



MAI 2016

APPUI À LA DÉCISION

/Synthèse
**ÉVOLUTION DE
L'ORGANISATION
DU DISPOSITIF
DE DÉPISTAGE DES
CANCERS**
/réponse saisine

e-cancer.fr

L'Institut national du cancer (INCa) est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. À ce titre, il a notamment pour mission (loi du 09 août 2004, article L 1415-2 du code de la santé publique) :

- L'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer ;
- La réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer ;
- La désignation d'entités et d'organisation dans le domaine de la lutte contre le cancer.

Ce rapport s'inscrit dans l'objectif 16 du plan cancer 2014-2019 «Optimiser les organisations pour une plus grande efficacité» pour «redéfinir la place des acteurs régionaux et territoriaux en appui des ARS». Il répond plus particulièrement aux actions suivantes :

Action 16.4 : Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.

- Promouvoir, dans un objectif d'harmonisation des pratiques et d'efficacité, une organisation régionale des structures de gestion en appui des échelons territoriaux.

Action 16.5 : Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.

- Accentuer dans les missions de proximité des structures locales de dépistage le rôle d'appui aux médecins traitants et les approches adaptées à l'exercice en maisons de santé ou en centre de santé des médecins de premiers secours.

Il se rapporte notamment aux actions du Plan cancer relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus (action 1.6) et au dépistage et au suivi des personnes présentant des risques aggravés.

Ce document doit être cité comme suit : © Évolution de l'organisation du dispositif de dépistage des cancers, collection appui à la décision, INCa, novembre 2016.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

COORDINATION ET RÉDACTION DU RAPPORT

Odile Jullian, chargée de projets au département Dépistage, Pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

CONTRIBUTION ET VALIDATION DU RAPPORT

Frédéric de Bels, responsable du département Dépistage, Pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

Catherine Morin, adjointe au directeur du pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

Dr Jérôme Viguier, directeur du pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

PERSONNES CONSULTÉES

Association des coordonnateurs pour le dépistage des cancers (ACORDE)

- Dr Corinne Allieux, présidente d'Acorde, coordinatrice de la structure de gestion de Loire Atlantique, Cap santé plus 44
- Béatrice Charlier, coordonnatrice de la structure de gestion des Ardennes, SAC 08
- Dr Muriel Fender, coordonnatrice de la structure de gestion de l'Alsace pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, EVE
- Dr Anne Garnier, coordonnatrice de la structure de gestion de l'Isère, ODLC
- Dr Aldis Kaufmanis, coordonnateur de la structure de gestion de Seine-et-Marne, ADC 77
- Dr Patricia Soler-Michel, coordinatrice de la structure de gestion du Rhône, ADEMAS 69

Fédération des associations de présidents des structures de gestion du dépistage des cancers (FEDOC)

- Dr Jean-Marie Blanc, président de la FEDOC, président de la structure de gestion du Var, ISIS 83
- Pr Jean-Pierre Daures, vice-président de la FEDOC, président de la structure de gestion de l'Hérault, Dépistages 34
- Dr Elisabeth Gormand, vice-présidente de la FEDOC, présidente de la structure de gestion du Rhône, ADEMAS 69
- Dr Gilbert Leblanc, vice-président de la FEDOC, président de la structure de gestion des Yvelines, ADMY 78
- Pr Jacques Rouesse, trésorier de la FEDOC, président de la structure de gestion des Hauts de Seine, ADK 92
- Dr Philippe Winckel, trésorier adjoint de la FEDOC, président des structures de gestion de l'Ain et de l'Isère, ODLC

Direction générale de la santé (DGS)

- Dr Pierre Buttet, chef du Bureau Maladies chroniques somatiques (MC3)
- Elisabeth Gaillard, adjointe au chef du Bureau Maladies chroniques somatiques (MC3)
- Amalia Giakoumakis, Bureau Maladies chroniques somatiques (MC3)
- Dr Emmanuelle Salines, Bureau Maladies chroniques somatiques (MC3)

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS)

- Saïd Oumeddour, responsable du département « Prévention et Promotion de la Santé »
- Cécile Fontanille, chargée de projets, département « Prévention et Promotion de la Santé »
- Dr Isabelle Vincent, responsable adjointe du département « Prévention et Promotion de la Santé »

Agences régionales de santé (Groupe interface élargi sur le Plan cancer)

- Céline BOUDAUD, coordination régionale Assurance Maladie, Pays de Loire
- Lauriane BRUET, ARS Bourgogne
- Dr Gwendoline DE GUENYVEAU, ARS Pays de Loire
- Dr Véronique DROUGLAZET, ARS Ile-de-France
- Aurélie HURIAUX, ARS Franche Comté
- Dr Béatrice JACQUEME, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Dr Danièle LEGRAND, ARS Ile-de-France
- Anne LEMOINE-PAPE, ARS Ile-de-France
- Dr Marie-Hélène PIETRI-ZANI, ARS Corse
- Florie RAFFE, ARS Bourgogne
- Dr Jean-Paul ROMARIN, ARS Languedoc-Roussillon
- Dr Philippe VAGNER, ARS Languedoc-Roussillon

Institut national du cancer

- Stéphanie Barré, chef de projets au département Dépistage, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer
- Émilie Bernat, chef de projets au département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer
- Dr Philippe-Jean Bousquet, responsable du département Observation, Veille et Évaluation, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer
- Dr Valérie Ertel-Pau, responsable de projets au département Dépistage, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer
- Florian Lançon, chef de projets au département Dépistage, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer
- Laurence Loupiac, responsable du département juridique, Institut national du cancer
- Arnaud Porte, chef de projets au département Dépistage, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer.

SYNTHÈSE DU RAPPORT

Saisine

La Direction générale de la santé (DGS) a saisi l'INCa le 21 juillet 2015 en vue d'obtenir des éléments d'aide à la décision quant à l'évolution du dispositif de dépistage organisé des cancers et de son système d'information. Portée par le Plan cancer 2014-2019 pour l'ensemble des structures de cancérologie, cette demande s'inscrit dans l'évolution de l'organisation de la politique de santé initiée par la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) en 2009¹. Le schéma-cible organisationnel attendu doit permettre d'encourager les interfaces entre les acteurs pour fluidifier le parcours de santé, de gagner en efficacité en optimisant les moyens et en développant le système d'information entre les acteurs, et enfin, de préciser les articulations entre les niveaux territorial, régional et national.

L'enjeu consiste à définir une organisation plus efficiente, qui doit par ailleurs préserver la qualité du dispositif, faciliter l'accès au dépistage et permettre le déploiement des actions prévues dans le Plan cancer 2014-2019 (généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, intégration des populations à risques aggravés de cancers, évolution des modalités et techniques de dépistage). La description argumentée du schéma-cible doit permettre d'accompagner l'évolution des missions, leur redéploiement aux différents échelons, et de recenser les différents scénarios de mise en place de cette organisation, en tenant compte de la généralisation du troisième programme de dépistage organisé.

Situation actuelle

Actuellement au nombre de quatre-vingt-dix, les structures de gestion en charge de la mise en œuvre des programmes de dépistage sont jusqu'à présent principalement positionnées à un échelon départemental. Ces structures sont majoritairement de statut associatif (83 %). Dans le cadre de leur mission d'organisation locale des dépistages organisés, les structures de gestion sont responsables² :

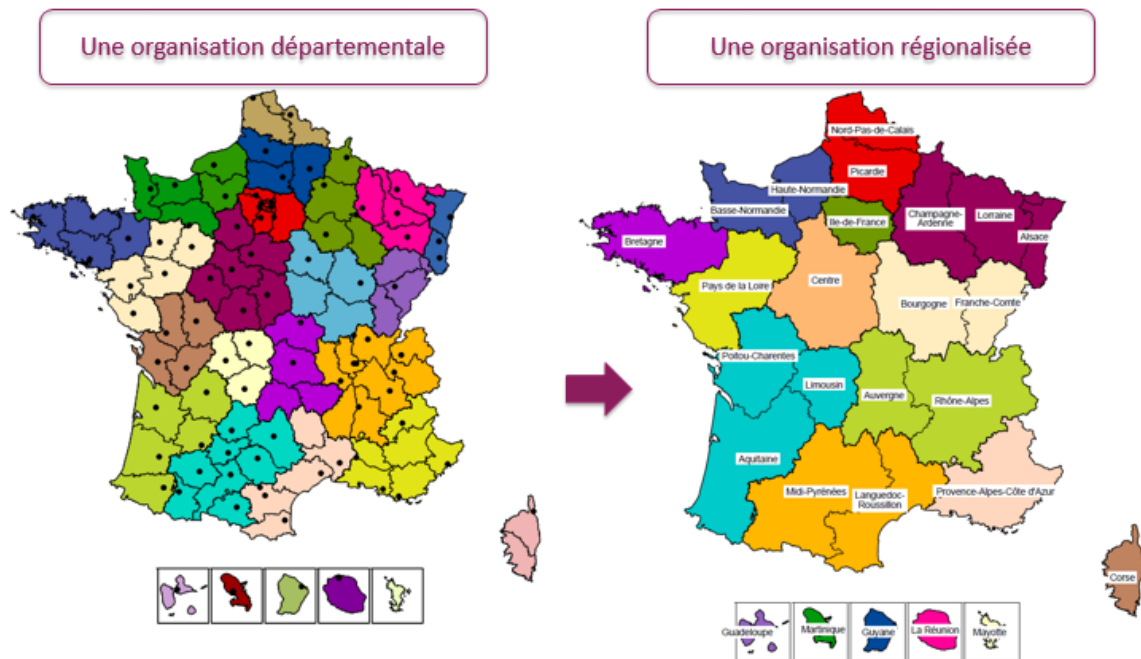
- des relations avec les professionnels ;
- de la sensibilisation et de l'information des professionnels et de la population ;
- de la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées ;
- des relations avec les personnes dépistées ;
- du recueil de données et de la transmission des résultats aux personnes concernées ;
- de la gestion optimale des moyens financiers ;
- de l'évaluation interne et de l'assurance qualité du programme ;
- du retour d'information vers les professionnels de santé ;
- de la conservation des données.

Les structures contribuent également à l'évaluation du dispositif en transmettant les données et les indicateurs d'évaluation et de pilotage.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF du 22 juillet 2009.

² Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, page 32003, JORF du 21 décembre 2006

Schéma 1. Changement d'échelle d'organisation.



La réforme territoriale et l'évolution organisationnelle portée par le Plan cancer 2014-2019 induisent un changement d'échelle d'organisation important, passant d'une organisation jusqu'à présent majoritairement départementale, à l'échelle des nouvelles régions (cf. Schéma 1).

Méthodologie

Pour répondre à la saisine, l'INCa s'est appuyé sur l'ensemble des évaluations organisationnelles qui ont porté sur le dispositif de dépistage organisé et sur une concertation des parties prenantes (structures de gestion, professionnels, partenaires et ARS). Les travaux ont été menés en lien avec le Bureau Maladies chroniques somatiques (MC3) de la Direction générale de la santé (DGS) et avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS). A partir de ces différents éléments, l'INCa a investigué l'évolution des missions, proposé un schéma-cible organisationnel incluant une répartition territoriale de ces missions et fonctions, puis identifié les premiers gains d'efficacité induits par la nouvelle organisation avant d'envisager les scénarios de déploiement privilégiés.

Constats : un dispositif satisfaisant mais perfectible

La mise en œuvre du dispositif est jugée globalement satisfaisante au vu du déploiement des deux premiers dépistages organisés, mais perfectible en raison des résultats hétérogènes obtenus. Ce constat amène à considérer une évolution, tant des missions que de l'organisation en place. Ainsi, le Plan cancer 2014-2019 et les évaluations organisationnelles mettent en avant des évolutions des missions existantes, en identifient de nouvelles à développer, et pointent une optimisation de la coordination régionale pour gagner en efficacité et permettre la montée en charge de nouvelles missions. Il est toutefois noté un bénéfice à conserver l'ancrage local pour garantir l'efficacité de certaines missions, assurer l'implication des professionnels et l'adhésion de la population, et ainsi espérer un taux de participation suffisant pour atteindre l'objectif de diminution de la mortalité recherché. L'évolution du dispositif doit permettre de sécuriser sa structuration et en assurer ainsi la qualité et la crédibilité.

Axes d'évolution du dispositif à arbitrer

- **Évolution des missions : un renforcement et une extension des missions**

Le schéma-cible d'évolution de l'organisation doit accompagner le développement des missions en adéquation avec le Plan cancer 2014-2019, et intégrer les innovations programmées spécifiquement pour le dispositif en place ainsi que les dépistages émergents. En vue de garantir l'égalité d'accès au dépistage, il est notamment attendu une définition des modes d'interventions améliorant le taux de participation et l'identification des personnes perdues de vue.

Il apparaît nécessaire d'étudier l'évolution de ces missions, et de leurs périmètres, avant de proposer une nouvelle organisation pour les mettre en œuvre. La plupart des missions ou fonctions existantes ont ainsi vocation à être maintenues, certaines pouvant être renforcées ou évoluer en fonction des innovations attendues, d'autres devront intégrer le dispositif (cf. Tableau 1). Les missions ainsi identifiées pourraient comporter des fonctions dites « socles » (identiques et imposées à tous) et des fonctions dites « complémentaires » (qui pourraient être ajustées par les ARS en fonction des besoins du territoire). Les structures mettant en œuvre les actions identifiées comme complémentaires pourraient alors être valorisées.

Tableau 1. Missions attendues dans la mise en œuvre du dispositif de dépistage organisé

MISSIONS ³	FONCTIONS	SOCLE COMMUN	CARACTÈRE OPTIONNEL
Mise en œuvre du dispositif national et Contribution au pilotage	Respect du cahier des charges	X	
	Appui aux ARS et aux instances nationales	X	
Relations avec la population	Gestion financière et mutualisation des coûts	X	
	Gouvernance de l'entité juridique	X	
Relations avec les personnes dépistées	Information et sensibilisation au dépistage	X	
	Actions de lutte contre les inégalités	X	
	Information sur la prévention des risques de cancer	X	
	Invitation et relances ⁴	X	
Relations avec les professionnels de santé	Recueil de données et suivi	X	
	Gestion des fichiers centralisés et interfaces SI	X	
	Conservation et hébergement des données	X	
Évaluation du dispositif	Mobilisation et animation du réseau	X	
	Information et formation des professionnels	X	
	Retour d'informations personnalisé	X	
	Coordination 1 ^e et 2 nd e lectures	X	
Assurance qualité du dispositif	Collecte et contrôle qualité des données	X	
	Transmission des données et indicateurs	X	
	Réponses aux enquêtes	X	
	Valorisation des données du dispositif		X
	Rôle d'alerte sanitaire	X	
Recherche et expérimentations	Déploiement de la démarche qualité	X	
	Respect des référentiels	X	
	Contrôle qualité des professionnels	X	
Préfiguration du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	Participation aux études sur les dépistages	X	
	Expérimentations des innovations techniques		X
	Projets organisationnels innovants		X
Préfiguration du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	Étapes préparatoires au déploiement (fichiers, interfaces avec les professionnels, mise en place du système d'information...)	X	

³ L'ensemble des missions confiées aux structures portant les dispositifs régionaux de dépistage est encadré par le cahier des charges national.

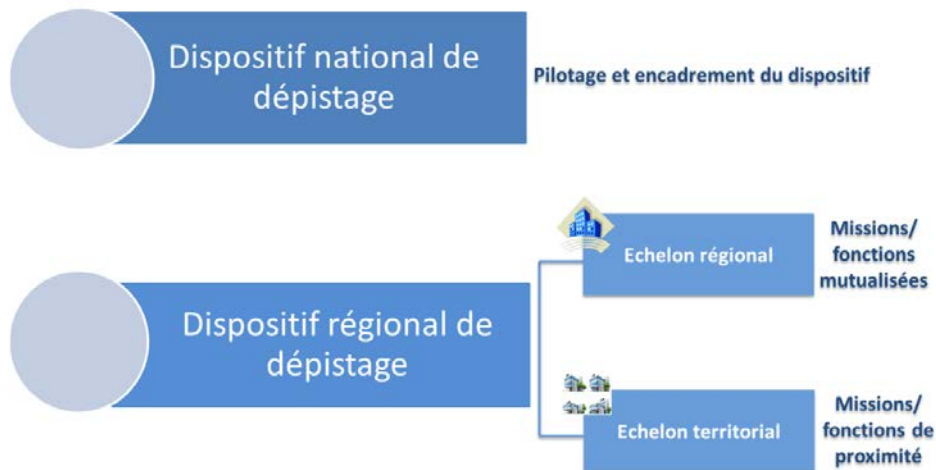
⁴ Les structures de gestion sont en charge des invitations conformément au cahier des charges national et dans l'attente des résultats de l'expérimentation de reprise des invitations par l'Assurance maladie.

- **Évolution organisationnelle : une dynamique de proximité à préserver, un pilotage régional à renforcer**

Les résultats hétérogènes amènent à mieux structurer le dispositif pour le sécuriser, en optimisant le pilotage, notamment par un système d'information (SI) national et unifié, en renforçant la coordination régionale, et en professionnalisant les structures de gestion. Cette évolution organisationnelle concerne l'ensemble des acteurs des programmes.

Le schéma-cible proposé par l'INCa définit un échelon national de pilotage et un maillage territorial de dispositifs régionaux de dépistage, sur la base des régions nouvellement définies. L'échelon national définirait le cahier des charges réglementaire des programmes et assurerait le pilotage du dispositif national ainsi que son évaluation. Chaque ARS serait chargée de mettre en place une organisation territoriale selon les besoins, l'historique, le contexte de chaque territoire⁵. Les dispositifs régionaux comprendraient un échelon de coordination et de mise en œuvre régionale des missions et fonctions mutualisées. Il serait relayé localement par un échelon territorial dédié aux actions de proximité auprès des professionnels de santé et de la population cible (cf. Schéma 2).

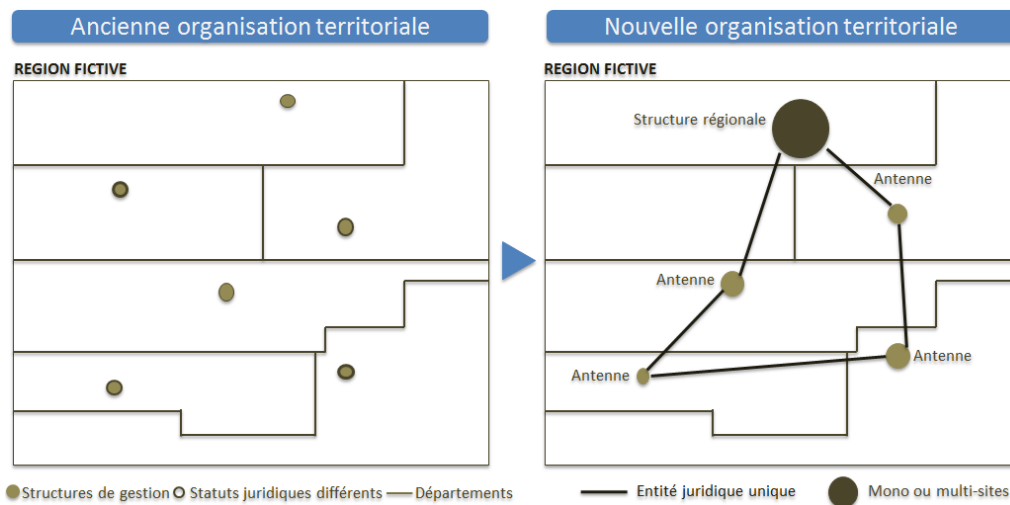
Schéma 2. Schéma-cible organisationnel du dispositif de dépistage organisé des cancers



La coordination du dispositif se traduirait par l'identification d'une structure au niveau régional, chargée de la mise en œuvre des programmes en appui de chaque ARS. Au niveau local, la structure régionale s'appuierait sur des antennes territoriales (départementales ou interdépartementales) qui pourraient correspondre aux anciennes structures de gestion mais dans un nombre *a priori* plus limité (cf. Schéma 3). La structure régionale pourra être positionnée sur un seul ou plusieurs sites et être relayée par ses antennes pour certaines missions ou fonctions régionales selon la taille et les besoins de la nouvelle région (par exemple au niveau des anciens chefs-lieux de région).

⁵ Un dispositif interrégional pourrait être envisagé respectivement en PACA-Corse, Antilles-Guyane et Mayotte-Réunion.

Schéma 3. Schéma des structures portant le dispositif régional de dépistage organisé



- Répartition territoriale des missions et fonctions selon le schéma-cible d'organisation

À l'appui de ce schéma-cible, la répartition territoriale des missions selon les différents échelons a fait l'objet d'une concertation des parties-prenantes au dispositif (cf. Tableau 2). Les hypothèses de positionnement territorial des missions sont proposées à l'arbitrage de la Direction générale de la santé.

Tableau 2. Répartition territoriale des missions et fonctions selon le schéma-cible d'organisation

MISSIONS ⁶	FONCTIONS	POSITIONNEMENT RÉGIONAL	POSITIONNEMENT TERRITORIAL
Mise en œuvre du dispositif national et Contribution au pilotage	Respect du cahier des charges	X	
	Rôle d'appui aux ARS et des instances nationales	X	
	Gestion financière optimale et mutualisation des coûts	X	
	Gouvernance de l'entité juridique	X	
Relations avec la population	Information et sensibilisation au dépistage		X
	Actions de lutte contre les inégalités		X
	Information sur la prévention des risques de cancer		X
	Invitation et relances ⁷	X	X
Relations avec les personnes dépistées	Recueil de données et suivi	X	X
	Gestion des fichiers centralisés et interfaces SI	X	
	Conservation et hébergement des données	X	
		X	
Relations avec les professionnels de santé	Mobilisation et animation du réseau		X
	Comitologie	X	X
	Information et formation des professionnels	X	X
	Retour d'informations personnalisé		X
	Coordination 1 ^{er} et 2 nd e lectures	X	X
Évaluation du dispositif	Collecte et contrôle qualité des données	X	X
	Transmission des données et indicateurs	X	
	Réponses aux enquêtes	X	
	Valorisation des données du dispositif	X	
	Rôle d'alerte sanitaire	X	X
Assurance qualité du dispositif	Déploiement de la démarche qualité	X	
	Respect des référentiels	X	X
	Contrôle qualité des professionnels	X	X
Recherche et expérimentations	Études scientifiques en lien avec les dépistages	X	
	Expérimentations des innovations techniques	X	
	Projets organisationnels innovants	X	
Préfiguration du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	Étapes préparatoires au déploiement (fichiers, interfaces avec les professionnels, mise en place du système d'information...)	X	

⁶ L'ensemble des missions confiées aux structures portant les dispositifs régionaux de dépistage est encadré par le cahier des charges national.

⁷ Les structures de gestion sont en charge des invitations conformément au cahier des charges national et dans l'attente des résultats de l'expérimentation de reprise des invitations par l'Assurance maladie.

Ainsi, les fonctions supports et logistiques, l'évaluation des programmes, l'organisation et le déploiement du système d'information, la coordination des expérimentations et de la recherche, et une large part de la coordination et du ciblage des actions vers la population cible trouveraient légitimement leur assise à un échelon régional ; il en irait de même pour la mission d'invitation (dans l'attente des résultats des expérimentations de reprise des invitations au niveau national par l'Assurance Maladie) et pour la mission de préfiguration régionale du dépistage du cancer du col de l'utérus. La réalisation effective de la 2nde lecture des mammographies, les relations avec les professionnels de santé et la population cible, et le contrôle qualité, trouveront à l'inverse un bénéfice à conserver leur ancrage au niveau des antennes locales (dans l'attente des résultats des projets d'expérimentation de la dématérialisation des flux numériques liés à la mammographie de dépistage).

- **Labellisation, modalités de gouvernance et statuts juridiques**

L'organisation nouvellement mise en place serait encadrée par le cahier des charges et structurée par la démarche d'assurance qualité qui doit être déployée conformément au Plan cancer 2014-2019. Il est proposé de mettre en place un processus de labellisation des structures portant les différents dispositifs régionaux afin de s'assurer d'une mise en œuvre harmonisée des programmes. En lien avec la DGS, l'INCa serait ainsi en charge de labelliser chacune de ces structures régionales après avis de l'ARS, selon une modalité proche de celle actuellement utilisée pour les réseaux régionaux de cancérologie (cf. Tableau 3).

Tableau 3. Procédure de labellisation des structures portant les dispositifs régionaux de dépistage.

LABELLISATION DANS LE CADRE DE LA PROCÉDURE GÉNÉRIQUE D'IDENTIFICATION DES STRUCTURES ⁸	
Analyse et sélection des dossiers de candidature	Mise en place d'un comité d'experts d'évaluation des candidatures
Circuit de labellisation	<ul style="list-style-type: none"> • Instruction du dossier de candidature de la (des) structure(s) par l'ARS concernée • Décision sur la labellisation de la Présidence de l'INCa en accord avec la DGS
Publicité	Publication de la décision au Bulletin Officiel
Durée de la labellisation	À définir (3, 4 ou 5 ans)
Conventionnement	À définir (convention tripartite INCa-ARS-structure ou convention INCa-structure) La signature d'une convention entre l'INCa et la structure labellisée est recommandée afin d'assurer un suivi rapproché. Il est possible de définir des modalités de suivi particulières (plus rapprochées) pour les structures pour lesquelles il pourrait y avoir des réserves.
Suivi	À définir dans l'appel à candidatures et dans la convention (rapports d'activité annuels et suivi des indicateurs qualité qui auront été définis)
Renouvellement de la labellisation	Le renouvellement de la décision de labellisation est possible si les modalités et conditions de labellisation restent les mêmes. A défaut, s'agira d'une nouvelle procédure nécessitant un nouveau cahier des charges et un nouvel appel à candidatures.
Calendrier	Il est prévu de préciser les supports (cahier des charges, dossier de l'appel à candidatures...) et indicateurs de la labellisation des structures en 2016-2017 pour un lancement envisagé de la procédure en 2017 (voire 2018). L'engagement signé par les candidats sera d'autant plus précis que les documents, indicateurs et modalités de suivi auront été définis en amont.

Ce cadre de labellisation sera affiné en fonction des arbitrages sur le schéma-cible d'organisation et du cadre juridique de la nouvelle organisation. En effet, plusieurs choix juridiques peuvent accompagner la mise en place des dispositifs régionaux à partir des structures existantes. L'hétérogénéité des statuts actuels (certaines structures étant indépendantes et d'autres rattachées à une entité juridique) nécessite une étude approfondie du cadre juridique du schéma-cible. L'arbitrage devra faire le choix entre une dissolution des structures de gestion actuelles en vue de créer une nouvelle entité juridique (avec gestion du personnel et des biens des structures dissoutes) ou l'identification d'une structure existante pour porter le dispositif régional avec un cadre juridique

⁸ Procédure générique d'identification d'organisations œuvrant dans le domaine du cancer approuvée, le 16 octobre 2009 par le conseil d'administration de l'Institut national du cancer, BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2010/2 du 15 mars 2010.

permettant d'intégrer les antennes territoriales. Le cadre juridique doit permettre à la structure régionale de mener ses missions et fonctions régionales et de relayer ses actions localement *via* les antennes territoriales.

À partir des textes juridiques et des expériences menées, quatre statuts peuvent être étudiés, chaque solution ayant ses avantages et inconvénients (cf. Tableau 4).

Tableau 4. Étude des statuts juridiques pour porter les dispositifs régionaux de dépistage.

STATUT	PRINCIPES D'ORGANISATION
Association ^{9,10}	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de personnes privées et publiques Financement et mise à disposition de personnel possibles par les membres Simplicité de mise en place (déclaration des statuts à la préfecture) Absence de but lucratif Structure indépendante à durée indéterminée Budget soumis à l'ARS et contrôlé par un commissaire aux comptes Liberté contractuelle et souplesse du fonctionnement (liberté de gestion et d'organisation) Organes de gestion : Bureau (organisation courante de l'activité), Assemblée générale (organe décisionnaire dont les modalités de fonctionnement sont librement définies), Conseil d'administration (modalités de fonctionnement librement définies)
Groupe d'intérêt économique (GIE) ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de personnes privées et publiques et professionnels de santé Prolongement de l'activité économique de ses membres et ne doit pas s'y substituer Absence de but lucratif Liberté contractuelle Durée indéterminée
Groupe d'intérêt public (GIP) ^{12,13,14}	<ul style="list-style-type: none"> Mêmes caractéristiques que le GIE mais davantage contrôlé Mission d'intérêt général à but non lucratif Comptabilité publique et contrôle par la Cour des comptes et chambres régionales des comptes (soumis à une obligation de mise en concurrence mais non soumis au code des marchés publics) Regroupement de l'État et de personnes publiques et privées Financement et mise à disposition de personnel possibles par les membres Durée limitée (mais dont le renouvellement peut être prévu dans la convention constitutive) ou illimitée depuis 2011¹⁵ Organes de gestion : Assemblée générale (administration, règlement intérieur, plan d'actions, budget), Conseil d'administration (mise en œuvre des décisions de l'AG, du plan d'actions et du budget)
Groupe de coopération sanitaire (GCS) ^{16,17}	<ul style="list-style-type: none"> Mêmes caractéristiques que le GIE mais statut plus pertinent dans la santé Mise en commun de moyens et réalisation de missions partagées Chaque membre du GCS garde son identité Participation obligatoire d'un établissement de santé Le directeur de l'ARS approuve la convention constitutive Budget soumis à l'ARS (comptabilité publique si personne morale de droit public avec agent comptable et comptabilité privée en cas de personne morale de droit privé avec un commissaire aux comptes) Personnalité morale de droit privé ou de droit public selon les membres qui le composent Organes de gestion : Assemblée générale (budget, règlement intérieur...) Durée indéterminée

Le choix du cadre juridique de la nouvelle organisation conditionnera les règles de gouvernance, et les modalités de pilotage entre chaque échelon. La transition juridique vers la nouvelle organisation constituera un point clé de l'évolution du dispositif.

⁹ Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.

¹⁰ Décret du 16 août 1901 pris pour l'exécution de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.

¹¹ Article L. 251-1 à L. 251-23 du Code de commerce.

¹² Loi de simplification et d'amélioration du droit du 17 mai 2011.

¹³ Décret du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public.

¹⁴ L'article 166 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la possibilité pour le gouvernement de prendre des mesures par ordonnance pour regrouper et harmoniser les dispositions législatives relatives aux missions, à l'organisation, au fonctionnement et aux ressources des groupements d'intérêt public.

¹⁵ Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

¹⁶ Décret du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

¹⁷ L'article 201 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la possibilité pour le gouvernement de prendre des mesures par ordonnance pour adapter les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.

- **Interfaces possibles et structuration du système d'information (SI)**

Comme le précise la saisine, la structure de gestion doit être envisagée comme un vecteur de coordination à l'échelon territorial et régional. Ce rôle de coordination doit contribuer à fluidifier le parcours de santé conformément au Plan cancer 2014-2019. Dans un premier temps, cette fluidification concernerait les interfaces à mettre en place sur les missions communes, avant d'envisager de possibles rapprochements organisationnels (cf. Schémas 4 et 5). À ce titre, le choix du cadre juridique des dispositifs régionaux devra permettre les rapprochements structurels qui pourraient être identifiés.

Schéma 4. Interfaces possibles sur les différentes missions à l'échelon régional



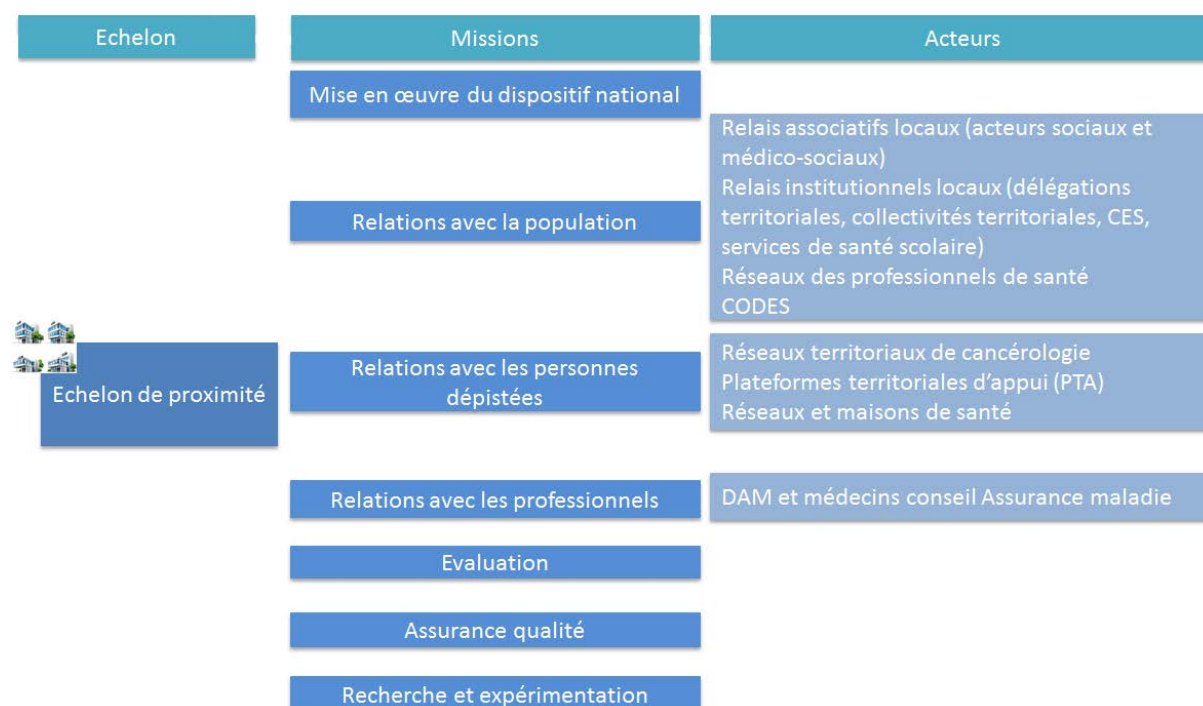
Echelon	Missions	Acteurs
	Mise en œuvre du dispositif national	DGS – INCa – ANSP ARS
	Relations avec la population	CRES Représentants professionnels de santé
 Echelon régional	Relations avec les personnes dépistées	Assurance maladie Représentants professionnels de santé Réseaux régionaux de cancérologie (RRC) Dispositif d'oncogénétique
 Echelon intermédiaire	Relations avec les professionnels	Représentants professionnels de santé (URPS) Réseaux régionaux de cancérologie (RRC)
	Evaluation	Registre des cancers Réseaux régionaux de cancérologie (RRC) Observatoires régionaux de santé (ORS)
	Assurance qualité	Réseaux régionaux de cancérologie (RRC) DAM et médecins conseil Assurance maladie
	Recherche et expérimentation	Observatoires régionaux de santé (ORS) Équipes de recherche Réseaux régionaux de cancérologie (RRC) Registres des cancers Représentants professionnels de santé

Schéma 5. Interfaces possibles sur les différentes missions à l'échelon local



Pour assurer l'ensemble de ces missions, la nouvelle architecture du SI du dépistage doit permettre :

- 1) d'unifier les solutions existantes en vue d'améliorer le pilotage et le suivi puisqu'actuellement chaque structure de gestion dispose de son propre système d'information ;
- 2) d'assurer l'interfaçage avec les autres SI (soins, dispositif d'oncogénétique, Assurance maladie, registres des cancers) en facilitant l'accès et l'échange des données.

La nouvelle architecture du SI national et unifié du dépistage devra intégrer les principes d'interopérabilité et de l'espace de confiance techniquement définis par l'Asip-Santé, respecter la réglementation CNIL et celle relative au système national des données de santé¹⁸.

Gains d'efficience

Les premiers gains d'efficience par l'évolution organisationnelle proposée seraient obtenus par :

- la diminution attendue du nombre de structures ;
- la diminution du nombre de structures territoriales, avec une diminution de l'effectif global même s'il y a un renfort des structures régionales ;
- la montée en compétences et la mutualisation des coûts permises par la régionalisation de l'organisation (fonctions supports notamment) avec une diminution du volume global de recours à des prestations externes (comptables, commissaires aux comptes) ;
- la structuration du dispositif accompagnant cette évolution permettant de fluidifier le parcours des personnes et un meilleur partage des données (nouvelle architecture SI, expérimentation de la dématérialisation) ;
- les interfaces fonctionnelles identifiées qui visent à améliorer l'efficience des actions, qu'elles restent assumées par les structures de gestion ou qu'elles soient relayées par des acteurs plus

¹⁸ Article 193 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF du 27 janvier 2016.

pertinents ou mieux identifiés (permettant ainsi aux structures de s’investir sur leurs missions prioritaires).

Ces premiers gains d’efficacité identifiés seront affinés en fonction des arbitrages, l’INCa n’ayant pas eu à sa disposition les données budgétaires actualisées des structures de gestion lors de la rédaction de ce rapport¹⁹.

Scénarios de déploiement et conduite du changement

L’ensemble des hypothèses d’évolution proposées, ainsi que le calendrier de conduite du changement inhérent, sont soumis à l’arbitrage de la Direction générale de la santé (DGS).

Comme cela est indiqué dans la saisine, les scénarios de mise en place de la nouvelle organisation proposés doivent tenir compte du calendrier de déploiement du dépistage organisé du cancer du col de l’utérus. La phase de préfiguration de sa généralisation, sur un schéma régionalisé d’organisation, dès 2016, devra intégrer le schéma-cible d’organisation qui sera arbitré.

Ainsi, il est proposé (cf. Tableau 5) :

- un scénario de déploiement simultané des trois programmes de dépistage selon la nouvelle organisation régionalisée
- un scénario de déploiement dans un premier temps des deux programmes actuellement généralisés et un basculement du troisième programme une fois qu’il sera généralisé

Tableau 5. Calendrier de déploiement de la nouvelle organisation aux trois programmes

Scénario 1 Basculement simultané des trois programmes	2016-2017	Travaux préparatoires à la définition du schéma cible d’organisation et du cadre juridique d’évolution : <ul style="list-style-type: none"> • définition du cadre réglementaire • définition de la démarche qualité (processus et indicateurs de labellisation) • définition du nouveau système d’information • conduite du changement et accompagnement des acteurs
	2017-2018	« Régionalisation » effective des trois programmes et mise en place de la démarche d’assurance qualité <ul style="list-style-type: none"> ➔ Possibilité d’une régionalisation des trois programmes pour 2017 et mise en place de la démarche d’assurance qualité glissante sur 2018 ➔ Possibilité d’expérimenter en parallèle des rapprochements structurels et fonctionnels avec les autres structures de la cancérologie
Scénario 2 Basculement en deux temps	2016-2017	Travaux préparatoires
	2017-2018	<ul style="list-style-type: none"> ➔ « Régionalisation » effective des deux programmes et mise en place de la démarche d’assurance qualité ➔ Préfiguration du dépistage organisé du cancer du col de l’utérus selon le schéma cible d’organisation régionalisée
	2018	Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l’utérus à l’appui des dispositifs régionaux en place pour les deux autres programmes

¹⁹ Les constats du présent rapport s’appuient sur des données des budgets-types Apacche de 2008.

La phase de transition entre les deux organisations ne devra pas générer de rupture, délétère pour le dispositif de dépistage organisé et pour les acteurs en place. Dans cette logique, la stratégie de conduite du changement doit permettre de réduire au maximum la période de déstabilisation des acteurs afin d'assurer la continuité des programmes en dépit du changement d'organisation.

Une fois les arbitrages rendus sur le schéma cible, les points clés de la conduite du changement porteront sur :

- le cadre juridique des dispositifs régionaux à envisager à partir des structures de gestion en place (statuts juridiques des structures portant les dispositifs régionaux et de leur personnel, procédure de labellisation, actualisation de l'Autorisation unique délivrée par la CNIL²⁰, mise à jour du cahier des charges...);
- le cadre budgétaire à partir des missions qui auront été arbitrées, des compétences requises et des équipes types et à l'appui de données budgétaires actualisées ;
- la mise en place de la nouvelle architecture nationale du SI partagé et interopérable ;
- l'accompagnement des ARS dans la mise en place de leurs dispositifs régionaux de dépistage en cohérence avec le schéma-cible ;
- la poursuite de la concertation de l'ensemble des parties prenantes (notamment à travers les comités techniques et de prospective mis en place auprès de l'INCa), prenant en compte les retours d'expériences, qui doit permettre aux parties prenantes de s'approprier le changement et d'en être les acteurs.

L'INCa attire également l'attention sur le décalage des économies d'échelles attendues par cette évolution organisationnelle à l'appui de nouvelles missions, et le calendrier déjà établi de baisse des financements accordés aux structures de gestion (réduction des dotations de l'Assurance maladie et désengagement des conseils généraux). L'accompagnement des ARS dans la définition de leurs projets régionaux permettrait d'assurer la cohérence des dispositifs régionaux qui seront mis en place.

²⁰ Délibération n° 2015-175 du 11 juin 2015 portant autorisation unique de traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal mis en œuvre par les structures de gestion conventionnées (AU-043), JORF du 30 juin 2015.

ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE DÉPISTAGE DES CANCERS

/réponse saisine /synthèse



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'institut National du Cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
ISSN 2104-953X
ISBN : 978-2-37219-258-3
ISBN net : 978-2-37219-259-0

DEPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2016

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
Fax +33 (1) 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr

