



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2002 –

**INCIDENCES DES MODALITES D'ORGANISATION  
RETENUES LOCALEMENT POUR LE DEPISTAGE DU  
CANCER DU SEIN SUR LA GARANTIE D'EFFICACITE,  
DE REUSSITE DU PROGRAMME ET SON EFFICIENCE**

– groupe n° 4 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 9 élèves en formation initiale

***Animatrices***

- ***BRETAGNE Elisabeth***
- ***EVEN Anne-Yvonne***

# SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE .....</b>	<b>3</b>
2.1	DÉLIMITATION DU CHAMP D'ÉTUDE.....	3
2.2	ORGANISATION DU TRAVAIL .....	3
2.3	DÉFINITION ET CHOIX DES INDICATEURS.....	5
<b>3</b>	<b>DIFFERENTS STATUTS JURIDIQUES AU SERVICE D'UN PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE .....</b>	<b>5</b>
3.1	L'ASSOCIATION, UNE FORMULE SOUPLE.....	5
3.1.1	<i>Un fonctionnement simplifié .....</i>	<i>6</i>
3.1.2	<i>Des financements d'origines diverses.....</i>	<i>6</i>
3.1.3	<i>Une liberté d'organisation.....</i>	<i>7</i>
3.1.4	<i>Un système d'information et de communication encadré.....</i>	<i>8</i>
3.2	UNE GESTION DIRECTE PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL.....	9
3.2.1	<i>Un fonctionnement facilité .....</i>	<i>10</i>
3.2.2	<i>Un financement assuré principalement par le Conseil Général.....</i>	<i>10</i>
3.2.3	<i>L'organisation traditionnelle d'un service du Conseil Général.....</i>	<i>10</i>
3.2.4	<i>Des modalités de dépistage originales.....</i>	<i>10</i>
3.2.5	<i>Un système d'information et de communication encadré.....</i>	<i>10</i>
3.2.6	<i>Une structure en cours d'évolution.....</i>	<i>11</i>
3.3	LE GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC, UNE FORMULE ENCADRÉE.....	11

3.3.1	<i>Un fonctionnement réglementé</i> .....	11
3.3.2	<i>Un financement pérenne</i> .....	12
3.3.3	<i>Une organisation effective en 2003</i> .....	12
3.4	UNE SEULE STRUCTURE GÉRÉE PAR UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ .....	13
3.5	INDICATEURS ET STRUCTURES .....	14
3.6	ATOUTS ET LIMITES DES STATUTS JURIDIQUES ÉTUDIÉS .....	15
<b>4</b>	<b>QUATRE DETERMINANTS SUR LESQUELS AGIR POUR UNE MEILLEURE EFFICIENCE DU PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE .....</b>	<b>16</b>
4.1	LE CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL.....	16
4.2	LES ACTEURS .....	17
4.3	L'ORGANISATION INTERNE DE LA STRUCTURE.....	18
4.3.1	<i>Le personnel</i> .....	18
4.3.2	<i>Le matériel</i> .....	19
4.4	LE SYSTÈME D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION.....	21
4.4.1	<i>Le fichier</i> .....	21
4.4.2	<i>La communication</i> .....	22
4.4.3	<i>L'évaluation du système de communication et d'information</i> .....	23
<b>5</b>	<b>CONCLUSION : VERS UNE STRUCTURE IDEALE.....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>27</b>

## **REMERCIEMENTS**

**Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer et qui ont ainsi contribué à guider notre réflexion. Nous adressons nos plus sincères remerciements à:**

- Mme BLOCH, Ministère de la Santé
- M. ORS, Ministère de la Santé
- Mme ANCELLE-PARK, InVS, Département des maladies chroniques et des traumatismes
- M. le Docteur DEBEUGNY, ACORDE
- Mme le Docteur ALLIOUX, MADAME
- Mme le Docteur DENIS, ADECSI 35
- Mme le Docteur MOUTARDE et Mme CHARBONNIER, GEMS
- Mme le Docteur NOTARIE et Mme BLANCHARD, Conseil Général de l'Orne
- Mme THOUET, infirmière, DDASS de l'Ariège

**Nous souhaitons également remercier nos animatrices, pour leur disponibilité et leurs précieux compléments d'information :**

- Mme BRETAGNE Elisabeth, DRASS de Bretagne
- Mme EVEN Anne-Yvonne, DDASS du Morbihan

## SIGLES

ACORDE : Association des coordinateurs pour le dépistage des cancers

ADECSI 35 : Association départementale des cancers du sein en Ille et Vilaine 35

AG : Assemblée Générale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CA : Conseil d'Administration

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours

CMR : Caisse Maladie Régionale des Artisans et des Commerçants

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNS : Conférence Nationale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

DGS : Direction Générale de la Santé

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

ETP : Equivalent Temps Plein

FAC : Fichier Assurés Central

FNPEIS : Fonds National de Prévention et d'Education et d'Information Sanitaire

GEMS : Groupement d'Etudes des Maladies en Sarthe

GIP : Groupement d'Intérêt Public

InVS : Institut de Veille Sanitaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JO : Journal Officiel

MADAME : Mobilisation pour l'Action de Dépistage des Affections Mammaires et son Evaluation

MSA : Mutualité Sociale Agricole

ONCOMIP : Réseau Oncologique de la région Midi-Pyrénées

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes les plus démunies.

PRS : Programme Régional de Santé

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

# 1 INTRODUCTION

Le premier cancer féminin est celui du sein, 33 800 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, soit 32% des nouveaux cas de cancer. Cependant, la progression de la mortalité par cancer du sein (8%) a été plus modérée, grâce aux progrès thérapeutiques. Il reste néanmoins un cancer de pronostic vital relativement sévère<sup>1</sup>.

300 000 femmes vivent aujourd'hui en France avec un cancer du sein. Ce cancer, rare avant l'âge de 30 ans, est extrêmement fréquent entre 60 et 64 ans, et demeure important jusqu'à 74 ans. La probabilité pour une femme française d'avoir un cancer du sein au cours de sa vie est de 10,1%<sup>1</sup>. Les facteurs de risque ne sont pas connus à ce jour ; seul un diagnostic précoce s'avère efficace. L'épidémiologie, sur l'ensemble du territoire, est assez homogène, un programme national de dépistage est alors justifié.

Des études (travaux de Wald, Chamberlain et Hackshaw<sup>2</sup>) ont démontré qu'un dépistage systématique, à la condition qu'il soit rigoureusement organisé, peut réduire la mortalité par cancer du sein de 30%. « *Le dépistage des cancers peut sauver des vies, il peut aussi en prendre et [en] rendre d'autres invivables* » (Dr M.H. Dilhuydy, radiologue<sup>3</sup>).

Ainsi, dès les années 1990, certains départements ont initié des campagnes de dépistage à leur propre initiative. Le Conseil général, a obtenu, depuis la loi de décentralisation de 1982, la compétence en matière « de lutte contre le cancer organisée pour exercer le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades ».<sup>4</sup> La collectivité territoriale demeure libre d'organiser cette prérogative comme elle le souhaite.

Parallèlement, parce que le cancer du sein est la première cause de mortalité chez la femme pour 19%, soit 10 800 décès., la Direction Générale de la Santé (DGS) a établi en 1994, un programme national de prévention du cancer du sein, basé sur les expériences du programme pilote de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) (sur 10 départements de 1989 à 1991, et sur 30 départements de 1994 à 1998) et sur des recommandations européennes.

Afin de garantir l'efficacité du programme national lancé en 1999, le ministère de la Santé a élaboré un cahier des charges en trois volets définissant les modalités d'organisation des campagnes de dépistage, parus en 2001 et 2002. « *Si certaines*

---

<sup>1</sup> G. Brücker, G. Salem, in "Atlas de la santé en France", vol I, 1999, p 78

<sup>2</sup> Wald NJ, Chamberlain J, Hackshaw A. report of the European Society for mastology breast cancer screening. Evaluation Committee. Breast 1993.

<sup>3</sup> Dilhuydy MH. Le dépistage de masse des cancers du sein : primum non nocere. Gyn Obstet 1995.

<sup>4</sup> Code de la Santé Publique, article L 1423-1

*conditions (d'organisation, de formation, de qualité et d'évaluation) ne sont pas satisfaites, le dépistage peut ne pas diminuer la mortalité, il peut même l'accroître en rassurant à tort les femmes dépistées »*<sup>5</sup>. Un effort particulier doit être fait en matière de communication et d'information : le dépistage du cancer du sein n'est pas un examen banal ; il peut déboucher sur un diagnostic de cancer, et confronter une femme qui n'y pensait pas à sa mort possible.

Le volet relatif aux radiologues participant au dépistage impose toute une série de clauses techniques. Ainsi, doivent être invitées, par courrier, les femmes âgées de 50 à 69 ans, jusqu'à 74 ans. Des mammographies à deux incidences sont réalisées, aussi bien dans les cabinets publics que privés. De plus, les radiologues s'engagent à pratiquer une double lecture et à proposer un test performant. Le mammographe fait l'objet d'un contrôle de qualité. L'intervalle entre les mammographies est de deux ans. La confirmation d'un test suspect se fait à partir d'examen complémentaires. Enfin, les données collectées remontent annuellement à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), chargé du suivi épidémiologique.

Le deuxième volet du cahier des charges fixe les modalités d'organisation des structures de gestion, instances opérationnelles uniques assurant le dépistage ainsi que le suivi des femmes dépistées. Dans le mouvement de décentralisation sanitaire, les campagnes de prévention du cancer du sein sont gérées au niveau local. En effet, l'unité géographique retenue pour le programme reste le département. Le cahier des charges laisse le libre choix du statut juridique de la structure de gestion. Ainsi en 2001, la DGS évoquait cinq statuts juridiques envisageables pour les structures de gestion : l'association, la fondation, l'établissement public, le groupement d'intérêt scientifique et le Groupement d'Intérêt Public (GIP)<sup>6</sup>. Les conseils généraux et les caisses de sécurité sociale peuvent, s'ils le souhaitent, s'impliquer directement dans les campagnes de dépistage.

Le volet informatique a quant à lui pour objectif de fixer les paramètres minimaux auxquels doit répondre le système d'information utilisé par la structure de gestion (notamment en ce qui concerne le fichier, document de base recensant l'ensemble des personnes invitées et dépistées pendant la campagne).

Actionner le programme de dépistage est, pour une multitude d'acteurs, un chantier vaste et complexe. Aussi convient-il d'établir en quoi les modalités d'organisation de la structure de gestion peuvent influencer l'efficacité de la campagne. L'analyse des atouts et des limites des différents statuts juridiques envisageables est nécessaire afin de déterminer, s'il existe, un statut plus adapté. Au-delà du seul facteur juridique, notre travail entend mettre en évidence d'autres déterminants, liés à l'organisation de la structure de gestion, conditionnant la qualité de la campagne.

---

<sup>5</sup> Tubiana M. Le dépistage du cancer du sein. Bull Cancer 1996 ; 83 : 726-731.

<sup>6</sup> Note d'information de la DGS du 18 mai 2001, relative au statut juridique des structures de gestion départementales dans le cadre du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

## **2 APPROCHE METHODOLOGIQUE**

### **2.1 Délimitation du champ d'étude**

Afin de mieux analyser les incidences des modalités d'organisation retenues au niveau départemental pour le dépistage du cancer du sein, notre groupe de travail a fait le choix d'étudier chacun des types de structure juridique existant sur l'ensemble du territoire français. Cette première approche du sujet a été réalisée par des contacts téléphoniques auprès des médecins inspecteurs régionaux ou personnes en charge du dossier du dépistage au sein des différentes Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

A la suite des premiers entretiens téléphoniques, il est apparu nécessaire de recentrer l'étude sur quatre départements, plusieurs critères ayant motivé ce choix : la structure de gestion doit impérativement avoir une expérience dans la conduite de campagnes de dépistage (au minimum trois campagnes) ; les quatre départements choisis doivent constituer un échantillon représentatif des types de structure juridique existants ; la proximité géographique a été privilégiée compte tenu des contraintes temporelles et matérielles, et de la richesse des informations disponibles et exploitables dans la région ouest.

Ainsi, les départements et les structures étudiés sont les suivants :

- Structure associative : Association départementale des cancers du sein en Ille et Vilaine 35 (ADECSI 35) dans le département d'Ille et Vilaine, Association Mobilisation pour l'Action de Dépistage des Affections Mammaires et son Évaluation (MADAME) dans le département de la Loire-Atlantique, Association Groupement d'Étude des Maladies en Sarthe (GEMS) dans le département de la Sarthe
- Gestion de la campagne par le Conseil Général : département de l'Orne
- GIP : département de l'Ariège
- Structure gérée par un établissement public de santé : Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours (CHRU) dans le département d'Indre et Loire.

Deux types de structure juridique ont été volontairement exclues du champ de l'étude : la fondation et le groupement d'intérêt scientifique, car nous n'avons trouvé aucun exemple de structure de gestion calquée sur ces modèles.

### **2.2 Organisation du travail**

Pour mener à bien le travail d'investigation, nous avons privilégié deux angles d'approche du sujet : d'une part, la vision institutionnelle du Ministère de la Santé, de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), et du responsable de l'association des coordonnateurs pour le



dépistage des cancers (ACORDE) et d'autre part, la vision professionnelle des différentes structures de gestion étudiées.

Une partie de notre temps de travail a été consacrée à la prise de contact et de rendez-vous, et à l'élaboration de quatre grilles d'entretien à caractère semi-directif.

Concernant l'entretien au Ministère de la Santé, il s'agissait d'avoir un éclairage sur la politique menée au niveau national ainsi que de recueillir leur point de vue sur la pertinence de l'organisation actuelle des différentes structures de gestion (cf. annexe 1).

L'entrevue à l'InVS devait permettre de mieux cerner l'environnement technique de la campagne, le système d'information national et départemental et les indicateurs jugés les plus pertinents (cf. annexe 2).

Le contact téléphonique avec le coordonnateur d'ACORDE insistait sur les modalités de création et d'organisation des structures de gestion (cf. annexe 3).

Le questionnaire destiné aux structures de gestion et organisé autour de trois thèmes demeurait un moyen pour l'ensemble des membres du groupe de mieux s'approprier le sujet d'étude et de collecter des informations nécessaires à une analyse ultérieure (cf. annexe 4). Les trois axes d'étude sont la création de la structure de gestion et sa nature juridique, son organisation et la gestion du système d'information.

Enfin, il nous a paru important de recueillir le point de vue des usagers par l'intermédiaire d'associations telles que les ligues départementales de lutte contre le cancer et les comités départementaux des femmes. Le questionnaire (cf. annexe 5) était principalement centré sur le ressenti des femmes et l'avis de l'association sur l'organisation de cette campagne. Sur les trois ligues de lutte contre le cancer et le comité féminin contactés, aucune information exploitable sur ce thème n'a pu nous être fournie.

Pour une meilleure exhaustivité du recueil de données et pour favoriser une dynamique de la rencontre, trois ou quatre personnes du groupe étaient systématiquement présentes lors des entretiens. En ce qui concerne les départements de l'Ariège et de l'Indre et Loire, nous nous sommes limités à des entretiens téléphoniques, les structures correspondantes n'étant qu'à un stade expérimental. Dans les structures de gestion, les personnes rencontrées étaient principalement des médecins coordonnateurs de la structure.

## 2.3 Définition et choix des indicateurs

Le cahier des charges informatique de janvier 2002<sup>7</sup> détermine les variables nécessaires à l'élaboration des indicateurs permettant d'évaluer l'impact, l'efficacité, et l'organisation de la campagne.

L'analyse des premiers entretiens nous a conduit à retenir quatre indicateurs qui reflètent chacune des modalités d'évaluation.

**Le taux de participation**<sup>8</sup>(indicateur d'impact) par campagne correspond au rapport entre le nombre de femmes venues pendant la campagne et la population estimée par l'INSEE pour cette même campagne. **Le taux de cancer dépistés**<sup>9</sup> (indicateur d'efficacité) est le taux brut pour mille de cancers détectés. Il correspond au nombre de cancers détectés sur le nombre de femmes dépistées. **Le délai de retour des résultats** (indicateur d'organisation) correspond au nombre de jours entre la date de dépistage et la date d'envoi des résultats à la femme. Cet indicateur permet de juger de la rapidité du rendu du résultat à la femme, sachant qu'un délai de quinze jours est acceptable, et un délai de dix jours préférable. **Le taux de perdues de vue** (indicateur de qualité) est le rapport entre le nombre de femmes perdus de vue et le nombre de femmes dépistées.

**Le taux de mortalité**, indicateur-clé de ce programme, n'a pas été retenu du fait du caractère récent de certaines campagnes, donc du manque de recul pour en faire un indicateur significatif.

## 3 DIFFERENTS STATUTS JURIDIQUES AU SERVICE D'UN PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE

Au 24 juin 2002, sur cent départements français, seuls 34 ont constitué des centres de gestion, 33 associations et un service du Conseil Général. Depuis sept structures sont mises en place (groupement d'intérêt public, unité fonctionnelle hospitalière, associations) (cf. Annexe 6). Un tableau de synthèse des entretiens a ainsi été réalisé (cf. Annexe 7).

### 3.1 L'association, une formule souple

La loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 définit l'association comme une convention par laquelle deux ou plusieurs personnes, physiques ou morales, mettent en commun, d'une façon permanente,

---

<sup>7</sup> Programme national de lutte contre le cancer ; Dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et colo-rectal ; Cahier des charges Informatique ; version finale ; janvier 2002

<sup>8</sup> Dr. Rosemary Ancelle-Park , M. Javier Nicolau ; *Dépistage du Cancer du Sein – Evaluation du Suivi Epidémiologique – Situation au 31 décembre 1999* – Institut de Veille Sanitaire

<sup>9</sup> cf. ibid

leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est généralement soumise au droit privé (Code civil, Code du Travail...).

### **3.1.1 Un fonctionnement simplifié**

#### ***Choix et naissance de la structure***

Une simple déclaration à la préfecture du département suffit à l'acquisition de la personnalité juridique. Cette déclaration doit faire état notamment du titre et de l'objet de l'association.

Dans les trois associations que nous avons rencontrées, cette forme juridique a été choisie en raison : de la préexistence d'une association avant le lancement de la campagne de dépistage généralisé du cancer du sein ; de la facilité de la mise en place du statut juridique induit une certaine souplesse de gestion ; de la neutralité (*« l'autonomie de gestion et de fonctionnement de cette organisation paritaire permet de garantir une neutralité auprès des partenaires et des financeurs avec une gestion consensuelle »*<sup>10</sup>) et de la possibilité de recevoir des financements d'origines diverses.

#### ***Les missions***

Tout objet peut être retenu pour l'association. De plus, la législation offre la plus grande liberté en ce qui concerne les buts, la composition et le fonctionnement de l'association. Cette dernière est régie par des statuts déterminés librement par ses fondateurs.

Par exemple, les statuts de l'association MADAME définissent l'ensemble des activités nécessaires à un dépistage de masse efficace. *« Elle assure la gestion administrative et médicale de l'opération (invitation des femmes, organisation de la lecture des clichés radiographiques, envoi des résultats, évaluation régulière de la campagne) ; la formation des intervenants ; le contrôle permanent de la qualité des radiographies ; le suivi statistique et épidémiologique des femmes présentant une anomalie. »*<sup>11</sup>

### **3.1.2 Des financements d'origines diverses**

Dans les associations chargées du dépistage de masse de cancer du sein, nous retrouvons deux grands types de financeurs : le Conseil Général et l'Assurance Maladie. En fonction des régions et des structures, d'autres financeurs tels que l'Etat par l'intermédiaire de contrats de plan Etat/Région (fonctionnement et projets) et la ligue contre le cancer peuvent apporter leur contribution.

---

<sup>10</sup> Compte-rendu de l'entretien du 23 septembre 2002 avec le médecin coordonnateur de l'ADECSI 35

<sup>11</sup> Compte-rendu de l'entretien du 25 septembre 2002 avec le médecin coordonnateur de MADAME

Enfin, il faut noter que la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2000 a modifié les rapports entre l'Etat et les associations, en rendant le conventionnement pluriannuel possible, et en simplifiant ses modalités financières. En contrepartie, les associations souhaitant en bénéficier doivent respecter certaines exigences.

### **3.1.3 Une liberté d'organisation**

L'association s'organise généralement autour d'un bureau (l'instance de direction) et d'un conseil d'administration. On distingue plusieurs types de membres : les fondateurs, les membres actifs, les adhérents et les membres d'honneur ou bienfaiteurs.

#### ***La composition du Conseil d'Administration (CA)***

Le CA est composé d'administrateurs, membres élus lors des Assemblées Générales (AG) et qui représentent l'association dans tous les actes de la vie civile. Ils sont chargés d'assurer le bon fonctionnement de l'association et l'application des décisions prises lors des assemblées générales.

En ce qui concerne l'association MADAME, les administrateurs ayant voix délibératives représentent majoritairement les organismes d'Assurance Maladie (cf. Annexe 7). Quant à l'association ADECSI 35, le CA est réparti en trois collèges : ceux des financeurs et du corps médical sont paritaires et ont voix délibérative, celui des usagers ayant voix consultative. L'association GEMS s'organise sur le modèle d'ADECSI 35.

#### ***La composition du bureau***

Instance de direction de l'association, le bureau est l'organe décisionnel composé d'un président qui organise, contrôle l'activité et représente de plein droit l'association, d'un secrétaire et d'un trésorier.

La présidence de l'association ADECSI 35, d'une durée de deux ans, est assurée en alternance par un professionnel et par un financeur. En 2002, le Président est un gastro-entérologue et le Vice-Président, un radiologue. Le trésorier est un représentant de la CPAM. La présidence de l'association GEMS est d'une durée de trois ans. En 2002, le président est un gynécologue, membre du comité scientifique de la ligue départementale de lutte contre le cancer. La présidence de l'association MADAME est assurée par un administrateur de la CPAM comme le définit le statut de cette structure.

#### ***Composition de l'équipe***

L'association MADAME dispose d'un médecin salarié à mi-temps, d'agents détachés de la CPAM et d'agents salariés. L'association ADECSI 35 dispose d'un médecin de santé publique (détaché d'un bureau d'étude) et d'un médecin radiologue à temps partiel, d'agents salariés et d'un agent mis à disposition par la CPAM. Le salaire de l'agent mis à disposition

n'est pas remboursé par l'association à la CPAM. L'association GEMS dispose d'un médecin à temps partiel détaché du Centre d'Examen de Santé, d'agents mis à disposition par la CPAM et de salariés de l'association.

### ***L'implantation des locaux***

A travers les trois entretiens menés, plusieurs configurations se dégagent : les locaux sont loués par l'association et se situent en centre ville ; les locaux sont loués par l'association à la CPAM et se situent à la CPAM ; les locaux sont mis à disposition par la CPAM sans aucune contrepartie financière et se situent en centre ville avec une signalétique CPAM.

#### **3.1.4 Un système d'information et de communication encadré**

La structure associative doit s'adapter aux recommandations et aux exigences définies dans les cahier des charges informatique et relatif aux structures de gestion.

### ***La gestion des fichiers***

Avant la publication du cahier des charges informatique, le fichier était géré de façon différente selon les départements.

En Sarthe<sup>12</sup>, chaque organisme d'assurance maladie, conventionné avec l'association, constitue son fichier par extraction du nom des femmes âgées de 50 à 69 ans. Les fichiers, lorsqu'ils sont transmis à l'association GEMS, sont transposés dans son propre fichier, ce qui lui permet d'éliminer les doublons. Les données sont mises à jour au fur et à mesure : pour les assurés du régime général, le fichier du GEMS est confronté au fichier assurés central (F.A.C) pour la mise à jour des adresses, des décès ou du changement de patronyme.

En Ille et Vilaine, le fichier de l'association est constitué uniquement avec les fiches des femmes ayant participé au dépistage. La mise à jour et la gestion des doublons des femmes dépistées sont également réalisés par l'association.

En Loire-Atlantique, les fichiers sont envoyés par les caisses avec lesquelles l'association a passé une convention.

Depuis la publication du cahier des charges informatique en janvier 2001, l'intégralité des fichiers doit être transmise aux associations.

---

<sup>12</sup> Etat des lieux des campagnes généralisées du dépistage du cancer du sein - Organisation et coût du fonctionnement - Société Française de Santé Publique - Travail réalisé à la demande de la CNAMTS par Daniel Oberlé - 1999

### ***Le plan de communication***

Les trois associations rencontrées ont eu des stratégies différentes en matière de communication à la fois auprès des professionnels de santé mais également auprès du grand public.

#### **Pour l'information des professionnels**

Lors du lancement de chaque envoi d'invitations, l'association GEMS a choisi d'informer les médecins par courrier. Le département d'Ille et Vilaine (Association ADECSI 35) a été découpé en 25 zones homogènes de formation continue au démarrage de la campagne. Dans chaque zone géographique, un médecin relais a été nommé. Malgré des réunions régulières entre 1995 et 1998, le médecin coordonnateur rencontre des difficultés pour faire déplacer les médecins généralistes (grèves des libéraux, difficultés techniques,...). L'association MADAME diffuse les informations à destination des professionnels par courrier et profite de supports externes comme le bulletin du conseil départemental de l'ordre, d'Enseignements Post-Universitaires. Depuis 2002, un site internet<sup>13</sup> a été lancé par l'association avec un accès sécurisé pour les professionnels.

#### **Pour l'information Grand Public**

Dans le département de la Sarthe, d'importantes actions de communication ont été initiées lors du démarrage de la campagne de 1989. Depuis six ans, aucune campagne médiatique n'a été reconduite. En Ille-et-Vilaine, aucune communication grand public n'a été mise en place. En Loire-Atlantique, une première campagne a été initiée à partir de 1996. Depuis cette année, une campagne grand public est relancée. De plus, des délégués cantonaux MSA diffusent l'information auprès des femmes dans chacun des départements.

D'une manière générale, l'atout majeur du statut associatif réside dans la liberté d'expression qu'elle permet (l'association n'est-elle pas la forme privilégiée de l'engagement militant ?).

## **3.2 Une gestion directe par le Conseil Général**

Le conseil général peut mettre en place, au sein de ses services, une structure de gestion qui organise localement la campagne de dépistage. C'est le cas du Conseil Général de l'Orne qui assure l'organisation et le cofinancement de cette campagne par son service d'éducation à la santé et de dépistage du cancer du sein. La description suivante s'appuie sur cet unique exemple de gestion directe par un Conseil Général.

---

<sup>13</sup> Association MADAME – Département Loire-Atlantique ; <http://www.asso-madame.com>

### **3.2.1 Un fonctionnement facilité**

#### ***Choix de la structure et naissance de la campagne***

Cette campagne a été lancée en 1991 à l'initiative du Conseil Général, qui l'a ensuite soutenue et mise en œuvre directement. Elle s'explique par une volonté politique des conseillers généraux, certains exerçant des professions médicales ou paramédicales, d'autres étant influencés par un Comité des Femmes et une Ligue contre le cancer, très actifs.

### **3.2.2 Un financement assuré principalement par le Conseil Général**

Dès la première campagne, le dépistage concerne les femmes âgées de 40 à 74 ans, dont le financement a été entièrement assuré par le Conseil général. Le service de dépistage et son action fait l'objet d'une ligne budgétaire du Conseil général. Au démarrage de la campagne nationale en 1999, une convention a été passée avec les caisses d'assurance maladie qui prennent alors en charge le financement des actes radiographiques pour le dépistage des femmes âgées de 50 à 74 ans, conformément au cahier des charges. Pour les femmes âgées de 40 à 49 ans, le Conseil Général continue aujourd'hui d'en assumer le coût.

### **3.2.3 L'organisation traditionnelle d'un service du Conseil Général**

L'équipe est composée exclusivement de fonctionnaires territoriaux. De plus, tous les services du Conseil Général (juridique, ressources humaines, informatique,...) répondent aux sollicitations de la structure de gestion.

### **3.2.4 Des modalités de dépistage originales**

Depuis la première campagne, le dépistage est effectué à partir d'un mammobile. Les impératifs du nouveau cahier des charges imposent un dépistage tous les deux ans, auxquels ne peut plus répondre le mammobile. Aussi, il assure le dépistage dans tous le département, exception faite des grandes villes dans lesquelles les femmes dépistées doivent se rendre dans des cabinets de radiologie.

### **3.2.5 Un système d'information et de communication encadré**

#### ***Les fichiers***

Les caisses fournissent la liste complète sans faire de sélection préalable : les femmes ayant des pathologies cancéreuses ou n'étant pas comprises dans la tranche d'âge

ne sont pas exclues. Ce fichier est complété par les registres municipaux (listes électorales des mairies). La structure estime que cette double source permet de réduire les doublons<sup>14</sup>.

La structure envoie une invitation aux femmes de la tranche d'âge concernée, à laquelle est joint un questionnaire (cf. Annexe 8) à partir duquel le centre de gestion opère un tri.

### ***Le plan de communication***

#### **Pour l'information du grand public**

Le comité des femmes (près de 300 bénévoles sur le département) est un partenaire précieux car il est doté d'un véhicule mis à la disposition par la Ligue contre le cancer. Il représente donc une force supplémentaire pour mobiliser plus largement les femmes. Un numéro vert a été mis à disposition pour toute information.

#### **Pour l'information des professionnels**

Le médecin responsable du centre de gestion a démarché tous les médecins du département pour les sensibiliser au lancement de la campagne.

### **3.2.6 Une structure en cours d'évolution**

Pour mieux s'adapter aux évolutions, notamment aux exigences du nouveau cahier des charges, le Conseil général ne sera plus centre de gestion. Celui-ci sera le fait d'une association dans laquelle le Conseil Général sera partie prenante, puisqu'il assurera la gestion du personnel (personnel de la fonction publique territoriale mis à disposition), et gèrera la perception des fonds.

### **3.3 Le Groupement d'Intérêt Public, une formule encadrée**

Issu des lois du 15 juillet 1982 et du 23 juillet 1987, le GIP est une personne morale, dotée de l'autonomie financière. Il repose sur une convention constitutive signée entre les partenaires dûment mandatés par une délibération de leur conseil d'administration. Cette convention est soumise à l'approbation du ministre ou de son représentant.

A ce jour, le département de l'Ariège est le seul à avoir constitué sa structure en GIP.

#### **3.3.1 Un fonctionnement réglementé**

Le GIP se constitue avec ou sans capital, pour une durée déterminée. Son activité est à but non lucratif. Son conseil d'administration désigne un directeur qui assure le fonctionnement du groupement. Le principe est l'application des règles de la comptabilité

---

<sup>14</sup> Compte-rendu de l'entretien du 4 septembre 2002 avec le médecin coordonnateur de la structure gérée par le Conseil Général de l'Orne



privée mais la convention constitutive peut prévoir la comptabilité publique. Son activité est soumise au contrôle de l'Etat exercé par un commissaire du gouvernement qui assiste aux séances des organes délibérants. Il est assujéti au contrôle économique et financier de l'Etat ainsi qu'au contrôle de la Cour des Comptes.

Le GIP de l'Ariège est constitué sans capital pour une durée de trois ans renouvelables. Le président du CA est un pneumologue du Centre Hospitalier<sup>15</sup>.

### ***Choix et naissance de la structure***

Il s'agissait, en Ariège, de rechercher un multipartenariat permettant un financement pérenne<sup>16</sup>. Ainsi, le projet de constitution du GIP, impulsé par un médecin inspecteur de la Santé Publique a été avalisé le 4 juin 2002 par le comité technique régional.

### ***Les missions***

La vocation des GIP n'est pas de se substituer à un établissement dans l'exercice de ses missions, mais d'assurer une mise en commun de moyens à l'aide d'autres partenaires. Sa mission concerne également la création d'un réseau entre les dispositifs existants, les actions s'exerçant parfois de manière isolée, sans vision globale.

### **3.3.2 Un financement pérenne**

Le financement, soit en nature soit en espèces, provient généralement des membres de droit : le Conseil Général, les caisses d'Assurance maladie, l'État et la Ligue départementale. Les financeurs s'engagent pour la durée d'existence du GIP.

### **3.3.3 Une organisation effective en 2003**

Des problèmes d'organisation logistique demeurant (nécessité de louer un local, recrutement difficile d'un médecin à mi-temps), le démarrage de la campagne de dépistage interviendra au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2003.

### ***La composition du Conseil d'Administration (CA)***

Sont représentés le conseil général, les caisses d'Assurance Maladie, l'État, le conseil départemental de l'Ordre des Médecins, l'Union Régionale des Médecins libéraux (URML), le syndicat des radiologues et la Ligue Nationale contre le cancer. La nature publique du GIP est par ailleurs confortée par le législateur : *"les personnes morales publiques ou assimilées doivent disposer ensemble de la majorité des voix dans l'assemblée générale du*

---

<sup>15</sup> Projet de constitution du GIP

<sup>16</sup> Entretien avec Mme THOUET, infirmière – DDASS de l'Ariège

*groupement et dans son conseil d'administration"*( 36% de droit de vote pour le Conseil général et 36% pour les caisses).

### ***Composition de l'équipe***

Le GIP comprend généralement du personnel mis à la disposition, rémunéré par son institution d'origine. Le recrutement des personnels salariés doit donc rester exceptionnel. Cependant, la cellule opérationnelle du centre de gestion de l'Ariège devrait se composer d'un médecin coordonnateur et de trois salariés ; la cellule scientifique, de représentants du corps médical, d'un médecin coordonnateur et d'un membre médical du réseau ONCOMIP.

### ***Le plan de communication***

Le GIP veillera à ce que l'information touche plus spécifiquement les populations identifiées comme moins réceptives. Ainsi, les clubs du troisième âge seront associés au projet. Les outils de communication utilisés seront des lettres et documents d'information du public et des professionnels de santé, élaborés au niveau national ou régional en les adaptant au contexte local (catégorie socioprofessionnelle, âge, localisation géographique) et ce, afin de corriger les inégalités de participation.

### ***La gestion des fichiers***

L'Assurance maladie fournira au GIP le fichier de référence de la population cible à partir des fichiers des assurés sociaux de l'ensemble des régimes.

A ce jour, on constate que la nature juridique de GIP est encore peu utilisée. A l'heure actuelle, le choix de ce statut n'intervient qu'en seconde position, après que les départements ont testé d'autres formes juridiques. Tel est le cas pour 2 départements de la région Midi-Pyrénées, constitués respectivement en association et en centre d'examen de santé, et qui prévoient leur transformation en GIP pour l'automne 2002 et d'ici 2004.

## **3.4 Une seule structure gérée par un établissement public de santé**

L'établissement public de santé, personne morale de droit public, peut se voir attribuer des missions de dépistage. Sous l'impulsion de certains praticiens hospitaliers et de la direction, le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours, s'il obtient le financement de ses projets, mettra en place une structure de gestion à partir de 2003.

Le centre de gestion sera soumis au droit hospitalier et le personnel au statut de la fonction publique hospitalière. Le mode de fonctionnement sera conforme au cahier des charges (conventionnement avec les libéraux ...).

Les deux principaux financeurs seront représentés : le Conseil général et la CPAM. Des partenaires variés (URML, associations d'usagers...) devraient s'associer à ce projet. Cette unité chargée du dépistage devrait disposer d'un budget annexe.

Une telle concertation est permise par une culture d'ouverture présente au CRHU de Tours, qui participe actuellement à 25 réseaux de soins.

### 3.5 Indicateurs et structures

L'étude réalisée au 31 décembre 1999 par l'InVS<sup>17</sup> a montré que le **taux de participation** des départements ayant accompli une seule campagne varie de 30% à 50%. Pour les départements ayant accompli plusieurs campagnes, leur taux de participation s'améliore au cours du temps. **Les taux de cancer** augmentent avec l'âge, conformément à l'histoire naturelle du cancer du sein. Nos entretiens nous ont permis de recueillir les données suivantes (cf. Tableau 1).

**Tableau 1 : Indicateurs des structures étudiées**

	Associations			Conseil général de l'Orne
	ADECSI 35	Association MADAME	GEMS	
Taux de participation (60%)*	Première campagne <b>58 %</b>	Première campagne <b>50 %</b>	Deuxième campagne <b>52,3 %</b>	Première campagne <b>50,8 %</b>
	Deuxième campagne <b>44 %</b>	Deuxième campagne <b>47,8 %</b>	Troisième campagne <b>55,4 %</b>	Deuxième campagne <b>54,5 %</b>
	Troisième campagne (2001) <b>44 %</b>	Troisième campagne (2001) <b>45 %</b>	Quatrième campagne <b>54,3 %</b>	Troisième campagne <b>56,3 %</b>
Taux de cancers dépistés (5‰)*	Première campagne <b>5,8 ‰</b>	Première campagne <b>5,7 ‰</b>	Deuxième campagne <b>2 ‰</b>	Première campagne <b>7 ‰</b>
	Deuxième campagne <b>5,5 ‰</b>	Deuxième campagne <b>4,6 ‰</b>	Troisième campagne <b>3,5 ‰</b>	Deuxième campagne <b>5 ‰</b>
	Troisième campagne en cours	Troisième campagne (2001) <b>3,4 ‰</b>	Quatrième campagne <b>4,3 ‰</b>	Troisième campagne <b>4,7 ‰</b>
Délai de retour des résultats	<b>5 jours</b>	<b>Entre 10 et 17 jours</b>	<b>17 jours</b>	<b>10 jours</b>
Taux de femmes perdues de vue	<b>2 %</b>	<b>2,95 %</b>	<b>2 %</b>	<b>5 %</b>

\* référence européennes

Les chiffres observés ne révèlent pas de différences significatives qui auraient permis de déterminer de manière certaine quel statut juridique est le plus efficace.

<sup>17</sup> Dr. Rosemary Ancelle-Park, M. Javier Nicolau ; *Dépistage du Cancer du Sein – Evaluation du Suivi Epidémiologique – Situation au 31 décembre 1999* – Institut de Veille Sanitaire

### 3.6 Atouts et limites des statuts juridiques étudiés

A ce stade de notre étude, nous pouvons dresser un tableau récapitulatif des atouts et limites inhérents à chaque statut juridique.

**Tableau 2 : Atouts et limites des statuts juridiques**

	<b>Association</b>	<b>GIP</b>	<b>Conseil général</b>	<b>EPS</b>
<b>Atouts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création simple</li> <li>• Souplesse de gestion</li> <li>• Neutralité permise</li> <li>• Origines diverses des financements</li> <li>• Liberté d'organisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérennité des financements</li> <li>• Transparence assurée par le contrôle économique et financier de l'Etat</li> <li>• Multipartenariat</li> <li>• Obligation de participation financière des membres de droit</li> <li>• Rôle de coordination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Economique grâce aux mises à disposition</li> <li>• Financement conséquent et relativement stable</li> <li>• Liberté d'action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilite le réseau préventif et curatif</li> <li>• Participation éventuelle des centres de lutte contre le cancer</li> </ul>
<b>Limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut favoriser le désengagement des financeurs</li> <li>• Influence possible des financeurs</li> <li>• Aucune règle assurant une représentation équilibrée des membres</li> <li>• Structure juridique fragile</li> <li>• Peu adaptée aux structures importantes (à l'élargissement aux autres dépistages)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'alternance dans la présidence</li> <li>• Longueur et lourdeur de la création (approbation du préfet)</li> <li>• Les partenaires publics ont toujours la majorité des voix</li> <li>• Le mode de comptabilité privée rapprocherait le GIP du statut associatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidité</li> <li>• Repose sur la volonté du Conseil général</li> <li>• Peu d'implication de la CPAM et des professionnels</li> <li>• Financement quasi-exclusif du Conseil général</li> <li>• Partenariat limité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frein à la participation des libéraux</li> <li>• Crainte de l'hospitalo-centrisme</li> </ul>

Au regard des éléments appréhendés jusqu'ici, il nous semble que le choix du statut juridique n'est pas l'unique déterminant de l'efficacité de la campagne : aucune recommandation n'étant possible sur la base de ce seul statut, nous étudierons plus précisément l'influence d'autres facteurs dont il est important de tenir compte.

## **4 QUATRE DETERMINANTS SUR LESQUELS AGIR POUR UNE MEILLEURE EFFICIENCE DU PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE**

Au-delà du statut juridique retenu pour la structure de gestion, l'efficacité de la campagne dépend en grande partie de quatre facteurs : le contexte environnemental, les acteurs, l'organisation interne de la structure et le système d'information et de communication.

### **4.1 Le contexte environnemental**

Tous les centres de gestion subissent l'influence du contexte environnemental : géographique, économique et socioculturel. On note globalement une souplesse et une adaptation des centres de gestion aux conditions locales.

En zone rurale, des actions de proximité donnent de meilleurs résultats, tant en matière de dépistage que dans l'information des usagers et des professionnels. La majorité des centres de gestion se sont appuyés sur le professionnalisme des délégués cantonaux de la MSA qui organisent des actions d'information. Dans un département sondé, le comité des femmes se montre très actif dans ses démarches en zone rurale. Le recours au mammobile s'avère pertinent dans des départements ruraux et montagneux. Sur la base d'une étude réalisée par une Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), les déplacements vers les zones urbaines dans un département de montagne ne sont pas toujours aisés. Cet élément est à prendre en compte dans la démarche spontanée de dépistage même si pour l'instant, il n'a pas été démontré qu'il influe sur les taux de participation.

La répartition des radiologues dans le département influence également les modalités d'organisation des centres de gestion : l'homogénéité de répartition est un élément important pour garantir aux femmes un égal accès au dépistage. Certains départements vont jusqu'à couvrir des zones relevant de départements limitrophes. D'autres mettent en place plusieurs sites de deuxième lecture afin de la faciliter.

**Proposition n°1 : Assurer l'égalité d'accès des femmes au dépistage par un maillage harmonieux du territoire et par la complémentarité entre la disponibilité des radiologues et l'utilisation éventuelle du mammobile.**

## 4.2 Les acteurs

Quel que soit le statut juridique de la structure de gestion retenue, l'efficacité de la campagne de dépistage du cancer du sein repose sur le volontarisme des acteurs chargés de sa mise en œuvre. Un bon partenariat entre les différents intervenants se révèle décisif.

Les partenaires ne doivent pas être traités sur un mode différencié. Chacun doit participer à la prise de décision de façon équilibrée. Ce type de collaboration est possible dans l'association et plus encore dans le GIP, conçu pour associer personnes publiques et privées. A l'inverse, la prépondérance de l'Assurance maladie dans certaines associations peut être un facteur de blocage vis-à-vis des libéraux, dans le déroulement d'une campagne de dépistage.

D'une manière générale, les logiques des financeurs orientent fortement l'action des structures de gestion : l'Assurance maladie se montre plus « gestionnaire », le Conseil général plus « électoraliste ». La Ligue contre le cancer est souvent la seule association représentant les usagers. Il paraît donc important de renforcer la place des usagers.

**Proposition n°2 : Équilibrer les représentations, notamment des usagers, au sein des organes décisionnels de la structure de gestion.**

De plus, il n'est pas de campagne efficace sans l'adhésion des professionnels de santé (radiologues, gynécologues, anatomopathologistes, généralistes...). Un médecin qui impulse la campagne peut plus facilement convaincre ses pairs. De même, la qualité de la présidence oriente les décisions du conseil d'administration. Une forte représentation médicale facilite la communication d'abord en direction des professionnels, pivots d'une campagne réussie, puis du public. Elle rend possible la constitution de réseaux de suivi.

Ces professionnels doivent être de véritables moteurs dans l'action. Dans un département sondé, le médecin coordinateur, chef du service de dépistage du cancer du sein, a contacté tous les libéraux pour leur présenter la campagne. Dans leur ensemble, ces derniers ont répondu favorablement à son invitation. Une large implication des médecins généralistes, les plus aptes à inciter les femmes à se faire dépister, apparaît donc cruciale.

**Proposition n°3 : Renforcer l'implication des médecins généralistes et des radiologues dès la préparation de la campagne, et développer la communication en direction des professionnels de santé.**

## 4.3 L'organisation interne de la structure

### 4.3.1 Le personnel

Est-ce que la composition et le recrutement de l'équipe de la structure de gestion a une influence sur la conduite de la campagne ?

#### ***Le personnel médical***

La qualification du médecin coordonnateur peut avoir son importance dans la conduite de la campagne. En effet, sa discipline (radiothérapeute, cancérologue ...) facilite ou non le dialogue avec les professionnels de santé intervenant dans le domaine du cancer du sein. Par exemple, dans une association, un médecin radiologue effectuant des vacances au sein de la structure, est un médiateur pour ses confrères dans le cas où les trois lectures seraient divergentes. Son rôle consiste à la fois à expliquer les divergences de lecture à chacun des radiologues et à assurer la formation continue. Cette pluridisciplinarité garantit une meilleure médiation pour l'interprétation des résultats. Cet avantage doit être pris en compte pour l'extension du dépistage au cancer colo-rectal. Toutefois, la participation des médecins spécialistes ne doit pas dériver vers une fonction monopolistique au sein de la structure.

**Proposition n°4 : Valoriser la fonction « coordination médicale » en santé publique au sein de la structure de gestion et y associer d'autres médecins spécialistes des pathologies dépistées (radiologues, gastro-entérologues...).**

De nombreuses différences sont observées sur le temps de travail des médecins coordonnateurs et elles ne semblent pas se justifier par la taille du département. Dans les structures de gestion étudiées, les médecins coordonnateurs sont généralement à temps partiel. Cette modalité d'organisation est un inconvénient pour la continuité de l'action de coordination et la disponibilité des médecins coordonnateurs à l'égard des professionnels de santé. De plus, le temps partiel restant est dans la plupart des cas utilisé pour un exercice professionnel libéral, ce qui ne nous semble pas être un gage de neutralité.

Ce phénomène est accentué par les difficultés actuelles de recrutement des médecins coordonnateurs dans certains départements. Cet état de fait aura très probablement un effet restructurant dans les années à venir. En effet, la diminution de médecins dans certaines disciplines va inévitablement conduire soit à une régionalisation des structures, soit à une augmentation du temps de travail des médecins coordonnateurs.

**Proposition n°5 : Réserver un temps de travail suffisant au médecin coordonnateur (temps plein) afin de professionnaliser les campagnes.**

### ***Le personnel non médical***

En fonction des structures de gestion, le nombre d'employés rémunérés varie de trois à huit équivalents temps plein. Ces importantes variations s'expliquent soit par des allocations de crédits conséquents, soit par la mise à disposition de personnels. Toutefois, ce constat doit être nuancé par le niveau de qualification et le statut des personnels. Certains types de recrutement tels les contrats emploi solidarité ou contrats emploi consolidé posent le problème de l'homogénéité des statuts au sein de la structure de gestion.

De plus cette problématique est aggravée du fait des mises à disposition ou des détachements de personnels des Conseil Généraux ou des Caisses Primaires d'Assurance Maladie. La diversité des statuts, les écarts de salaires ainsi que le type d'emploi peuvent créer au sein des structures de gestion des difficultés de gestion des ressources humaines, des tensions au sein du personnel et des motivations au travail inégales.

**Proposition n°6 : Afin d'assurer l'égalité entre le personnel non médical et d'homogénéiser les statuts des salariés privés, l'application commune d'une convention collective nationale est à envisager.**

Nous avons remarqué une part variable (entre 10 % et 100 %) d'agents détachés ou mis à disposition par la CPAM ou le Conseil Général. Cette possibilité de recrutement pose la question de la marge de manoeuvre de la structure. En effet, elle se voit contrainte d'intégrer dans son équipe des agents qu'elle n'a pas toujours choisis. Dans le cas des détachements pour lesquels la structure de gestion assure le salaire de l'agent, celle-ci n'a aucune emprise sur le niveau de rémunération et d'avancement, ce qui provoque un effet coût non négligeable sur son budget de fonctionnement. Quant aux mises à disposition, elles se font généralement à titre gracieux.

Par ailleurs, ces mises à disposition ou détachements représentent un avantage pour la structure, en matière de communication, dans la mesure où les agents concernés facilitent au quotidien les relations avec leur institution d'origine.

**Proposition n°7 : Harmoniser les pratiques de gestion des ressources humaines pour garantir l'indépendance et la neutralité de la structure dans le recrutement des personnels.**

#### **4.3.2 Le matériel**

C'est en identifiant les moyens matériels dont disposent les structures que nous nous sommes posés les questions suivantes : Est-ce que le niveau d'implication des financeurs reflète l'organisation interne de la structure ? Dans quelle mesure l'implantation des locaux



a-t-elle une influence sur l'indépendance des structures ? Les centres de gestion doivent-ils accorder une part conséquente à leur budget d'investissement ?

### ***Les locaux et matériels***

Concernant l'implantation des locaux, plusieurs configurations ont été observées : locaux au sein de la CPAM ou du Conseil Général, locaux annexes de la CPAM ou locaux indépendants. Il est clairement ressorti que ce critère revêt une dimension symbolique aux yeux des partenaires et financeurs. Cette situation a provoqué dans certains cas le désengagement financier et la méfiance des professionnels qui y voient une atteinte à la neutralité apparente de la structure.

Cet inconvénient est pondéré, de façon relative, par des avantages tels que le loyer modéré, le chauffage, l'électricité et l'entretien des locaux.

**Proposition n°8 : Planter la structure de gestion dans des locaux indépendants de toute institution.**

Une déficience a souvent été constatée quant à la conformité vis-à-vis du cahier des charges informatique, notamment l'absence d'informaticien attaché à la structure. Cette tâche est souvent déléguée à un prestataire de service via un contrat de maintenance. Des différences ont également été relevées sur l'outil informatique utilisé. La diversité des logiciels entraîne souvent des surcoûts de maintenance et des difficultés d'adaptation aux exigences du cahier des charges.

Toutefois, la liberté du choix de la mise en place du système informatique donne aux structures de gestion une marge de manoeuvre en matière de réactivité et de créativité.

### ***Les financements***

La répartition des financements se concentre autour de trois principaux acteurs : le Conseil Général (dont la part varie de 20% à 90%), les Organismes d'Assurance Maladie (de 35% à 71%) et la Ligue contre le Cancer (de 0% à 23%). Cette répartition par départements est inhérente aux conflits de pouvoirs locaux ou institutionnels et remet parfois en cause la pérennité des subventions ou financements. Par exemple, dans un département, la Ligue contre le cancer tend à se désengager face à la prédominance ou la mainmise de la CPAM.

**Proposition n°9 : La forme juridique du Groupement d'Intérêt Public, régi par la comptabilité publique, paraît offrir la garantie de financements pérennes pour assurer une campagne de dépistage efficace.**

Dans l'analyse des budgets, nous avons rencontré des difficultés pour comparer les coûts par dossier du fait de l'affectation différente des charges sur les postes de dépenses. Cette pratique peut être à l'origine de discordances injustifiées et préjudiciables aux structures ayant une gestion saine. De plus, il est nécessaire d'évaluer financièrement les mises à dispositions en moyens humains et matériels ainsi que les prestations de service.

**Proposition n°10 : Favoriser le développement de la comptabilité analytique dans le but de faciliter les comparaisons et la transparence des structures.**

La différence du niveau d'équipement laisse à penser que chaque structure doit envisager la mise en place d'un budget d'investissement. Ceci d'autant plus que la perspective de la généralisation des dépistages des cancers va accroître les besoins en matériel de bureau, informatique et technique (négatoscope déroulant...). Pour financer ses investissements, un département a sollicité des subventions du contrat de plan Etat/Région.

#### **4.4 Le système d'information et de communication**

##### **4.4.1 Le fichier**

Pour constituer le fichier des personnes concernées, les sources sont diverses : caisses d'assurance maladie, mutuelles, listes électorales, présentation spontanée des femmes. Les influences entre la structure de gestion et les détenteurs des fichiers peut entraîner la non-exhaustivité des renseignements collectés. De plus, certaines structures ne disposent d'aucun fichier.

Nous observons que la réalisation d'un fichier unique centralisé, qui nécessite l'accord de la CNIL, est difficile, puisque seulement 50% des départements participant à la campagne y ont recours. Ne pas centraliser les fichiers, permet à la structure de se décharger de cette tâche auprès de ses partenaires, essentiellement les caisses, et de privilégier ainsi la gestion du fichier des femmes dépistées. Cela rend difficile la gestion des doublons, des exclusions et la mise à jour du fichier qui n'est pas toujours effective.

Un réseau de plus en plus dense se développe entre les partenaires (registre du K, anatomopathologiste...), ce qui facilite la mise à jour et l'exhaustivité des fichiers, et accentue l'impact de la campagne. Ce constat est toutefois à nuancer par la mise en application de la Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé<sup>18</sup> « *toute personne prise en charge par un professionnel de santé participant à la prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la*

---

<sup>18</sup> Loi du 4 mars 2002, article L1110-4

*concernant* ». Qui plus est, les radiologues payés directement par les caisses d'assurance maladie n'ont pas l'obligation de communiquer systématiquement les résultats au centre de gestion.

**Proposition n°11 : Systématiser la transmission des informations entre les partenaires, par le biais d'un engagement contractuel.**

Le libre choix des logiciels du système d'information conduit parfois certaines structures à utiliser des logiciels inadaptés. Là encore la confidentialité est parfois difficile à maintenir, notamment dans le cadre des données informatiques en réseau.

**Proposition n°12 : recommander l'utilisation d'un logiciel commun au niveau régional voire au niveau national, afin d'homogénéiser les données et leur évaluation.**

#### **4.4.2 La communication**

Les actions de communication menées par les structures de gestion s'adressent aux femmes, aux professionnels et aux institutions. Malgré la diversité des outils disponibles (campagne médiatique, courrier, réunions, site Internet, numéro vert...), leur utilisation reste variable selon les départements tant dans leur destination (grand public, professionnels...) que dans leur fréquence (début de la première campagne, lors de chaque nouvelle campagne...). Il faut noter que les initiatives locales adaptées au contexte environnemental constituent un point fort de la communication, associées à la campagne de communication nationale. L'inconvénient reste l'hétérogénéité et parfois l'inégalité des informations données entre les départements. De plus, les actions de communication sont les premières sacrifiées en cas de problèmes de financement.

**Proposition n°13 : Développer la complémentarité entre les actions de communication grand public et les actions de sensibilisation destinées aux professionnels.**

Plusieurs modes d'invitation des femmes au dépistage sont utilisés : envoi par la structure de gestion ou par les caisses. Cette liberté de choix permet encore une fois de s'adapter au contexte local et au type de gestion de fichier choisi. Un département a même mené sa campagne sans invitation et a atteint un taux de participation de 70 %. Ceci pose la question de la pertinence des modalités d'invitation sur la base d'un fichier dont la gestion est à la fois lourde, onéreuse et aléatoire.

La même analyse peut être faite concernant le mode de communication des résultats (par l'intermédiaire du médecin généraliste, transmission directe à la femme par courrier ou

téléphone...) et leurs délais. La variation des délais de réponse de quelques jours à plus d'un mois est source d'inquiétude et de retard de prise en charge médicale.

**Proposition n°14 : Évaluer de façon pertinente les motifs retardant les délais de réponses afin de les réduire.**

#### **4.4.3 L'évaluation du système de communication et d'information**

Tout en constituant l'un des indicateurs les plus pertinents pour évaluer l'impact et l'efficacité de la campagne, il semble que le suivi des taux de participation soit insuffisant pour évaluer l'impact des actions de communication,<sup>19</sup>

A l'heure actuelle, l'évaluation n'est ni homogène ni fiable. Les méthodes de calcul des taux de participation fluctuent selon les départements, rendant impossible une comparaison nationale.

Le taux de fidélisation doit également être utilisé pour évaluer la qualité de la communication et son impact auprès des femmes au cours des campagnes successives.

**Proposition n°15 : Évaluer efficacement le système de communication et d'information afin de favoriser son adaptation aux évolutions et de le rendre plus performant, au travers d'une coordination régionale.  
Adopter les mêmes bases pour le calcul des indicateurs.**

---

<sup>19</sup> Programme National de dépistage systématique du cancer du sein - Résultats et perspectives. Séminaire de Maisons-Alfort, 29 et 30 mars 1999., InVS ; p.55.

## 5 CONCLUSION : VERS UNE STRUCTURE IDEALE

Cette étude consistait à démontrer l'incidence des modalités d'organisation retenues localement pour le dépistage du cancer du sein sur la garantie d'efficacité et de réussite du programme. Malgré le principe de libre choix du statut juridique, nous avons constaté que 95% des structures de gestion ont choisi le statut associatif car il présente une facilité de création, une souplesse de gestion et une liberté d'organisation. Les autres structures juridiques existent, soit sous la forme d'une gestion directe par le Conseil Général présentant une pérennité financière assurée massivement par cette institution, soit sous la forme d'un GIP, qui garantit la transparence ainsi que la stabilité financière et partenariale. Les disparités observées ne relèvent donc pas du seul statut juridique, mais des modalités internes retenues par chaque structure afin de respecter les dispositions du cahier des charges national.

A ce titre et en préalable au choix du type de structure juridique, un travail de négociation et de coordination régionale et départementale doit être mené avec les acteurs et partenaires pour garantir une implication totale dès la première campagne, ce qui sous-entend une professionnalisation des acteurs et la garantie de financements durables. A l'issue de cette période de concertation, nous préconisons le choix du mode associatif, qui très lié à la notion de militantisme, fixe à court terme, les bases d'un partenariat actif. En revanche, dans la perspective d'un élargissement du dépistage massif aux autres cancers (cancer colo-rectal, col de l'utérus) et de l'augmentation prévisible des femmes dépistées, le statut du GIP semble le plus à même de concilier ces exigences sur le long terme.

Une fois le statut juridique défini, les responsables de la structure doivent s'assurer de l'indépendance du lieu d'implantation des locaux et d'un temps de travail suffisant du médecin coordonnateur pour assurer correctement une mise en œuvre et un suivi efficace de la campagne. Enfin, les campagnes de communication à visée du grand public et des professionnels doivent être menées pour renforcer le niveau d'information acquise de manière informelle.

Le respect de toutes ces préconisations doit tendre vers une structure de gestion idéale. Tout d'abord, elle se doit d'assurer la pérennité de ses financements. Ensuite, tout en évitant une prédominance trop marquée de l'un de ses financeurs, elle doit permettre au sein des organes décisionnels, une représentation à parité des financeurs, des professionnels de santé et des usagers. Par ailleurs, elle doit s'inscrire dans un réseau de praticiens, assurant ainsi une continuité dans la prise en charge préventive et thérapeutique du cancer. Elle doit faciliter l'accessibilité du dépistage par un bon maillage du territoire alliant, lorsque

nécessaire, plusieurs outils de dépistage (exemple du mammobile). En outre, elle doit privilégier autant la communication grand public que la sensibilisation des professionnels. Enfin, elle doit participer volontairement et activement à l'évaluation de son action.

Le cahier des charges n'ayant pas fixé de date butoir, de nombreux départements ne disposent toujours pas, à ce jour, de centre de dépistage. Les DRASS, par le biais des médecins inspecteurs de santé publique et des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, ont par conséquent un rôle prépondérant dans la coordination des différents départements d'une région.

Au regard des premiers résultats nationaux du programme de dépistage généralisé, un large débat s'est engagé sur la finalité d'un tel dépistage en France, du fait des taux de participation bien inférieurs aux normes requises (plus de 60%) et de la faible participation des départements (moins de 50%). De récentes publications<sup>20</sup> affirment que le coût du dépistage est très élevé, sa mise en œuvre lourde ; son efficacité est controversée par une étude danoise. De plus, une récente expertise menée par le ministère considère, qu'à l'heure actuelle, les conditions de dépistage par mammographie ne répondent pas aux exigences de qualité pour mener à bien une campagne nationale. Il serait même proposé de suspendre cette procédure pour la remplacer sur certains départements pilotes par une mise en réseau des médecins (généralistes, anatomopathologistes, chirurgiens, radiologues, oncologues), pour coordonner les dépistages et les mettre en relation avec les registres du cancer, et ce afin de connaître réellement le gain d'une telle opération. Cette nouvelle réflexion nationale est rejointe par d'autres pays comme l'Allemagne et le Danemark. En conclusion, outre l'efficacité d'une structure de gestion, se pose alors à ce jour, la question de l'efficacité d'une telle campagne dans sa forme actuelle.

---

<sup>20</sup> Le concours médical des 14 et 21 septembre 2002, pages 1727, 1767, 1768 et 1840.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

### TEXTES

- Code de la Santé Publique, article L 1423-1
- Programme National de dépistage systématique du cancer du sein - Résultats et perspectives. Séminaire de Maisons-Alfort, 29 et 30 mars 1999., InVS.
- Note d'information DGS 18 mai 2001, relative au statut juridique des structures de gestion départementales dans le cadre du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.
- Programme national de lutte contre le cancer ; Dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et colo-rectal ; Cahier des charges Informatique ; janvier 2002
- Loi du 4 mars 2002, article L1110-4.

### OUVRAGES

- Haut Comité de la Santé Publique, « La santé en France 1994-1998 », 1998, p. 98
- G. Brucker, G. Salem, in « Atlas de la santé en France », vol I, 1999, p 78
- Wald NJ, Chamberlain J, Hackshaw A. report of the European Society for mastology breast cancer screening. Evaluation Committee. Breast 1993
- Dilhuydy MH. Le dépistage de masse des cancers du sein : primum non nocere. Gyn Obstet 1995.
- Dr. Rosemary Ancelle-Park , M. Javier Nicolau ; Dépistage du Cancer du Sein – Evaluation du Suivi Epidémiologique – Situation au 31 décembre 1999 – InVS.
- Tubiana M. Le dépistage du cancer du sein. Bull Cancer 1996 ; 83 : 726-731.
- Etat des lieux des campagnes généralisées du dépistage du cancer du sein - Organisation et coût du fonctionnement - Société Française de Santé Publique - Travail réalisé à la demande de la CNAMTS par Daniel Oberlé – 1999

### REVUES

- Le concours médical des 14 et 21 septembre, pages 1727, 1767,1768 et 1840.

## **ANNEXES**

ANNEXE 1 : Questionnaire au Ministère de la Santé

ANNEXE 2 : Questionnaire à l'InVS

ANNEXE 3 : Questionnaire à ACORDE

ANNEXE 4 : grille d'entretien auprès des structures de gestion

ANNEXE 5 : Questionnaire aux associations d'usagers

ANNEXE 6 : Répartition des centres de gestion sur le territoire français

ANNEXE 7 : Tableau de synthèse des entretiens des structures de gestion

ANNEXE 8 : Questionnaire envoyé aux femmes par le Conseil Général de l'Orne



## Questionnaire au Ministère de la Santé

1. Le statut juridique conditionne-t-il la réussite du programme et le respect du cahier des charges ? Pourquoi avoir laissé cette liberté ?
2. A moyen terme : envisagez-vous une nouvelle organisation plus pertinente : laquelle ? unifier la forme juridique par région ou au niveau national ?
3. Combien de régions ont réellement répondu au programme de dépistage du cancer du sein ? Quelle seront les délais de montée en charge de la campagne pour l'ensemble du territoire ?
4. Connaissez-vous les différentes modalités des structures de gestion qu'on adopté chaque département ? Efficacité et inconvénients en fonction des structures ? Qu'est-ce qui selon vous a justifié ce choix ?
5. Est-ce que des réajustements sont envisageables en cas de déséquilibres budgétaires ? Comment se font ces réajustements financiers : Abondement de l'Etat ? Obligation de rechercher des financements au niveau du département ? Sanction du programme ?
6. Avez-vous un état des coûts par dossier des structures de gestion sur le territoire ? Existe-t-il une différence des coûts par dossier selon le statut juridique de la structure de gestion ?
7. Compte tenu de l'importance des contraintes des différents cahiers des charges, ne pensez-vous pas que le niveau d'exigence requis ne permet à tous les départements de répondre à ce programme ? Serait-il envisageable d'avoir un système dérogatoire ?
8. Quelle est la place des centres de lutte contre le cancer dans ce dispositif ?
9. Est-il opportun selon vous que l'on pérennise cette forme d'organisation pour le dépistage du cancer du colon ? Et de façon plus large, est-ce que l'ensemble des politiques de dépistage pourraient être calquées et combinées sur ce modèle ?

## Questionnaire à l'INVS

1. Description du système de collecte d'information au niveau national / départemental et au niveau des structures de gestion.
2. Comment est élaboré le fichier donné aux structures de gestion ? Existe-t-il un accord entre les différentes branches de l'assurance maladie pour avoir un fichier unique ? Comment après l'avoir collecté, la structure de gestion peut valider l'exhaustivité de son fichier ?
3. Par rapport au cahier des charges informatique, est-ce que l'INVS dispose de tous les indicateurs par campagne des structures de gestion ? Si OUI, pouvez-vous nous les fournir par département ainsi que les commentaires par rapport à ces chiffres ? (Orne, Loire Atlantique, Ile et Vilaine, Val d'Oise, Sarthe, Morbihan, Mayenne, Finistère, Ariège).?
4. Y-a-t-il des départements plus performants au niveau des campagnes de dépistage ? si oui, pourquoi ? quels indicateurs ?
5. Selon vous, quels sont les indicateurs les plus pertinents pour évaluer de l'organisation et de l'efficacité de la campagne et de la structure ? Est-ce que de nouveaux indicateurs seraient intéressants pour l'analyse?
6. Connaissez-vous les différentes modalités des structures de gestion qu'on adopté chaque département ? Efficacité et inconvénients en fonction des structures ? Qu'est-ce qui selon vous a justifié ce choix ?
7. Le statut juridique conditionne-t-il la réussite du programme et le respect du cahier des charges ? Pourquoi avoir laissé cette liberté de choix au niveau de la forme juridique ?
8. A moyen terme : envisagez-vous une nouvelle organisation plus pertinente : laquelle ? unifier la forme juridique par région ou au niveau national ?
9. Pour notre travail, quelles données sont selon vous les données les plus pertinentes (analyse sur plusieurs années ? nombre d'indicateurs ?) Quelle méthode de travail utiliseriez-vous pour mettre en évidence les incidences des modalités d'organisation sur la garantie d'efficacité de réussite du programme et de son efficacité
10. Compte tenu de l'importance des contraintes des différents cahiers des charges, ne pensez-vous pas que le ministère a eu « trop » d'ambition ?
11. L'INVS collecte-t-il les données des registres des cancers ? Au niveau épidémiologie, quelle est le lien (la concordance) entre les deux fichiers ?

## Questionnaire à ACORDE

1. Quels sont les conseils que vous donnez pour monter une structure de gestion ?
2. Quels sont les moyens et sources de financement alloués aux structures ? Avez-vous constaté une différence selon le statut juridique (statut des médecins : médecins salariés / médecins mis à disposition ?)
3. Connaissez-vous les différentes modalités des structures de gestion qu'on adopté chaque département ? Efficacité et inconvénients en fonction des structures ? Qu'est-ce qui selon vous a justifié ce choix ?
4. Concernant la formation des coordonnateurs, comment est-elle organisée ? Existe-t-il une différence dans la formation selon la forme juridique choisie pour la structure de gestion ?
5. Est-il opportun selon vous que l'on pérennise cette forme d'organisation pour le dépistage du cancer du colon ? Et de façon plus large, est-ce que l'ensemble des politiques de dépistage pourraient être calquées et combinées sur ce modèle ?

## Questionnaire aux structures de gestion

1. Comment est née la structure de gestion ? - Quel est la nature juridique de la structure ? Description succincte et composition de l'équipe ? Combien de campagnes de dépistage avez-vous mené ?
2. Pouvez-vous nous fournir les statuts (convention constitutive), le budget de l'année précédente ou en cours et les différentes conventions passées avec les différents partenaires ?
3. Quels sont vos principaux partenaires ? quel est leur niveau d'implication ?
4. Quelles sont les raisons qui ont orienté le choix de ce type de structure ? Quels sont pour vous, les « avantages et inconvénients » de cette structure ?
5. Comment la structure de gestion est-elle en accord avec le cahier des charges (structure, informatique) ? quelles sont les difficultés rencontrées : raisons humaines, financières ou autres ?
6. Concernant le système d'information :  
Comment obtenez-vous le fichier de la population cible ? Après l'avoir collecté, comment êtes - vous sûrs de son exhaustivité ? Comment se fait la mise à jour ?, Comment se fait la remontée au niveau régional et national ?
7. Comment est organisé la campagne de communication (information et sensibilisation des usagers sur le dépistage et celle des partenaires ? Quels sont les points forts et les points faibles ? Quelles sont les caractéristiques socio-démographiques de la population cible ?
8. Quelles sont les modalités de financement de votre structure de gestion (budget de fonctionnement, mise à disposition du personnel, des locaux) ? Comment gérez vous les mises à disposition (gestion des compétences,...) ? Quel est le coût par dossier pour votre structure ? Avez-vous rencontré des problèmes de financements ? Avez-vous dû effectuer un réajustement financier ? Si Oui, comment avez-vous rééquilibré les comptes financiers ?
9. Est-ce que vous envisager une évolution de la structure en termes de nature juridique et/ou de moyens, et ce afin de répondre à un dépistage de masse ?
10. Rôle des DDASS et DRASS au travers des inspecteurs et des médecins inspecteurs? Implication du secteur hospitalier (directeur d'hôpitaux, directeurs de soins infirmiers) ? Rôle des directeurs d'établissements ?

## **Questionnaire aux associations d'usagers**

1. Quelle est votre impression sur la qualité de la campagne de dépistage du cancer du sein menée dans votre département. Comment évaluez-vous l'efficacité d'une campagne ?
2. Trouvez-vous que le taux de participation des femmes à la campagne est satisfaisant ?
3. Quel est le ressenti des femmes dépistées ? Que peut-on améliorer dans l'information faite aux femmes ? Qu'est-ce qui, selon elles, peut les dissuader de se faire dépister ?
4. Quelle structure de gestion vous semble a priori la plus efficace ?
5. Votre association est-elle suffisamment associée à la campagne de dépistage ?
6. Avez-vous d'autres suggestions à faire pour améliorer les campagnes de dépistage ?

## Répartition des centres de gestion sur le territoire français

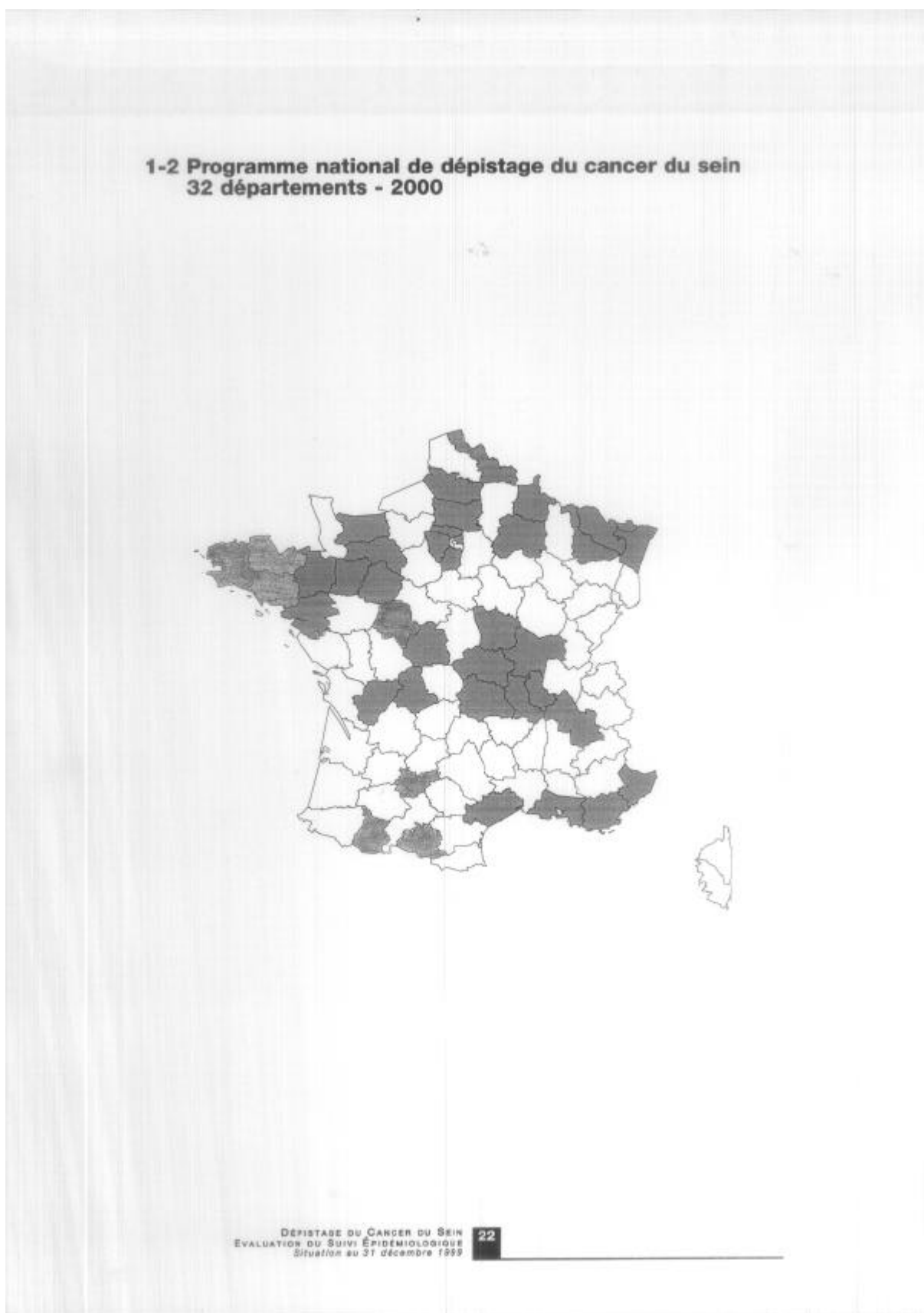


Tableau de synthèse des entretiens des structures de gestion

		Association MADAME	Association ADECSI 35	Association GEMS	Conseil Général de l'Orne
<b>Données population</b>	Population totale du département	1 052 183 habitants	798 915 habitants	513 654 habitants	293 204 habitants
	Population féminine de 50-69 ans en 1998	111 356 femmes	84 230 femmes	54 244 femmes	31 815 femmes
<b>Personnel médical</b>	Qualifications médecins coordonnateurs	De formation radiothérapeute	Médecins de santé publique (salariés d'un bureau d'étude ICONES) Radiologue		Chef de service conseil général + 1 médecin dans le mammobile
	Répartition du temps de travail	50% salariés MADAME 50% sans activité	MSP : 75% ADECSI 25% ICONES Radiologue: 25% ADECSI 75% libéral	40% ETP	100% sur la structure
	Rémunération	Salarié de l'association	Remboursement pour MSP à l'Icones Vacations au radiologue	Détachée du Centre d'examen de santé (IRSA)	Payée par le conseil général
	Conformité cahier des charges	+++	+++	++	+++
<b>Personnel non médical</b>	Qualifications	Pas d'emplois précaires	Pas d'emplois précaires	2 CES et 1 CEC, 1 salariés + contrat de maintenance en informatique	
	Mode de recrutement	Pas de choix sur les agents détachés. Recrutement propre des agents salariés	Recrutement propre des agents salariés Un agent mis à disposition de la CPAM	Pas de choix sur les agents détachés. Recrutement propre des agents salariés	Personnel fonction publique territoriale
	Conformité cahier des charges	Pas de paramédical temps plein ou partiel ayant une expérience de santé publique Pas d'informaticien	Pas de paramédical temps plein ou partiel ayant une expérience de santé publique Pas d'informaticien	Pas de paramédical temps plein ou partiel ayant une expérience de santé publique	Pas d'informaticien
	Esprit d'entreprise	Forte logique caisse des agents CPAM	Logique caisse de l'agent CPAM	Logique CPAM ++	Logique Conseil Général
	Part des salariés	25% agents salariés	85% agents salariés	70% agents salariés	100% conseil général
	Part et provenance des mises à disposition		15% agent mis à disposition CPAM	20% agents mis à disposition CPAM	
	Part et provenance des détachements	75 % agents détachés de la CPAM		10% détachés CPAM	
	Nombre de femmes / ETP personnel non médical	20 246,55	14 038,33	6 146,35	4 545,00

## ANNEXE 7

		Association MADAME	Association ADECSI 35	Association GEMS	Conseil Général de l'Orne
<b>Locaux</b>	Localisation	Dans le bâtiment CPAM	Locaux indépendants	Local indépendant mais signalétique CPAM	Conseil Général
	Accessibilité pour les professionnels (exemple: 2 lieux par département)	Un seul lieu sur le département Loire-Atlantique. En périphérie de Nantes	Un seul lieu dans le département	La deuxième lecture réalisée chez les radiologues libéraux	Lecture et archivage au sein du Conseil Général
	Loyer / Mise à disposition	Remboursement du loyer à la CPAM	Païement du loyer	Païement du loyer	Pas de loyer
	Matériel informatique	?	?	Ancien matériel CPAM	Achat par le Conseil Général
	Matériel technique (négatoscope)	Achat de l'association	Achat de l'association	Pas de matériel car pas de deuxième lecture	+ Mammobile par le Conseil Général
	Entretien des locaux	?	Par ADECSI	Mise à disposition CPAM	Conseil Général
<b>Financements</b>	Conseil Général	1997 -->28%    2001 --> 23%	31,43%	23%	100%
	CPAM				
	MSA	1997 --> 35%    2001 --> 66%	34,29%	71%	
	Autres Organismes d'Assurance Maladie				
	Ligue contre le cancer	1997 -->28%    2001 --> 23%	2,86%	6%	
	Plan Etat / Région		14,29%		
	Ville			0%	
	Mutualités		1,43%		



		Association MADAME	Association ADECSI 35	Association GEMS	Conseil Général de l'Orne
<b>Organisation de la structure</b>	Initiative de la campagne	Un sénologue, très impliqué dans la Ligue contre le cancer		Un gynécologue et deux radiologues	Le Conseil général
	Parité financeurs/professionnels de santé au conseil d'administration (pour les associations)	Prédominance CPAM	Oui	Oui	
	Présidence du conseil d'administration (pour les associations)	Un administrateur de l'Assurance maladie	un gastro-entérologue (président) et un radiologue (vice-président)	Un gynécologue, membre de la Ligue contre le cancer	
	Nombre de radiologues associés (deuxième lecture)	50, dont 40 réguliers (sur 95)	20 à 25	?	7 (sur 19)
	Existence d'un réseau de suivi	Oui	Oui	Oui	
<b>Communication Système d'information</b>	Communication grand public	Multiples actions	Inexistante	Multiples actions	Action du comité des femmes
	Communication professionnels	Par courrier essentiellement	Nombreuses réunions, information directe	Par courrier exclusivement	Rencontre avec chaque médecin
	Mode d'invitation des femmes	Réalisé au sein de la structure Invitation + Prise en charge	Réseau des praticiens. Envoi des invitations par les caisses	Réalisé par chaque caisse	Questionnaire et bon de prise en charge envoyés aux femmes
	Origine du fichier	Fichier caisses	Caisses d'Assurance Maladie	Fichier caisses	Caisses et liste électorale

## Questionnaire envoyé aux femmes par le Conseil Général de l'Orne

Numéro de dépistage :

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du service de dépistage du cancer du sein à la Direction des Interventions Sociales et de Santé du Département de l'Orne, 13 rue Marchand Saulnot à Alençon.  
☎ 02.33.81.60.00 poste 1640

24 X 30 :

Nom : \_\_\_\_\_ Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Code Postal - Ville : \_\_\_\_\_

Acceptez-vous que ces données nominatives vous concernant soient conservées afin de vous adresser les résultats et afin de vous reconvoquer pour un nouvel examen ?  
 Oui  Non

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Gynécologue : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Acceptez-vous que votre médecin traitant transmette les informations concernant votre éventuel suivi thérapeutique au médecin coordinateur de la campagne en vue de la réalisation d'une étude épidémiologique ?  
 Oui  Non

**A quel régime social appartenez-vous ?**  
 Sécurité Sociale  M.S.A.  Exploitant  Salaré   
 Autre  du département : \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**QUESTIONNAIRE PERSONNEL** 1<sup>er</sup>  2<sup>e</sup>  3<sup>e</sup>  4<sup>e</sup> passage

*Les réponses au questionnaire ci-dessous sont facultatives mais souhaitables pour faciliter la lecture des clichés par les radiologues.  
 Elles sont destinées aux radiologues et au médecin coordinateur.*

Profession : \_\_\_\_\_  
 Quel est votre poids ? : \_\_\_\_\_ kg Combien mesurez-vous ? : \_\_\_\_\_ cm  
 Est-ce que vous fumez ? : \_\_\_\_\_  
 A quel âge avez-vous eu vos premières règles ? : \_\_\_\_\_ an(s)  
 Si vous êtes encore réglée, quelle est la date de vos dernières règles ? : (1<sup>er</sup> jour) \_\_\_\_\_  
 Si vous êtes ménopausée, à quel âge avez-vous eu votre ménopause ? : \_\_\_\_\_ an(s)  
 Votre ménopause a été :  naturelle  chirurgicale  
 Avez-vous pris un traitement hormonal (oestrogènes) pour la ménopause ? : \_\_\_\_\_  
 Date du dernier frottis : \_\_\_\_\_  
 Avez-vous des enfants ? : \_\_\_\_\_ Combien ? : \_\_\_\_\_ Les avez-vous allaités ? : \_\_\_\_\_  
 A quel âge avez-vous eu le premier ? : \_\_\_\_\_ an(s)  
 Avez-vous déjà été opérée du sein ? oui  non  En quelle année ? : \_\_\_\_\_ Côté : Droit  Gauche   
 S'agissait-il d'un cancer ? : oui  non   
 Y-a-t-il des cancers du sein dans votre famille ? : Femme  Sœur  Mère  Grand-Mère   
 Année de la dernière mammographie : \_\_\_\_\_

**NE PAS REMPLIR**

Niveau D  G  Classe D  G  Réaction immunologique D  G   
 Date du mammotest actuellement réalisé : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_  
 Date de l'envoi des résultats : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_