

SESSION 1 – ATELIER A : PRÉVENTION**A21 : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN AU NIVEAU LOCAL :
LE PARTENARIAT CHERCHEUR-DÉCIDEURS-ACTEURS : UN LEVIER D'ACTIONS (EXEMPLE DE GONESSE)**

VAILLANT Zoé⁽¹⁾; RICAN Stéphane⁽¹⁾, CHARREIRE Hélène⁽²⁾; BOCHATON Audrey⁽¹⁾,
SALAMON Aude⁽³⁾; BOULLAND DAUCHEZ Mélanie⁽³⁾, VIOT Marianne⁽¹⁾

RÉSUMÉ

Contexte : Malgré la mise en œuvre nationale d'un programme de dépistage organisé du cancer du sein accessible en théorie à tous, les inégalités sociales et territoriales d'accès au dépistage restent fortes sur fond de participation globale relativement basse. Le cloisonnement entre chercheurs, décideurs et acteurs de terrain et les problèmes d'accès aux données pour les analyser sont souvent pointés comme empêchant de cibler et piloter des programmes d'action menés localement et d'en évaluer l'impact sur la réduction des inégalités de santé. Nous avons mis en place un dispositif de coproduction, partage et transfert de connaissances en Île-de-France pour aider à cibler l'action et permettre une évaluation. Ce dispositif animé par une plateforme régionale intitulée « Géographie et dépistage » réunit de nombreux acteurs concernés par la thématique et agissant à différents niveaux territoriaux, du local au national : INCa, assurance maladie, structures de gestion du dépistage, ARS, élus locaux, URPS, ligue, géographes de la santé de l'université de Nanterre et de Créteil et les étudiants du master Géosanté. Ce regroupement se fait autour de la production de diagnostics sur les inégalités intra-urbaines d'accès au dépistage et leurs déterminants dans une dizaine de villes par an (Illustration de l'utilisation du dispositif sur la ville de Gonesse)

Objectif : Dresser un état des lieux des disparités intra-urbaines d'accès au dépistage et en comprendre les déterminants socio-territoriaux.

Méthode : Couplage de méthodes quantitative (cartographie statistique approche écologique) et qualitative (observation de terrain, entretiens auprès d'acteurs locaux dans deux quartiers ciblés).

La structure de gestion du dépistage PSVO95 a fourni les données à l'adresse des femmes invitées au dépistage et qui ont fait (ou non) une mammographie et la CPAM 95 a fourni les données du dépistage individuel à l'adresse des femmes. Ces données géocodées et agrégées à l'échelle de l'iris (infra-

urbaine) ont permis d'établir des cartes de taux de participation au dépistage. Pour expliquer les disparités observées, ces taux localisés ont été croisés avec d'autres données sur les profils socio-économiques des zones iris (Insee), l'offre de soins, l'accessibilité physique, (morphologie urbaine, infrastructures de transports par relevés de terrain). Des typologies de quartier combinant ces différents déterminants ont ainsi été dressées. Il ressort qu'une offre de soins de proximité et une bonne desserte sont nécessaires mais non suffisantes pour générer le recours et qu'à profil socio-économique « populaire » similaire entre deux quartiers, l'accès au dépistage organisé présente des niveaux opposés. Ce dernier constat nuance le lien établi dans la littérature épidémiologique entre précarité et faible participation puisqu'on observe que ce lien n'est pas vrai partout. L'enquête auprès des acteurs de deux ZUS qui présentent des niveaux de participation au dépistage opposés, montre que là où l'ASV, les habitantes et autres parties prenantes ont été mobilisés dans une campagne « affinitaire », s'établissent des dynamiques propres qui font la différence. Le quartier peu participant au dépistage et où aucune dynamique d'acteur n'a été impulsée, a ainsi pu être identifié comme prioritaire pour mener les actions à venir, actions qui pourront s'inspirer de l'expérience ici évaluée comme favorable au dépistage dans l'autre quartier ZUS qui lui, participe bien.

Contact auteur : VAILLANT Zoé
zoe.vaillant@u-paris10.fr

⁽¹⁾Université Paris Ouest Nanterre La Défense, Nanterre, France

⁽²⁾Université Paris Est Créteil, Créteil, France

⁽³⁾Elus Santé Publique et Territoires, Saint-Denis, France
