de comprendre leur comportement face au dépistage ou à l'absence de dépistage, ce qui pourrait être utile dans la mise en place des futures interventions dans le quartier par le biais des médecins généralistes.

2. L'échantillon

Concernant l'échantillon, l'effectif de 202 patients reste faible, par rapport au nombre d'habitants du quartier des Moulins (12 000 habitants). La puissance de l'étude a pu être une limite pour tester certaines associations statistiques connues dans la littérature en raison des effectifs de personnes interrogées

L'échantillon n'est pas représentatif de la population du quartier des Moulins. Le taux de participation au dépistage était plus élevé dans notre échantillon que dans cette population. Cela pourrait être dû au fait que nous avons interrogé une grande partie des personnes en cabinet médical. Dans un cabinet médical, les personnes qui viennent consulter sont des personnes qui se préoccupent de leur santé et dont le médecin généraliste est particulièrement attentif à la prévention. Il ne faut pas oublier aussi que les patients "ressemblent" à leurs médecins, il y a donc une double

sélection : un médecin généraliste vigilant sur la prévention fait que ses patients sont vigilants aussi (34).

3. La méthode de recrutement

Pour notre étude, aucun échantillonnage particulier n'a été réalisé. Nous avons proposé une participation, à cette étude, à tous les patients se présentant dans le lieu de soin, dès lors qu'ils rentraient dans les critères d'inclusion. Le taux de participation était élevé avec 72% de répondants. Cependant, nous avons un biais de recrutement car le pourcentage de participants était plus élevé dans le cabinet médical (68%) que dans les autres structures du pôle (26% et 6% respectivement dans les pharmacies et les laboratoires d'analyses médicales). De plus, le taux de refus était plus élevé dans les laboratoires et pharmacie que dans le cabinet médical. Dans le cabinet médical, j'ai proposé moi-même de participer au questionnaire et parfois même, c'était leur médecin qui le leur proposait : les patients osaient peut-être moins refuser. Dans les autres sites, la proposition de participation à l'étude se faisait pas le biais un tiers.

4. La méthode de recueil des données

Le choix d'un investigateur unique a permis d'éliminer la variabilité entre enquêteurs et de limiter les différences de mesure entre les entretiens. Nous ne pouvons cependant pas exclure des erreurs systématiques dans la saisie des réponses sur le questionnaire « en ligne ». En ce qui concerne le choix d'un questionnaire hétéro-administré, ce choix nous a permis de faire participer les gens qui ne savent pas lire ou écrire (ou du moins qui ont besoin d'aide...).

Nous devons également souligner que, lors des entretiens, les patients auraient pu être amenés à modifier leurs discours et leurs réponses. Le fait d'être interrogé par un « futur » médecin a pu les rendre plus vigilants sur leurs propos et leurs pratiques habituelles.

Le recueil des données était fait selon les items du questionnaire, mais très souvent les patients sortaient du cadre du questionnaire et donnaient leurs sentiments sur les questions. Ces informations ne pouvaient pas être prises en compte dans le recueil des données mais étaient intéressantes pour comprendre leur comportement face au dépistage des cancers.

Il a pu y avoir un biais de désirabilité sociale car les patients, en voulant répondre à ce qui est « conforme », ont pu exagérer des habitudes de comportement face au dépistage. Nous avons pu contrôler en partie ce biais grâce à la vérification sur les fichiers d'Aprémas par Neoscope.

B. ANALYSE DES RESULTATS ET PLACE DE L'ETUDE DANS LA LITTERATURE

1. Facteurs influençant le dépistage

- Age

Dans notre étude, nous avons retrouvé que pour le dépistage du cancer colorectal, les patients les plus jeunes se situant dans la tranche d'âge de 50 à 60 ans avaient moins tendance à se faire dépister. En revanche, les patients se situant dans la tranche 65-69 ans avaient un plus fort taux de participation. Ce que l'on retrouve dans une étude française faite en Isère en 2013 (35). Donnée également retrouvée dans une étude française chez Fon Sing et al. en 2013 (36). Nous pouvons penser que le facteur de répétition entre en jeu: les patients plus vieux ont reçu plus d'invitation au dépistage que les plus jeunes donc, avec les années, une prise de conscience peut s'opérer chez ces patients qui finalement entrent dans le programme de dépistage. Nous pouvons aussi penser que dans la tranche des 65-69 ans, la proportion de retraités est plus importante. Et le fait d'être à la retraite peut laisser un peu plus de temps pour soi donc plus de temps pour consulter son médecin et s'occuper du dépistage.

- Sexe

En ce qui concerne le sexe, nous avons constaté que les femmes sont plus à jour de leur dépistage pour le cancer colorectal, ce qui montre une certaine adhésion à la norme préventive avec une sensibilisation par rapport au cancer grâce à la réalisation de leur mammographie. Les médecins doivent être encouragés à parler du dépistage du cancer colorectal aux hommes dès qu'ils en ont l'occasion lors des consultations. Dans ce sens, Euler-Chelpin et al. (37) ont montré une plus forte participation des femmes au dépistage du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles, dans des programmes de dépistage effectués en Europe et en Australie. Chez Meissner et al. en 2006 (38), il a été retrouvé que le dépistage pour le cancer colorectal par coloscopie était plus important chez les hommes. On peut penser que ces différences sont dues aux stratégies de dépistage qui diffèrent selon les pays.

- Lieu de résidence

Il est reconnu que d'habiter dans un quartier « défavorisé » a un impact sur l'adhésion au dépistage. Pornet et al. en 2010 (39) ont montré que les femmes qui habitaient dans les quartiers des IRIS les plus favorisés participaient plus au dépistage du cancer du sein que les autres. Donnée également retrouvée dans l'étude d'Ouédraogo et al. en 2013 pour les femmes également (40). Pourtant, dans notre étude qui se situe dans le quartier des Moulins, qui est une zone urbaine sensible, où la densité médicale est inférieure par rapport au reste de la commune, nous n'avons pas trouvé de différence dans la participation au dépistage selon le fait de résider dans le quartier des Moulins ou à l'extérieur du quartier.

- Emploi, niveau d'étude et situation financière

Le niveau socioéconomique (statut par rapport à l'emploi, niveau d'étude, situation financière) a été décrit par la plupart des études comme un déterminant majeur de la participation aux campagnes de dépistage des cancers (41)(42)(43) : plus le niveau socioéconomique est bas, moins les femmes ont recours à la mammographie de dépistage. Cette association est retrouvée dans des pays aux systèmes de santé très différents : les USA, l'Angleterre et les pays scandinaves (44)(45). Le faible niveau socioéconomique pourrait avoir un rôle sur la participation

au dépistage en jouant sur l'accès aux soins, notamment dans les pays où il n'existe pas d'assurance maladie. Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de relation entre la participation au dépistage des 2 cancers et le niveau d'étude des patients ou leur perception de la situation financière du foyer. Ce qui peut montrer, contrairement aux idées reçues, que l'aspect financier n'est pas le seul frein à l'accès aux soins de prévention. Par rapport à l'emploi, nous avons vu que les femmes qui travaillaient, donc les plus jeunes de l'étude, étaient moins à jour de manière significative pour leur dépistage du cancer colorectal que celles qui ne travaillaient pas. Nous pouvons évoquer le facteur « temps » car la mammographie est un examen de dépistage plus chronophage que celui du colon (prise de rendez-vous au centre de radiologie, se rendre au centre de radiologie pour passer l'examen) donc peut-être un peu plus contraignant pour les femmes qui travaillent.

- Assurance maladie

Contrairement à ce que nous avons pu lire dans la littérature (46)(36), le type d'assurance maladie n'était pas associé de manière significative au fait de faire ou pas le dépistage du cancer colorectal. Dans notre échantillon, les personnes bénéficiant de la CMU ou ayant une prise en charge à 100% pour une ALD ne se faisaient pas plus dépister que les autres. De plus, dans notre échantillon, le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMU était un peu moins élevé (12%) que ce qui a été relevé dans l'Atlas territorial en 2013, à savoir 18% de bénéficiaires de la CMU dans les Moulins et 10% sur la ville de Nice (47). Des soins accessibles ne se résument pas à des soins gratuits ou couverts par une assurance santé universelle. Ceux-ci sont essentiels mais ne suffisent pas à garantir l'accès aux soins. Les soins doivent être largement disponibles sur le territoire et accessibles physiquement (48).

- Capacité de compréhension du langage écrit

Nous avons constaté que les personnes qui avaient besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances remises par leur médecin étaient moins à jour de leur dépistage du cancer colorectal. Ce qui n'était pas le cas pour la mammographie. Nous pouvons interpréter ces résultats en disant que le fait de savoir lire et écrire le français entre en jeu quand le patient reçoit l'invitation au dépistage à son domicile. Le kit de dépistage nécessite de savoir lire afin de réaliser correctement le test. Dans

le quartier des Moulins, il y a 21% de personnes de nationalité étrangère et 28% de personnes immigrées. Dans une étude qualitative anglaise, Austin et al. en 2009 (49) ont montré que la barrière de la langue et que l'influence de la culture sur la santé pouvaient être des freins dans le dépistage du cancer colorectal. Goodman et al., dans une étude qualitative en focus group, ont montré que l'explication des procédures de dépistage (test de recherche de sang dans les selles et coloscopie) pouvaient faire augmenter le taux de dépistage dans les groupes ethniques minoritaires (50). Avec cette information, il s'agissait d'explorer non pas seulement la barrière de la langue, mais la littératie en santé (health literacy) (29) qui est un déterminant des ISS faisant l'objet de nombreuses études (définition de la littératie en santé : capacité des individus à obtenir, traiter et comprendre les informations de base et les services requis pour prendre des décisions appropriées en terme de santé). Dans le quartier des Moulins, le projet financé par l'INCa pourrait permettre via des ateliers collectifs et des conseils personnalisés d'améliorer la participation au dépistage des cancers.

- Pays de naissance

Dans une étude française de 2010, Rondet et al. (51) ont comparé les pratiques des femmes vis-à-vis de leur dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus en fonction de leur pays de naissance : des femmes françaises nées de parents français, celles nées de parents immigrés et les femmes immigrées. Il a été retrouvé que le pourcentage de femmes ayant annulé la mammographie de dépistage était plus important chez les femmes immigrés (30,6% d'annulation) et les femmes nées de parents immigrés (23,6% d'annulation) que chez les femmes françaises (18% d'annulation). Mais la différence entre les groupes n'était pas significative. Il a été aussi constaté que le fait d'être immigré augmentait le risque de ne jamais faire de mammographie de dépistage mais, encore une fois, les résultats n'étaient pas significatifs. Dans notre échantillon, un tiers des patients interrogés était né dans un pays du Maghreb. Il faut tenir compte de cette information : être plus vigilant en matière de dépistage chez ces personnes qui ne parlent peut-être pas le français ou qui ont une approche culturelle différente. Certains auteurs suggèrent l'existence de barrières culturelles et informationnelles expliquant un recours aux soins plus tardif et davantage orienté vers les soins curatifs (52).

- Situation maritale

Dans une étude anglaise (53), Van Jaarsveld et al. ont trouvé que, à âge et niveau d'éducation égaux, les couples mariés avait un taux de participation plus important au dépistage du cancer colorectal que les couples non mariés. Le fait d'inviter les 2 conjoints au dépistage augmentait le taux de participation. Dans une étude américaine en 2015, El-Haddad et al. ont montré que les personnes qui étaient divorcées, séparées, jamais marié ou veuves avaient moins d'adhésion aux campagnes de dépistage du cancer colorectal que les personnes mariées ou vivant en couple (54). Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de relation entre le statut marital et l'adhésion au dépistage même si nous avons constaté un certain entraînement dans les pratiques des couples interrogés ensemble. Il serait intéressant mais probablement difficile à mettre en œuvre, dans notre campagne de dépistage, d'inviter simultanément la femme et l'homme au sein d'un même ménage afin de potentialiser leur participation au dépistage.

- Logement

En 2012, Wee et al. (6) ont montré que les propriétaires se dépistaient plus régulièrement que les locataires. Ce que nous avons aussi retrouvé dans notre étude. Les personnes n'ayant pas de logement (les personnes en foyer ou hébergés), donc en situation précaire, se préoccupent moins de leur santé car elle n'est pas une priorité face aux difficultés financières.

- Minimal social

Nous avons vu dans notre étude qu'il y avait une association significative entre le fait de bénéficier d'un minimal social et de ne pas faire le dépistage du cancer colorectal. Cette idée rejoint un peu la précédente : les personnes en situation de précarité ne font pas de leur santé une priorité et donc, se font moins dépister que les autres. Les chiffres retrouvés dans notre étude correspondaient à ceux de l'Atlas territorial car le taux de personnes bénéficiant d'un minimal social était de 16% dans les Moulins contre 6% pour la ville de Nice (47).

- Participation à d'autres campagnes de dépistage

Dans la littérature, nous avons pu voir que l'adhésion à d'autres programmes de dépistage pouvait avoir un effet positif sur le dépistage du cancer colorectal. Dans une étude américaine (55), il a été constaté que les femmes qui ont fait leur mammographie du DO et le dépistage pour le cancer du col de l'utérus étaient plus susceptibles de faire le dépistage du cancer colorectal. Dans l'enquête FADO-sein et dans l'enquête décennale santé 2002-2003 de l'Insee, chez les femmes, la pratique d'un des trois dépistages (sein, col de l'utérus, colorectal) a un effet favorisant sur les 2 autres. Dans notre étude, les résultats sont concordants puisque nous avons retrouvé chez les femmes une association significative entre le fait d'avoir fait une mammographie de dépistage et d'avoir fait le dépistage pour le cancer colorectal. Ainsi, la communication adressée aux femmes pourrait concerner simultanément les trois dépistages.

Une autre étude américaine (56) menée dans un groupe d'hommes a montré que le fait de se faire dépister pour le cancer de la prostate en dosant le PSA augmentait l'adhésion au dépistage du cancer colorectal.

En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, dans notre étude, 25% des patients étaient à jour de leur dépistage ; ce chiffre correspond aux dernières données relevées par Apremas, à savoir : 26,4% de participation dans les Moulins et 35% pour la ville de Nice. Pour le dépistage du cancer du sein, dans notre étude, 45% des femmes étaient à jour de leur mammographie de dépistage, ce qui est bien supérieur aux chiffres relevés par Apremas : 37% de participation dans le quartier des Moulins et le même taux pour la ville de Nice. Mais on peut penser que la part du dépistage individuel est moins importante aux Moulins que pour l'ensemble de la ville de Nice, qui a un meilleur accès aux gynécologues.

2. Freins au dépistage

En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, la principale raison évoquée dans l'absence de dépistage était liée à une perception erronée de sa propre santé: « je ne me sentais pas concerné » (donnée 36 fois). Mais aussi au

niveau organisationnel lié à la communication car les patients ont évoqué 25 fois ne pas avoir « encore reçu d'invitation » ou même ne pas connaître l'existence de ce dépistage. Une raison quasi absente en ce qui concernait le DO du sein.

Très souvent aussi, les patients nous ont confié que « le test était trop compliqué à faire » et ils précisait toujours que le fait de devoir manipuler des selles ne les incitait pas à faire le test car ils trouvaient ça « sale » (réponse donnée 33 fois). La mise en place du nouveau test depuis fin 2015 pourrait peut-être palier à la difficulté dans le sens qu'un seul prélèvement est nécessaire au lieu de 6 auparavant.

Enfin, à 16 reprises, il nous a été confié que les patients n'étaient pas « convaincu de le faire ». Un sentiment d'utilité du dépistage médiocre qui cache peut être un certain fatalisme face à cette pathologie.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, les raisons qui ont été évoquées étaient plutôt d'ordre psychosociologique avec une perception erronée de sa propre santé (« je suis en bonne santé ») et des représentations liées au cancer parfois fausses (« je n'ai aucun signe »). Il y avait aussi le sentiment de protection par rapport à cette maladie (« je ne pense pas en avoir besoin »).

On a cependant remarqué que chez les patientes interrogées, il y avait une bonne compréhension du dispositif et une prise de conscience des intérêts du DO avec une forte intention de participer (peu de femmes ont évoqué le « manque de temps » ou la non connaissance du DO).

3. Place du médecin généraliste dans l'amélioration de l'adhésion au dépistage

Aux vues de ces chiffres plutôt encourageants, nous pouvons penser que le fait que les médecins du cabinet, où j'ai interrogé les patients, fassent parti du pôle de santé, favorise l'adhésion de leurs patients au DO car ils sont plus sensibilisés à la prévention. Le rôle du médecin traitant, comme déjà souligné dans d'autres études, est central (57). Dans le cas du dépistage du cancer colorectal, les 2 raisons les plus citées devant l'absence de dépistage étaient : « je ne me sentais pas concerné » et « le test est trop compliqué à réaliser ». Le rôle du médecin généraliste est donc de repérer les personnes à risque de non dépistage lors des consultations pour ensuite les faire rentrer dans le programme de dépistage.

Une étude qualitative menée en focus group (34) en 2008 et une étude descriptive de 2010 (58) ont exploré les freins et leviers au DO du cancer colorectal chez les médecins et les patients. Le principal obstacle soulevé par les médecins généralistes était celui du temps. Car le but est d'emporter l'adhésion du patient ce qui ne peut se concevoir dans l'urgence. Or, la délivrance du test nécessite de donner des explications, sur l'intérêt et la façon de faire le test, et de remplir les papiers qui accompagnent le test, ce qui semble difficile à insérer dans une consultation, consultation où sont évoqués en moyenne deux sujets de recours aux soins et qui s'effectue plus souvent dans le cadre de l'urgence que dans celui de la prévention. Du côté des patients, la principale raison pour laquelle le test de dépistage n'a pas été fait était l'absence de proposition de la part de leur médecin.

C. PERSPECTIVES

La réduction des ISS passe par une action sur le gradient social (différentes actions visant les populations les plus défavorisées) et suppose de combiner une action sur l'ensemble de la population (approche universelle) et une action différenciée selon les publics (approche ciblée). On parle d'Universalisme Proportionné, terme introduit par Sir Marmot en 2010 (59).

Dans le quartier des Moulins, qui est une zone urbanisée sensible, nous retrouvons une plus grande proportion de patients ayant besoin d'aide pour lire ou comprendre les prescriptions. Le niveau de littératie bas en plus du manque de temps durant les consultations en cabinet de médecine générale peuvent être des difficultés supplémentaires dans l'adhésion au dépistage des cancers. Il faudrait adapter les interventions pour cette population afin d'assurer une équité dans le dépistage : des soins proportionnels aux besoins de chacun. C'est le but du projet financé par l'INCa en 2015 auquel a répondu le PS3M en collaboration avec Apremas afin de répondre aux besoins de la population de ce quartier.

L'enjeu de ce projet est d'expérimenter le conseil, l'information et l'éducation au dépistage du cancer en dehors du temps de la consultation avec le médecin généraliste. Le principe est de conserver le médecin traitant dans le dispositif en lui donnant le rôle de « prescripteur de conseil ». Ce conseil/information se fera sous la

forme d'une séance individuelle avec un médecin d'Aprémas. Des ateliers collectifs adaptés au public seront aussi proposés pour toute personne intéressée. Tout professionnel du Pôle pourra proposer la participation à un atelier.

Il faut garder à l'esprit que l'inéquité des soins ne concerne pas seulement les plus pauvres. Les actions pour lutter contre l'inéquité ne concernent pas seulement les patients qui ont des bas revenus ou ceux qui appartiennent à une minorité ethnique. Elles existent aussi en fonction de l'âge, du sexe et du lieu de résidence. Et parfois, les plus à risque sont les personnes à revenu moyen ou élevé (48).

VII. CONCLUSION

En France, les ISS s'accroissent depuis plusieurs décennies, plus particulièrement pour les hommes, auxquelles s'ajoutent des inégalités sur la qualité de vie. Les Alpes Maritimes furent un département pilote pour le dépistage du cancer du sein en 1989 et pour le dépistage du cancer colorectal en 2005. Malgré une démographie médicale favorable, les campagnes de dépistage n'ont pas l'efficacité attendue, les taux de participation restant en deçà des moyennes nationales. Ces mauvais résultats sont encore plus importants dans les zones de précarité sociale. Le quartier des Moulins à Nice, composé de 100% de logements sociaux, est l'un des quartiers le plus en difficulté du territoire de la métropole Nice Côte d'Azur.

Nous avons pour objectif principal de déterminer l'influence des facteurs sociaux dans la participation au dépistage des cancers du sein et colorectal des patients du PS3M.

Pour cela, nous avons recueillis des informations pour connaître la situation sociale de ces patients en utilisant le guide des recommandations réalisées par le Collège de la Médecine Générale.

Notre travail a retrouvé des résultats attendus, en lien avec les données actuelles de la littérature. Le fait d'être un homme, de faire partie de la tranche d'âge la plus jeune, de bénéficier d'un minimal social, d'avoir une moins bonne compréhension du langage écrit et de ne pas être propriétaire de son logement sont des facteurs de non dépistage pour le cancer colorectal. Les femmes qui ont fait une mammographie de DO sont plus susceptibles de faire leur dépistage du cancer colorectal. Et les femmes qui travaillent se font moins dépister pour le cancer colorectal que les autres.

L'amélioration du taux de participation au dépistage de ces 2 cancers dans le quartier des Moulins doit passer par une équité des soins c'est-à-dire des soins et une information proportionnels aux besoins de chacun. Et la collaboration interprofessionnelle par le biais de l'action financée par l'Inca pourrait, en partie, participer à la réduction des ISS dans le dépistage des cancers.

VIII. ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AMC : Assurance Maladie Complémentaire

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CAL : Centre Antoine Lacassagne

CMG : Collège de la Médecine Générale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSP : Catégories Socio Professionnelles

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance maladie

DO : Dépistage Organisé

HTA : Hypertension Artérielle

IDM : Infarctus du Myocarde

INCa : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PS3M : Pôle de Santé Multiprofessionnel des Moulins-Méridia

RSI : Régime Social des Indépendants

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TM : Ticket modérateur

ZUS : Zone Urbaine Sensible

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. Renaud T, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Impact des pratiques médicales sur le coût de prise en charge du cancer. le cas du cancer du côlon en île-de-france. *Prat Organ Soins*. 1 déc 2008;Vol. 39(4):283-95.
2. Chu P-C, Hwang J-S, Wang J-D, Chang Y-Y. Estimation of the Financial Burden to the National Health Insurance for Patients with Major Cancers in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. janv 2008;107(1):54-63.
3. Recommandations du Conseil de l'Union Européenne relative au dépistage des cancers [Internet]. 2003. Disponible sur: http://apremas.org/assets/files/pdf/recommandations_europeennes.pdf
4. Goulard H, Boussac M, Duport N, Bloch J. Facteurs d'adhésion au Dépistage Organisé du cancer colo rectal: étude FADO-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. 2009.
5. Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M. Facteurs d'adhésion au Dépistage Organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. Rapport InVS; 2007.
6. Wee LE, Koh GC-H, Chin RT, Yeo WX, Seow B, Chua D. Socioeconomic factors affecting colorectal, breast and cervical cancer screening in an Asian urban low-income setting at baseline and post-intervention. *Prev Med*. juill 2012;55(1):61-7.
7. Pornet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Socioeconomic determinants for compliance to colorectal cancer screening. A multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health*. 1 avr 2010;64(4):318-24.
8. Monteil C, Robert-Bobbée I. Les différences sociales de mortalité: en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. 2005.
9. Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. 2009.
10. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 5 juin 2008;358(23):2468-81.
11. OMS. Comblé le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2008.
12. Jusot F, Potvin L, Moquet M-J, Jones C-M. Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe. 2010.
13. Plan Cancer 2014-2019. 2014.

14. Etats de santé et inégalités en région PACA [Internet]. 2010. Disponible sur: sirsepaca.org
15. Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2015 - L'essentiel des faits et chiffres. 2016.
16. Institut National du Cancer. Incidence nationale du cancer colorectal [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/11-cancer-colorectal/43-incidence-france-cancer-colorectal.html>
17. Institut National du Cancer. Incidence et mortalité nationales du cancer du sein [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/29-incidence-mortalite/84-cancer-sein/1-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-incidence-et-mortalite.html>
18. BEH Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - Dépistage organisé du cancer colorectal en France [Internet]. InVS; 2009. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2009/02_03/
19. Guérin S, Hill C. L'épidémiologie des cancers en France en 2010 : comparaison avec les États-Unis. Bull Cancer (Paris). janv 2010;97(1):47-54.
20. Sørum R, Hofvind S, Skaane P, Haldorsen T. Trends in incidence of ductal carcinoma in situ: the effect of a population-based screening programme. Breast Edinb Scotl. déc 2010;19(6):499-505.
21. Wärnberg F, Yuen J, Holmberg L. Risk of subsequent invasive breast cancer after breast carcinoma in situ. Lancet Lond Engl. 26 févr 2000;355(9205):724-5.
22. Nelson HD, Cantor A, Humphrey L, Fu R, Pappas M, Daeges M, et al. Screening for Breast Cancer: A Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 [cité 25 avr 2016]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343819/>
23. ARS PACA. Etats de santé et inégalités en région Provence Alpes Côte d'Azur. 2010.
24. APREMAS [Internet]. Disponible sur: <http://apremas.org/apremas/mission.html>
25. HAS. Dépistage et prévention du cancer colorectal - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. 2013. Disponible sur: www.has-sante.fr
26. Denis B, Guittet L. Dépistage du cancer colorectal par test immunologique quantitatif de recherche de sang occulte dans les selles : une révolution ? 2015.

27. InVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2013-2014 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014>
28. APREMAS, Campagne de dépistage du cancer colo rectal dans les Alpes maritimes 2013-2014 [Internet]. Disponible sur: <http://apremas.org/depistage-cancer-colorectal/les-resultats1.html>
29. Kalager M, Zelen M, Langmark F, Adami H-O. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med.* 23 sept 2010;363(13):1203-10.
30. Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, Ghatge S, et al. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *JAMA.* 20 oct 2015;314(15):1615-34.
31. Virnig BA, Tuttle TM, Shamliyan T, Kane RL. Ductal Carcinoma In Situ of the Breast: A Systematic Review of Incidence, Treatment, and Outcomes. *J Natl Cancer Inst.* 3 févr 2010;102(3):170-8.
32. Accompagnement des politiques de prévention et de dépistage et soutien aux projets et actions pour améliorer la prévention, le dépistage et la détection précoce des cancers. - Appels à projets - résultats professionnels | Institut National Du Can [Internet]. [cité 2 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Appels-a-projets-resultats/Prevention-Depistage-Detection-precoce-des-cancers-2015>
33. Collège de la Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? 2014.
34. Aubin-Augier, Mercier, Baumann-Coblentz, Le Trung, Decorre, Rousseau, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter Hémobstacle : une étude qualitative. 2008.
35. Poncet F, Delafosse P, Seigneurin A, Exbrayat C, Colonna M. Determinants of participation in organized colorectal cancer screening in Isère (France). *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* avr 2013;37(2):193-9.
36. Fon Sing M, Leuraud K, Duport N. Characteristics of French people using organised colorectal cancer screening. Analysis of the 2010 French Health, Healthcare and Insurance Survey. *Prev Med.* juill 2013;57(1):65-8.
37. Euler-Chelpin M von, Brasso K, Lynge E. Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *J Public Health.* 1 sept 2010;32(3):395-405.

38. Meissner HI, Breen N, Klabunde CN, Vernon SW. Patterns of colorectal cancer screening uptake among men and women in the United States. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol.* févr 2006;15(2):389-94.
39. Pernet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Socioeconomic and healthcare supply statistical determinants of compliance to mammography screening programs: a multilevel analysis in Calvados, France. *Cancer Epidemiol.* juin 2010;34(3):309-15.
40. Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Roussot A, Pernet C, Sarlin N, Lunaud P, et al. European transnational ecological deprivation index and participation in population-based breast cancer screening programmes in France. *Prev Med.* juin 2014;63:103-8.
41. American Cancer Society. Colorectal cancer facts & figures 2011–2013 [Internet]. Disponible sur: <http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/ColorectalCancerFactsFigures/colorectal-cancer-facts-figures-2011-2013-page>.
42. Aarts MJ, Voogd AC, Duijm LEM, Coebergh JWW, Louwman WJ. Socioeconomic inequalities in attending the mass screening for breast cancer in the south of the Netherlands--associations with stage at diagnosis and survival. *Breast Cancer Res Treat.* juill 2011;128(2):517-25.
43. Damiani G, Basso D, Acampora A, Bianchi CBNA, Silvestrini G, Frisicale EM, et al. The impact of level of education on adherence to breast and cervical cancer screening: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* déc 2015;81:281-9.
44. Zackrisson S, Lindström M, Moghaddassi M, Andersson I, Janzon L. Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: a multilevel analysis. *Scand J Public Health.* 2007;35(5):548-54.
45. Moser K, Patnick J, Beral V. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. *BMJ.* 2009;338:b2025.
46. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent ils contribuer à réduire les inégalités de santé? [Internet]. *Questions d'économie de la santé* N°179; 2012. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>
47. Mazery V, Guéry H. Disparités socio-spatiales en Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur [Internet]. *Compas*; 2013. Disponible sur: <http://www.lecompas.fr/nos-publications>
48. Association européenne pour la qualité et la sécurité en médecine générale. *L'équité des soins primaires.* 2015.

49. Austin KL, Power E, Solarin I, Atkin WS, Wardle J, Robb KA. Perceived barriers to flexible sigmoidoscopy screening for colorectal cancer among UK ethnic minority groups: a qualitative study. *J Med Screen*. 2009;16(4):174-9.
50. Natale-Pereira A, Marks J, Vega M, Mouzon D, Hudson SV, Salas-Lopez D. Barriers and facilitators for colorectal cancer screening practices in the Latino community: perspectives from community leaders. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent*. avr 2008;15(2):157-65.
51. Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. *PloS One*. 2014;9(1):e87046.
52. Dourgnon, Jusot F, Sermet, Silva. Le recours aux soins de ville des immigrés en France [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf>
53. van Jaarsveld CHM, Miles A, Edwards R, Wardle J. Marriage and cancer prevention: does marital status and inviting both spouses together influence colorectal cancer screening participation? *J Med Screen*. 2006;13(4):172-6.
54. El-Haddad B, Dong F, Kallail KJ, Hines RB, Ablah E. Association of marital status and colorectal cancer screening participation in the USA. *Colorectal Dis*. 1 mai 2015;17(5):O108-14.
55. Carlos RC, Fendrick AM, Ellis J, Bernstein SJ. Can breast and cervical cancer screening visits be used to enhance colorectal cancer screening? *J Am Coll Radiol JACR*. oct 2004;1(10):769-76.
56. Carlos RC, Underwood W, Fendrick AM, Bernstein SJ. Behavioral associations between prostate and colon cancer screening. *J Am Coll Surg*. févr 2005;200(2):216-23.
57. Launoy G, Veret JL, Richir B, Reaud JM, Ollivier V, Valla A, et al. Involvement of general practitioners in mass screening. Experience of a colorectal cancer mass screening programme in the Calvados region (France). *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. mai 1993;2(3):229-32.
58. Rameau H, Hofliger P, Granon C. Facteurs déterminant la participation des patients et des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal. 2010.
59. Concept Universalisme Proportionné [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: http://www.sfsp.fr/manifestations/sem-iss-2015/PleniereUP_Concept_Universalisme_Proportionne.pdf

X. ANNEXES

Tableau 21: Caractéristiques socioéconomiques : réponse au questionnaire des 202 patients.

	Effectif N=202	Pourcentage %
Tranches d'âge quinquennales		
50-54	38	18,8
55-59	53	26,2
60-64	45	22,3
65-69	37	18,3
70-74	29	14,4
Tranches d'âge par quartiles		
50-56	51	25,25
56-61	51	25,25
61-66	51	25,25
Plus de 66 ans	49	24,25
Sexe		
Hommes	83	41
Femmes	119	59
Statut par rapport à l'emploi		
Retraités	80	39,1
Actifs	67	33,6
Invalidité avec pension	27	13,3
Chômage	14	6,9
Au foyer	9	4,5
Autre situation	5	2,4
Type d'assurance maladie		
AMO + complémentaire	156	77,2
AMO + CMU	23	11,3
AMO + AME	1	0,5
Exonération TM - ALD	81	40
Exonération TM - invalidité	15	7,4
Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ?		
OUI	51	25,3
NON	151	74,7
Vivez-vous seul ?		
OUI	64	31,7

NON	138	68,3
Pays de naissance		
France	98	48,5
Maroc	7	3,4
Tunisie	32	15,8
Algérie	32	15,8
Côte d'Ivoire	2	1
Togo	1	0,5
Cap Vert	7	3,4
Comores	1	0,5
Sénégal	1	0,5
Sierra Leone	1	0,5
Congo	4	2
Italie	5	2,5
Espagne	1	0,5
Portugal	2	1
Laos	1	0,5
Pologne	2	1
Madagascar	1	0,5
Ile Maurice	1	0,5
Israël	1	0,5
Ex-Yougoslavie	1	0,5
Serbie	1	0,5
Niveau d'étude		
Primaire	40	19,7
Secondaire	119	59
Supérieur	33	16,3
Aucun cursus	10	5
Catégories Socio-professionnelles (niveau 1)		
Retraités	76	37,6
Employés	53	26
Autres personnes sans activité	38	18,8
Ouvriers	14	7
Cadres	9	4,5
Professions intermédiaires	7	3,4
Artisans	4	2
Agriculteurs	1	0,5
Le fait de bénéficier d'un minimal social		
OUI	33	16,3
NON	169	83,7

Conditions de logement		
Locataire	120	59,4
Propriétaire	59	29,2
Hébergé	12	6
Foyer	11	5,4
Situation financière perçue		
« c'est juste il faut faire attention »	82	40,6
« pas de problème particulier »	77	38,1
« vous avez du mal à y arriver »	40	19,8
« c'est très difficile »	3	1,5
Avez-vous déjà réalisé une mammographie ?		
OUI	108	90,7
NON	11	9,3
Si non, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas fait de mammographie ?		
« je n'ai pas reçu d'invitation »	8	22,2
« je suis régulièrement suivie pour une maladie du sein »	6	16,7
« je suis en bonne santé »	6	16,7
« je ne pense pas en avoir besoin »	5	13,9
« je n'ai pas envie de me faire examiner les seins »	5	13,9
« je manquais de temps, j'ai oublié »	4	11,1
« je n'étais pas au courant »	2	5,5
Avez-vous déjà réalisé une mammographie dans le cadre du DO ?		
OUI	70	58,8
NON	49	41,2
Qui vous a invité à faire la mammographie ?		
APREMAS	82	68,9
Gynécologue	21	17,6
Médecin traitant	14	11,8
Autre, famille, proches...	2	1,7
Après vérification dans la base de données, les patientes ayant fait une mammographie :		
OUI et à jour	54	45,3
OUI et pas à jour	30	25,2
NON	35	29,4
Avez-vous déjà réalisé un dépistage du cancer colorectal ?		
OUI	101	50

NON	101	50
Si non, pourquoi n'avez-vous pas réalisé un test de dépistage ?		
« je ne me sentais pas concerné »	36	21,3
« le test est trop compliqué à réaliser »	33	19,5
« je n'ai pas encore reçu d'invitation au dépistage »	25	14,8
« je n'étais pas convaincu de le faire »	16	9,5
« je ne savais pas qu'il y avait un dépistage systématique à partir de 50 ans »	15	8,9
« j'ai fait une coloscopie il y a moins de 5 ans »	11	6,5
« j'avais peur du résultat du test »	11	6,5
« j'avais d'autres problèmes à ce moment-là »	10	5,9
« les explications que j'ai eu n'étaient pas assez claires »	10	5,9
« j'ai peur de faire la coloscopie si le test est positif »	2	1,2
Si oui, quel test de dépistage avez-vous fait ?		
Test de recherche de sang dans les selles	75	74,2
Coloscopie	26	25,8
Si vous avez fait une coloscopie, pour quelle raison ?		
Test de recherche de sang dans les selles positif	5	19,2
Autre motif médical	21	80,8
Qui vous a incité à faire le test de dépistage ?		
APREMAS		
Gastro-entérologue		
Médecin traitant		
Autres, famille, proches...		
Après vérification dans la base de données, les patients ayant réalisé un test de dépistage du cancer colorectal :		
OUI et à jour	47	23,3
OUI et pas à jour	53	26,2
NON	102	50,5

Tableau 22: Caractéristiques socioéconomiques des 202 patients en fonction de leur participation au dépistage du cancer colorectal.

	Avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal N=101 (%)	Valeur p	Etre à jour pour le dépistage du cancer colorectal N=53 (%)	Valeur p
Sexe :				
Hommes	37 (44,5)	NS	12 (14,4)	0,001
Femmes	64 (53,7)		41 (34,4)	
Age par quartile :				
Classe 1	16 (31,3)	0,011	7 (13,7)	NS (0,058)
Classe 2	25 (49)		13 (25,5)	
Classe 3	31 (60)		19 (37,3)	
Classe 4	29 (59,1)		14 (28,6)	
Avoir besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances :				
OUI	22 (43,1)	NS	8 (15,7)	0,048
NON	79 (52,3)		45 (29,8)	
Conditions de logement :				
Foyer	3 (27,2)	0,027	1 (8,3)	NS
Hébergé	3 (25)		2 (18,2)	
Locataire	58 (48,7)		29 (24,3)	
Propriétaire	37 (62,7)		21 (35,6)	
Bénéficiaire d'un minimal social				
OUI	11 (33,3)	0,036	6 (18,2)	NS
NON	90 (53,2)		47 (27,8)	
Logement :				
Pas de logement	6 (26)	0,01		
Locataire	58 (48,7)			
Propriétaire	37 (62,7)			

Tableau 23: Caractéristiques socioéconomiques des 83 hommes interrogés en fonction de leur participation au dépistage du cancer colorectal.

	Avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal N=37 (%)	Valeur p	Etre à jour pour le dépistage du cancer colorectal N=12 (%)	Valeur p
Age par quartile				
Q1	5 (23,8)	0,02	2 (9,5)	NS
Q2	5 (29,4)		1 (5,9)	
Q3	16 (64)		7 (28)	
Q4	11 (55)		2 (10)	
Avoir besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances ?				
OUI	3 (15,8)	0,004	1 (5,3)	NS
NON	34 (53,2)		11 (17,2)	
Nombre d'enfants à charge :				
Aucun	29 (50,8)	NS	12 (21,1)	NS (0,052)
1 enfant	5 (29,4)		0	
2 enfants ou plus	3 (42,8)		0	
Logement :				
Foyer	2 (20)	Effectif faible	1 (10)	NS (0,052)
Hébergé	1 (11,1)		1 (11,1)	
Locataire	16 (43,2)		2 (5,4)	
Propriétaire	18 (66,6)		8 (29,6)	
Logement :				
Pas de logement	3 (15,7)	0,003	2 (10,5)	0,021
Locataire	16 (43,2)		2 (5,4)	
Propriétaire	18 (66,6)		8 (29,6)	
Bénéficiaire d'un minimal social :				
OUI	3 (16,6)	0,007	2 (15,3)	NS
NON	34 (52,3)		10 (11,1)	
Avoir un emploi :				
OUI	8 (30,7)	NS (0,08)	3 (11,5)	NS
NON	29 (50,8)		9 (15,7)	

Tableau 24:Caractéristiques socioéconomiques des 119 femmes interrogées en fonction de leur participation au dépistage du cancer colorectal.

	Avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal N= 64(%)	Valeur p	Etre à jour pour le dépistage du cancer colorectal N=41 (%)	Valeur p
Age par quartile				
Classe 1	11 (36,6)	NS	5 (16,7)	NS (0,093)
Classe 2	19 (61,2)		12 (35,3)	
Classe 3	15 (57,7)		12 (46,1)	
Classe 4	19 (59,3)		12 (41,4)	
Avoir besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances ?				
OUI	19 (59,4)	NS	7 (21,9)	NS (0,08)
NON	45 (51,7)		34 (39,1)	
Nombre d'enfants à charge :				
Aucun	48 (52,7)	Effectif trop	32 (35,2)	Effectif trop
1 enfant	16 (61,5)	faible	9 (34,6)	faible
2 enfants ou plus	0		0	
Logement :				
Foyer	1 (1)	Effectif trop	1 (100)	Effectif trop
Hébergé	2 (66,6)	faible	0	faible
Locataire	42 (51,2)		27 (32,9)	
Propriétaire	19 (59,3)		13 (40,6)	
Bénéficiaire d'un minimal social				
OUI	8 (53,3)	NS	4 (26,7)	NS
NON	56 (53,8)		37 (35,6)	
Avoir un emploi :				
OUI	17 (41,4)	NS (0,051)	9 (21,9)	0,037
NON	47 (60,2)		32 (41)	
Avoir fait au moins une fois la mammographie du DO :				
OUI	63 (58,3)	0,001	41 (38)	Effectif trop
NON	1 (9)		0	faible

Tableau 25: Caractéristiques socioéconomiques des 119 femmes interrogées en fonction de leur participation au dépistage du cancer du sein

	Avoir fait au moins une fois la mammographie du DO N= 108(%)	Valeur p	Etre à jour pour la mammographie du DO N= 54(%)	Valeur p
Age par quartile				
Classe 1	28 (93,3)	NS	8 (26,7)	NS (0,07)
Classe 2	27 (87)		18 (52,9)	
Classe 3	25 (96)		11 (44)	
Classe 4	28 (87,5)		17 (58,6)	
Avoir besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances ?				
OUI	29 (90,6)	NS	13 (40,6)	NS
NON	79 (90,8)		41 (47,7)	
Nombre d'enfants à charge :				
Aucun	81 (89)	Effectif	43 (47,8)	Effectif trop
1 enfant	25 (96,1)	trop faible	11 (42,3)	faible
2 enfants ou plus	2 (100)		0	
Logement :				
Foyer	0	Effectif	0	Effectif trop
Hébergé	2 (66,6)	trop faible	2 (66,6)	faible
Locataire	74 (87,8)		41 (50,6)	
Propriétaire	32 (100)		11 (34,4)	
Bénéficiaire d'un minimal social :				
OUI	12 (80)	NS	4 (26,7)	NS mais
NON	96 (92,3)		50 (48,5)	tendance
Statut par rapport à l'emploi :				
OUI	38 (92,6)	NS	14 (34,1)	NS mais
NON	70 (89,7)		40 (51,9)	tendance
Avoir fait au moins une fois le dépistage du cancer colorectal :				
OUI	63 (98,4)	0,002		
NON	45 (81,8)			

"Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons pour participer à une étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Cette thèse permettra de mieux comprendre les modalités de dépistage du cancer du sein et du cancer du colon au sein du PS3M.

Si vous acceptez, vous serez soumis à un questionnaire que nous remplirons ensemble au cours d'un petit entretien.

Votre participation est précieuse pour nous aider à améliorer le système de prévention et de dépistage des cancers au sein du Pôle.

Vos réponses sont totalement anonymes.

Si vous ne souhaitez pas participer, cela n'aura aucune conséquence sur le suivi qu'effectue votre médecin et sur la poursuite de vos dépistages.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Mylène Duong, interne de Médecine générale.

Si vous participez, merci de remplir et de signer ce formulaire.

Je soussigné(e), Mr Mme.....souhaite participer à l'étude proposée par Mlle M. Duong.


Date

Signature

Tableau 26: Formulaire adressé aux patients.

Formulaire Inégalités Sociales de Santé

Date de naissance

Month ▼ Day ▼ 2016 ▼ 

Sexe de la personne

▼

Adresse**Statut par rapport à l'emploi**

▼

Profession éventuelle**Type d'assurance maladie**

- AMO - OUI
- AMO - NON
- AMC - Aucune
- AMC - Complémentaire santé privée
- AMC - CMU Complémentaire
- AMC - AME
- Exonération TM - Aucune
- Exonération TM - Accident de travail / Maladie professionnelle
- Exonération TM - ALD
- Exonération TM - Invalidité
- Exonération TM - Article 115 / Ancien combattant

Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien?

- Oui
- Non

Etes- vous en couple?

- Oui
- Non

Nombre d'enfants à charge?

Vivez-vous seul(e)?

- Oui
- Non

Pays de naissance?

Niveau d'étude?

- Primaire
- Secondaire (collège/lycée)
- Supérieur
- Aucun cursus scolaire

Catégorie socio-professionnelle: Niveau 1

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle

Catégorie socio-professionnelle: niveau 2

- Agriculteurs exploitants
- Artisans
- Commerçants et assimilés
- Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
- Professions libérales et assimilés
- Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- Cadres d'entreprise
- Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- Techniciens
- Contremaîtres, agents de maîtrise
- Employés de la fonction publique
- Employés administratifs d'entreprise
- Employés de commerce
- Personnels des services direct aux particuliers
- Ouvriers qualifiés
- Ouvriers non qualifiés
- Ouvriers agricoles
- Anciens agriculteurs exploitants
- Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Anciens cadres et professions intermédiaires
- Anciens employés et ouvriers
- Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- Inactifs divers autres que retraités

Le fait de bénéficier d'un minimal social

- Oui
- Non

Conditions de logement

- Propriétaire
- Locataire
- Vit dans un foyer
- Est hébergé(e)
- Sans abri

Situation financière perçue

En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, diriez-vous que:

- Vous n'avez pas de problème particulier
- C'est juste, il faut faire attention
- Vous avez du mal à y arriver
- C'est très difficile

Avez-vous déjà réalisé une mammographie?

- OUI
- NON

Si Oui, date de la dernière mammographie?

Month	▼	Day	▼	2016	▼	<input type="text" value="21"/>
-------	---	-----	---	------	---	---------------------------------

Si Non, pour quelle raison n'avez-vous pas fait de mammographie?

- Je manquais de temps, j'ai oublié.
- Je n'ai pas de cas de cancer du sein dans la famille.
- Je suis en bonne santé, je n'ai aucun signe.
- Je ne pense pas en avoir besoin.
- Je n'ai pas envie de me faire examiner les seins.
- Mon médecin m'a déconseillé de la faire.
- Je suis suivie régulièrement pour une maladie du sein.
- Je n'étais pas au courant d'une mammographie à partir de 50 ans
- Je n'ai pas encore reçu d'invitation au dépistage

Avez-vous déjà réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé?

- Oui
- Non

Si Oui, qui vous a invité à le faire?

- APREMAS
- Médecin Traitant
- Gynécologue
- Autre médecin

Avez-vous déjà réalisé un dépistage du Cancer Colorectal?

- OUI
- NON


Si Non, pourquoi n'avez vous pas réalisé votre test de dépistage?

- J'avais d'autres problèmes à ce moment là.
- Je n'étais pas convaincu de le faire.
- Je ne me sentais pas concerné.
- J'avais peur du résultat du test.
- Les explications que j'ai eu n'étaient pas assez claires.
- J'ai fait mon dernier Hemoccult il y a moins de 2 ans
- J'ai fait une coloscopie il y a moins de 5 ans
- Je ne savais qu'il y avait un dépistage systématique à partir de 50 ans
- Le test est trop compliqué à réaliser
- J'ai peur de faire la coloscopie si hemoccult positif
- Je n'ai pas encore reçu d'invitation au dépistage

Si Oui, lequel?

- Hemoccult
- Coloscopie

Et à quelle date?

Month ▾	Day ▾	2016 ▾	
---------	-------	--------	--

Si vous avez fait une coloscopie, pour quelle raison?

- Hemoccult positif
- Autre motif médical

Qu'est ce qui vous a incité à faire le test de dépistage?

- APREMAS
- Médecin traitant
- Gastroentérologue
- Famille, proches...

XI. Tables

A. Table des tableaux

TABLEAU 1: DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LES CANCERS DU SEIN ET COLORECTAL EN FRANCE EN 2012.	3
TABLEAU 2: TAUX DE PARTICIPATION DES 280 PATIENTS EN FONCTION DU LIEU D'ENQUETE.	19
TABLEAU 3: SITUATION FAMILIALE.	22
TABLEAU 4: PRINCIPALES RAISONS EVOQUEES POUR N'AVOIR PAS EFFECTUE LE TEST DE RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES ; N= NOMBRE DE REPONSES DONNEES).....	27
TABLEAU 5: PRINCIPALES RAISONS EVOQUEES PAR LES PATIENTES POUR N'AVOIR PAS EFFECTUE LA MAMMOGRAPHIE DE DO (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES ; N= NOMBRE DE REPONSES DONNEES). ..	28
TABLEAU 6: PATIENTS AYANT DECLARE AVOIR FAIT AU MOINS UNE FOIS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON L'AGE.....	29
TABLEAU 7: PATIENTS AYANT DECLARE AVOIR FAIT AU MOINS UNE FOIS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON LES CONDITIONS DE LOGEMENTS DU PATIENT ET LE FAIT DE BENEFICIER D'UN MINIMAL SOCIAL.....	30
TABLEAU 8: PATIENTS AYANT DECLARE AVOIR FAIT AU MOINS UNE FOIS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON LA CONDITION DE LOGEMENT, DANS LE GROUPE DES HOMMES.	30
TABLEAU 9: PATIENTS AYANT DECLARE AVOIR FAIT AU MOINS UNE FOIS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON LA NECESSITE D'UN TIERS POUR COMPRENDRE LES ORDONNANCES, DANS LE GROUPE DES HOMMES.	31
TABLEAU 10: PATIENTES AYANT DECLARE AVOIR FAIT AU MOINS UNE FOIS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON LA REALISATION D'AU MOINS UNE MAMMOGRAPHIE DU DO.	31
TABLEAU 11: REGRESSION LOGISTIQUE POUR LA VARIABLE « AVOIR FAIT AU MOINS UN TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ».....	32
TABLEAU 12: PATIENTS ETANT A JOUR POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON LE SEXE.	33
TABLEAU 13: PATIENTS ETANT A JOUR POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON LA NECESSITE D'UN TIERS POUR COMPRENDRE UNE ORDONNANCE.	33
TABLEAU 14: PATIENTS ETANT A JOUR POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON LA CONDITION DE LOGEMENT, DANS LE GROUPE DES HOMMES.....	33
TABLEAU 15: PATIENTES ETANT A JOUR POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON LE STATUT PAR RAPPORT A L'EMPLOI.	34
TABLEAU 16: PATIENTES ETANT A JOUR POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON L'ADRESSE D'HABITATION, DANS LE GROUPE DES FEMMES.	34
TABLEAU 17: REGRESSION LOGISTIQUE POUR LA VARIABLE « ETRE A JOUR DE SON DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ».....	35
TABLEAU 18: REGRESSION LOGISTIQUE POUR LA VARIABLE « AVOIR FAIT AU MOINS UN TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL » DANS LE GROUPE DES FEMMES.	35
TABLEAU 19: REGRESSION LOGISTIQUE POUR LA VARIABLE « ETRE A JOUR DE SON DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL » DANS LE GROUPE DE FEMMES.	36

TABLEAU 20: PATIENTES AYANT FAIT AU MOINS UNE FOIS LA MAMMOGRAPHIE DU DO SELON LA REALISATION D'AU MOINS UN TEST DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	37
TABLEAU 21: CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES : REPONSE AU QUESTIONNAIRE DES 202 PATIENTS.	58
TABLEAU 22: CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES 202 PATIENTS EN FONCTION DE LEUR PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	62
TABLEAU 23: CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES 83 HOMMES INTERROGES EN FONCTION DE LEUR PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	63
TABLEAU 24: CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES 119 FEMMES INTERROGEES EN FONCTION DE LEUR PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	64
TABLEAU 25: CARACTERISTIQUES SOCIOECONOMIQUES DES 119 FEMMES INTERROGEES EN FONCTION DE LEUR PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN.....	65
TABLEAU 26: FORMULAIRE ADRESSE AUX PATIENTS.....	67

B. Table des Figures

FIGURE 1: NOMBRE ANNUEL MOYEN DE CAS INCIDENTS DU CANCER COLORECTAL PAR REGIONS EN 2008-2010 CHEZ L'HOMME.....	4
FIGURE 2: NOMBRE ANNUEL MOYEN DE CAS INCIDENTS DU CANCER COLORECTAL PAR REGIONS EN 2008-2010 CHEZ LA FEMME.....	4
FIGURE 3 : MORTALITE OBSERVEE DU CANCER COLORECTAL SELON LE SEXE PAR DEPARTEMENTS POUR LA PERIODE 2004-2008.....	4
FIGURE 4: NOMBRE ANNUEL MOYEN DE CAS INCIDENTS DU CANCER DU SEIN PAR REGION EN 2008-2010.....	5
FIGURE 5: MORTALITE OBSERVEE DU CANCER DU SEIN PAR DEPARTEMENTS POUR LA PERIODE 2004-2008. ..	5
FIGURE 6: TAUX DE PARTICIPATION POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL DANS LES ALPES MARITIMES EN 2012-2013.....	9
FIGURE 7: TAUX DE PARTICIPATION POUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS LES ALPES MARITIMES. .	10
FIGURE 8: PLAN CARTOGRAPHIQUE DU SECTEUR DES MOULINS.....	14

C. Table des Graphiques

GRAPHIQUE 1: REPARTITION PAR AGE ET SEXE DES 202 PATIENTS AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE.....	20
GRAPHIQUE 2: TYPE DE COUVERTURE MALADIE.....	21
GRAPHIQUE 3: REPARTITION SELON LE PAYS DE NAISSANCE DES 202 PATIENTS INTERROGES.....	23
GRAPHIQUE 4: REPARTITION DES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DES 202 PATIENTS INTERROGES.	24
GRAPHIQUE 5: REPARTITION DES 202 PATIENTS SELON LEUR CONDITION DE LOGEMENT.....	25
GRAPHIQUE 6: PERCEPTION PAR LES 202 PATIENTS DE LA SITUATION FINANCIERE DE LEUR FOYER.....	25

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant
l'effigie d'HIPPOCRATE,
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice
de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma
langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre
les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti
ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances
médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je
sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Contexte : Les caractéristiques sociales sont des déterminants traditionnels des inégalités sociales de santé (ISS). Les acteurs des soins primaires comme les médecins généralistes se doivent de prendre en compte ces ISS pour adapter leur prise en charge et participer à leur réduction. Cette étude vise à montrer l'influence des facteurs sociaux sur le comportement face au dépistage des cancers du sein et du colon dans le quartier des Moulins, zone urbaine sensible à Nice.

Méthode : Etude quantitative, observationnelle, descriptive de type transversale menée au sein du Pôle de Santé Multiprofessionnel des Moulins-Méridia (PS3M). Un hétéro-questionnaire recueillant la situation sociale des patients et les informations relatives à leur comportement face au dépistage organisé (DO) des 2 cancers a été proposé à 280 patients usagers du PS3M, âgés de 50 à 74 ans.

Résultats : 25% des patients sont à jour de leur dépistage pour le cancer colorectal et 45% des femmes sont à jour pour leur mammographie de DO. Les femmes de plus de 60 ans sont plus à jour pour le dépistage du cancer colorectal que les hommes (34% vs 14%). Le fait d'être propriétaire de son logement, de ne pas avoir besoin d'un tiers pour comprendre les ordonnances et le fait de ne pas bénéficier d'un minimal social sont associés de manière significative avec le fait d'avoir fait un test de dépistage du cancer colorectal. Le fait d'avoir réalisé une mammographie de DO est corrélé positivement avec la réalisation du dépistage du cancer colorectal.

Conclusion : L'amélioration du taux de participation au dépistage des 2 cancers doit passer par une équité des soins c'est-à-dire des soins et une information proportionnels aux besoins de chacun. La collaboration interprofessionnelle par le biais d'une action financée par l'Inca dans le quartier des Moulins pourrait, en partie, participer à la réduction des ISS dans le DO des cancers du sein et colorectal.

Mots clés : Dépistage organisé, cancer du sein, cancer colorectal, inégalités sociales de santé, pôle de santé, facteurs sociaux, prévention.