

Exemplaire n°

RAPPORT
AUDIT DE L'ASSOCIATION POUR LE DEPISTAGE DES CANCERS A PARIS
ADECA 75
- Avril 2018 -
N° 17-07

Rapporteurs :

[.....], administrateur

[.....], chargée de mission

Rapports de l'Inspection générale sur des sujets voisins

- Rapport d'audit de l'association « Comité de Paris de la Ligue nationale contre le cancer » (IG n° 07-07) - Octobre 2007
- Rapport d'audit des relations de la DASES avec les associations qu'elle finance (IG n° 13-10) - Juillet 2014
- Rapport d'audit de la gestion et de l'attribution des subventions aux associations (IG n° 16-14) - Décembre 2016

Autre rapport

- Rapport de la Chambre régionale des comptes d'Ile-de-France sur la gestion de l'ADECA 75 (n° 06-0188 R) - 22 septembre 2006

SOMMAIRE

NOTE DE SYNTHÈSE.....	3
INTRODUCTION	6
1. LE CADRE GÉNÉRAL D'ACTIVITÉ DE L'ASSOCIATION ET LES CONVENTIONS LIANT LE DEPARTEMENT DE PARIS AVEC L'ÉTAT ET L'ADECA 75	8
1.1. La politique de dépistage du cancer en France	8
1.1.1. Le cancer en France, en Ile-de-France et à Paris	8
1.1.2. Le dépistage organisé des différents cancers	11
1.1.3. L'organisation administrative du dépistage au plan national et régional	16
1.2. La convention d'objectifs entre l'association et le département de Paris	22
1.2.1. Une politique municipale active en matière de lutte contre le cancer	22
1.2.2. Une convention d'objectif pluriannuelle jusqu'en 2016	25
1.2.3. La nature du lien entre l'association et le Département de Paris.....	30
2. LA GOUVERNANCE DE L'ASSOCIATION.....	34
2.1. Le fonctionnement des organes sociaux.....	34
2.1.1. Le conseil d'administration.....	35
2.1.2. Le bureau	37
2.1.3. L'assemblée générale	40
2.1.4. L'organisation administrative et opérationnelle.....	40
2.1.5. Les comités scientifiques et le conseil scientifique et éthique	40
2.2. Les représentants de la Ville de Paris et le suivi de l'ADECA 75	42
2.2.1. La participation au conseil d'administration	42
2.2.2. Le suivi de l'association par la DASES	43
2.3. Le personnel de la structure de gestion	46
2.3.1. Le personnel permanent	46
2.3.2. Les radiologues vacataires.....	51
3. LES ACTIVITÉS ET LES RESULTATS DE L'ASSOCIATION	54
3.1. Les procédures de dépistage organisés des cancers organisées par l'ADECA 75... 54	54
3.1.1. Le dépistage organisé du cancer du sein.....	54
3.1.2. Le dépistage organisé du cancer colorectal	57
3.2. Les missions confiées à l'ADECA 75	60
3.2.1. La sensibilisation et l'information des professionnels et de la population	60
3.2.2. Les relations avec les professionnels concourant au dépistage	63
3.2.3. La constitution et la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées	64
3.2.4. Les relations avec les personnes dépistées, le recueil des données et la transmission des résultats aux personnes concernées	65
3.2.5. La gestion optimale des moyens financiers au travers de l'utilisation du budget type..	66
3.2.6. L'évaluation interne et l'assurance qualité du programme	66
3.2.7. La contribution à l'évaluation du dispositif en transmettant les données et indicateurs d'évaluation et de pilotage	67
3.2.8. Le retour d'information vers les professionnels de santé.....	69
3.2.9. L'assurance de ses activités.....	70
3.2.10. La constitution de la liste des radiologues participant au programme	70
3.2.11. La stratégie d'invitation et les modalités d'entrée dans le dépistage.....	71
3.2.12. Les procédures de suivi après dépistage anormal ou techniquement insuffisants.....	72

3.3.	Les résultats d'activité de l'ADECA 75.....	73
3.3.1.	Les résultats nationaux en matière de dépistage organisé	73
3.3.2.	L'activité de l'ADECA 75 : participation et résultats	78
4.	LES FINANCES ET LA COMPTABILITÉ DE L'ASSOCIATION	92
4.1.	Organisation de la fonction comptable et financière.....	92
4.1.1.	Organisation générale	92
4.1.2.	Les procédures d'achat de l'association	94
4.1.3.	La procédure budgétaire et les modalités de financement des structures de gestion	96
4.2.	Le compte de résultat : produits et charges.....	101
4.2.1.	Évolution du résultat comptable	101
4.2.2.	Répartition des produits d'exploitation	103
4.2.3.	Répartition des charges d'exploitation.....	105
4.3.	Structure financière : le bilan et la trésorerie	108
4.4.	Les résultats analytiques et les coûts de gestion	109
4.4.1.	Résultats analytiques	109
4.4.2.	Les points en débat : le problème du loyer et la comparaison des coûts de gestion présentée par l'ADECA 75.....	110
5.	CONCLUSION : PERSPECTIVES DANS LE CADRE DE LA RÉGIONALISATION DES STRUCTURES DE GESTION	115
5.1.	Les modalités de la régionalisation du dépistage des cancers	115
5.1.1.	Le constat opéré par les différentes instances de contrôle	116
5.1.2.	Les étapes du processus de proposition pour l'évolution de l'organisation du dispositif de dépistage.....	117
5.1.3.	Les directives de la direction générale de la santé	118
5.2.	La réorientation des efforts de la Ville de Paris en matière de dépistage des cancers	121
5.2.1.	Les orientations stratégiques.....	121
5.2.2.	Esquisse des orientations à retenir pour la participation du Département de Paris aux activités de dépistages de la structure régionale	123
	TABLEAU DES RISQUES ADECA 75	127
	LISTE DES RECOMMANDATIONS	132
	TABLE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET ILLUSTRATIONS	133
	PROCÉDURE CONTRADICTOIRE	135
	LISTE DES ANNEXES	144

NOTE DE SYNTHÈSE

L'Association pour le dépistage des cancers à Paris (ADECA 75) est l'association support de la structure de gestion chargée d'organiser dans la capitale le dépistage des cancers du sein, du côlon-rectum et bientôt du col de l'utérus en application de la politique nationale de prévention menée par le ministère chargé de la santé et incarnée dans le Plan cancer 2014-2019. Un dépistage précoce de cette maladie permet en effet de réduire la mortalité des malades et la lourdeur des traitements. Dotée d'un budget de près de 1,9 million d'euros en 2016, l'ADECA 75 est intégralement financée par des fonds publics : elle reçoit chaque année une subvention de la DASES dans le cadre d'une délégation de compétence de l'Etat au Département de Paris (801 000 € en 2016), les activités de dépistage du cancer ayant été recentralisées par la loi sur les responsabilités locales de 2004. Le reste du budget est assuré par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (400 000 €) et les caisses d'assurance maladie (530 000 €).

L'audit a montré que l'ADECA 75 fonctionne de manière autonome par rapport à la collectivité parisienne mais il s'agit d'une association aux effectifs limités, avec un collège des institutionnels et des usagers et un collège des professionnels de santé de 49 personnes qui se réunissent selon les cas en formation de conseil d'administration ou d'assemblée générale. Les processus de travail sont sécurisés : les agents travaillent selon des procédures écrites sur un logiciel dédié utilisé par un grand nombre de structures de gestion et les délais fixés par les textes sont respectés, par exemple pour l'envoi de mammographies aux femmes dépistées. La contribution de la Ville a diminué de 15 % depuis 2014 et celle de la CPAM de 25 %, mais la situation financière et la trésorerie sont saines, les baisses de concours publics pouvant être amorties par les réserves antérieurement constituées. On peut estimer que les procédures d'achat auraient dû être conduites selon les règles applicables aux pouvoirs adjudicateurs de l'ordonnance de 2005 et non selon des règles internes imprécises. Si le loyer des bureaux occupés par l'ADECA 75 peut paraître élevé (182 000 € par an), il correspond aux prix du marché pour une surface nécessaire au travail administratif, au stockage des dossiers des patients et aux appareils de seconde lecture des mammographies.

Les missions de l'ADECA 75 qui emploie 14 personnes sont contenues dans plusieurs cahiers des charges annexés à un arrêté ministériel du 29 septembre 2006 qui définissent le fonctionnement de la structure de gestion, le financement des actions et l'organisation des programmes de dépistage des cancers... L'élaboration du budget suit une procédure normalisée et les règles de financement sont définies chaque année par instruction de la direction générale de la santé.

L'activité de l'ADECA 75 prend essentiellement trois formes. En premier lieu, la transmission d'une invitation à la population cible présente dans le fichier des caisses d'assurance maladie pour participer au dépistage, soit 175 000 invitations en 2016 pour le cancer du sein, qui prend la forme d'une mammographie chez un radiologue, et 283 000 invitations pour le cancer colorectal : le patient envoie à un laboratoire un test retiré lors d'une consultation chez son médecin traitant. Ce sont donc près de 450 000 Parisiennes et Parisiens âgés de 50 à 74 ans qui sont invités à participer chaque année aux deux dépistages à leur date anniversaire, puis tous les deux ans après le premier dépistage, les campagnes d'invitation étant réparties par moitié sur deux exercices. Ces courriers d'invitation et les nécessaires relances représentent une dépense annuelle de 650 000 €, le premier poste de charges du compte de résultat.

Le dépistage organisé du cancer du sein a pour avantages la gratuité et la réalisation systématique d'une seconde lecture des mammographies jugées normales par des radiologues vacataires dans les locaux de l'ADECA 75, afin de vérifier qu'elles ne présentent pas d'anomalies. Le second examen permet de dépister chaque année plusieurs cancers passés inaperçus en première lecture. Pour le cancer colorectal, le système a été

réorganisé : un test immunologique plus efficace et mieux accepté a remplacé le test au gaïac en 2015 et un laboratoire de biologie médicale unique lecteur des tests envoie les résultats de chaque patient à l'ADECA 75.

En second lieu, l'association doit assurer le suivi particulier des personnes dont les mammographies ou les tests dits « positifs » présentent des anomalies, par des contacts avec le médecin traitant, le radiologue ou la personne concernée, afin de s'assurer que des examens adaptés ont été conduits (échographie, biopsie, coloscopie...) ou un traitement engagé.

L'activité de l'ADECA 75, soumise aux cahiers des charges nationaux et dont les procédures font l'objet d'instructions précises afin de respecter des normes de qualité et des délais stricts, s'apparente à celle d'une « unité de production ». De nombreux indicateurs et des relevés de données relative à la population invitée et dépistée sont envoyés à échéances régulières à l'Institut national de veille sanitaire-Santé publique France.

Enfin, l'association est chargée de relayer les campagnes nationales de promotion des dépistages initiées par l'Institut National du Cancer, et de mener des actions de sensibilisation et d'information de la population et des professionnels de santé, généralement en partenariat avec d'autres structures (Ligue contre le cancer...). Les interventions visant le grand public alternent avec des actions dirigées vers les populations défavorisées, par exemple en quartiers Politique de la Ville, en coopération avec les associations locales et les Ateliers Santé Ville de la DASES.

Les résultats de ces activités ne sont pas à la hauteur des moyens engagés. Le taux de participation des Parisiens aux activités de dépistage organisé stagnent et sont inférieurs à la moyenne et aux objectifs nationaux : pour le cancer du sein 40 000 personnes dépistées par an, soit 27,2 % en taux INSEE contre un taux national de 52 % environ, mais l'objectif de 65 % du Plan cancer est presque atteint à Paris grâce à une participation importante au dépistage individuel. 2000 mammographies présentent une anomalie qui donne lieu à examens complémentaires pour détecter un éventuel cancer : une centaine en 2015, dont une dizaine de cancers détectés en seconde lecture. Le taux parisien de participation est de 26,5 % pour le cancer colorectal contre 31,7 % au niveau national, ce qui reste inférieur aux recommandations européennes de 45 % minimum (soit 66 500 tests/population cible de 282 000 Parisiens), mais ce chiffre remonte rapidement depuis le remplacement en 2015 du test au gaïac par un test immunologique. Pour ces deux données, les taux parisiens sont inférieurs aux taux des autres départements franciliens qui ne sont pas non plus satisfaisants.

Ces résultats jugés insuffisants, mais dont il serait injuste de faire porter la responsabilité à la seule ADECA 75 étant donné la sociologie de Paris et le contexte épidémiologique, ont entraîné une réduction des concours financiers du département et de la CPAM, également justifiée par la reprise de certains frais par cette dernière (affranchissements, tests pour le cancer colorectal). Le souhait d'améliorer le taux de couverture a conduit l'Etat à entamer une profonde réforme de l'organisation du dépistage des cancers, qui sera confié à un centre de coordination unique au niveau régional sous la forme d'un groupement d'intérêt public, à partir de 2019. Il s'appuiera sur des échelons locaux pour certaines de ses missions de proximité, mais les structures départementales existantes comme l'ADECA 75 seront amenées à disparaître en tant qu'entités juridiques autonomes et à fusionner dans le nouveau centre. Les autorités de tutelle doivent définir en concertation avec les structures les modalités de mise en œuvre techniques, juridiques et informatiques de la régionalisation, et en particulier la répartition des fonctions entre niveau régional et local. Les procédures d'envoi d'invitations et de suivi des résultats seraient centralisées. Si la fusion doit ainsi conduire à de profonds changements organisationnels et amener des économies d'échelle, la montée de la prise en charge du dépistage du cancer de l'utérus - qui fait l'objet d'une préfiguration régionale - amènera un surcroît d'activité notable pour les nouvelles structures.

Dans la mesure où la Ville de Paris envisage de redéfinir sa politique d'aide à la lutte contre le cancer et particulièrement le rôle des Accueils cancer, il serait opportun de réorienter les crédits correspondant à la compétence recentralisée vers un ensemble d'actions qui ne se limiteraient pas au dépistage, et qui seraient définies dans une nouvelle convention avec l'Etat. Dans ce cadre, à côté de ses actions actualisées d'accompagnement des usagers, l'implication de la Ville dans le dépistage des cancers pourra se concrétiser dans un accord avec le GIP régional qui mettrait l'accent sur les actions d'information et de sensibilisation au dépistage organisé à destination des populations fragiles de la capitale et des professionnels de santé dans les quartiers défavorisés.

Dans l'attente de cette évolution à venir de l'organisation du dépistage organisé en région d'Ile-de-France, les recommandations du rapport portent essentiellement sur l'amélioration des conditions juridiques de la gouvernance de l'association et de ses contrats de commande.

---00---000---00---

INTRODUCTION

Par note de la Maire de Paris en date du 22 mars 2017, l'Inspection Générale a été chargée de mener une mission d'audit de l'association pour le dépistage du cancer à Paris (ADECA 75), qui a reçu en 2016 une subvention de fonctionnement départementale d'un montant de 801 000 € inscrite au budget de la sous-direction de la santé de la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES). Créée en 2002 dans le cadre du Plan Cancer lancé par le Président de la République, l'ADECA 75 est la structure de gestion unique de dépistage des cancers pour Paris. Elle a principalement pour mission de sensibiliser la population et les professionnels au dépistage des cancers, d'inviter les populations-cibles à se faire dépister, d'organiser la seconde lecture des mammographies pour le cancer du sein, d'assurer la remise des kits de dépistage et la lecture des prélèvements biologiques pour le cancer colorectal. Elle est également chargée de l'envoi des résultats aux patients et du suivi des personnes ayant un résultat positif.

L'audit de la structure parisienne s'est déroulé dans un contexte d'évolution des relations entre les financeurs et la structure et de l'environnement réglementaire.

Le Plan cancer 2014-2019 a pour objectif de régionaliser le dispositif de dépistage organisé des cancers : les directives de la direction générale de la santé visent à mettre en place une entité juridique unique qui regroupera les structures de gestion départementales actuelles. Dans ce cadre, l'ADECA 75, association-loi de 1901, est vouée à disparaître en tant que telle, les fonctions qu'elle assure en matière de dépistage organisé étant réparties entre l'échelon régional et des antennes territoriales. Les incertitudes sur la répartition des activités et les modalités de fusion et de reprise des personnels, alors que les instructions ministérielles fixent la date d'effet de la nouvelle organisation au 1^{er} janvier 2019, rendent difficile la détermination de perspectives précises pour l'association. Les négociations se poursuivent fin 2017 dans le cadre de groupes de travail dirigés par l'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie.

Récemment, les relations entre les trois entités financeuses et la structure ont été agitées. Dans une lettre du 23 juin 2015 au président actuel de l'ADECA 75, l'Agence régionale de santé, membre observateur, et la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ile-de-France, membre de droit du conseil d'administration, ont émis des critiques sur le fonctionnement des instances de décision et d'expertise de la structure [.....]. *Le membre de phrase qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.* Les institutions souhaiteraient qu'un plan d'action stratégique soit déterminé sur plusieurs années avec la participation de spécialistes de la question.

Ces reproches sur le bon fonctionnement de l'entité et la nécessité d'améliorer les résultats en matière de dépistage organisé du cancer colorectal ont été soulignés par le Maire-adjoint chargé de la santé dans une lettre du 13 octobre 2015, qui demandait à l'association d'alléger ses frais de structure et annonçait une diminution de la participation financière départementale. De son côté, le président de l'ADECA 75 se plaignait de la baisse globale des subventions compensée par une gestion saine et économe de l'association et du versement tardif des concours financiers faute de véritable dialogue de gestion. Il proposait de développer une stratégie de promotion des dépistages organisés¹. Ces divergences de vues auraient justifié la saisine de l'Inspection générale à l'initiative de la direction de tutelle. Cela ne s'est toutefois pas concrétisé immédiatement

¹ Lettres des 14 avril et 18 novembre 2015.

ni même dans un délai raisonnable². Lancée en décembre 2016, la mission allait donc connaître des difficultés dans son déroulement du fait de ce contexte conflictuel, ainsi que de circonstances extraprofessionnelles.

La lettre de saisine demande à l'Inspection générale d'examiner trois points :

- les conditions dans lesquelles cet organisme assure ses missions, l'organisation du dépistage des cancers et l'information des populations-cibles et des professionnels de santé ;
- les raisons pour lesquelles le taux de dépistage du cancer du sein (mais c'est également vrai pour le cancer colorectal) reste en deçà de la moyenne nationale et des objectifs ;
- le suivi des activités de l'ADECA 75 par la DASES.

Le sujet de l'organisation du dépistage des cancers est en constante évolution, ce qui peut conduire certains des constats et des préconisations opérés dans ce rapport à une obsolescence rapide : en dehors du projet de réorganisation des structures de gestion départementales en cours d'application, un plan d'action pour la rénovation du dépistage du cancer du sein a été arrêté en avril 2017 par le ministère de la santé et l'Institut national du cancer (INCa), et le gouvernement a réaffirmé, dans la « stratégie nationale de santé 2018-2022 » récemment arrêtée, la nécessité de « développer une politique de repérage, de dépistage et de prise en charge des pathologies chroniques dont les cancers »³.

La mission s'est déroulée de façon classique :

- entretiens avec l'adjoint à la Maire, chargé de la santé, des relations avec l'AP-HP et du handicap et avec la conseillère santé de la Maire ;
- entretien avec la direction de tutelle et vérification du dossier papier de l'ADECA 75 tenu par le bureau de la prévention et des dépistages ;
- entretiens avec le président et les salariés de la structure à l'occasion de plusieurs réunions sur place. Les documents nécessaires ont été mis à disposition des auditeurs, quoique seulement sous forme papier pour la quasi-totalité d'entre eux ;
- entretiens avec les représentants des deux autres financeurs et tutelles : ARS et CPAM de Paris ;
- entretiens avec deux médecins de la DFPE consultés à titre d'experts ;
- visite du Village d'information consacré au cancer du sein et à son dépistage, Place de la République, dans le cadre de la campagne « Octobre rose ».

Le rapport aborde successivement le cadre juridique de l'activité de l'association, son organisation et sa gouvernance, ses différentes activités et les résultats, les questions financières et comptables, et en conclusion les perspectives dans le cadre de la régionalisation des structures de gestion.

² L'ARS et l'Assurance maladie avaient envisagé un audit dans une réunion du 9 janvier 2015 à laquelle la Ville convoquée n'était pas représentée mais dont le compte rendu figure au dossier de l'ADECA 75 à la DASES.

³ Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 : il prévoit de « mettre en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans, faire évoluer le dépistage du cancer du sein en mettant à disposition les moyens techniques les plus performants et en personnalisant le dépistage proposé en tenant compte du niveau de risque, augmenter la participation de la population-cible dans le dépistage du cancer colorectal, identifier les nouvelles opportunités de dépistage des cancers les plus fréquents ou les plus meurtriers ».

1. LE CADRE GÉNÉRAL D'ACTIVITÉ DE L'ASSOCIATION ET LES CONVENTIONS LIANT LE DEPARTEMENT DE PARIS AVEC L'ÉTAT ET L'ADECA 75

1.1. La politique de dépistage du cancer en France

En France, le nombre de décès par cancer en 2015 est estimé à près de 150 000 hommes et femmes et le nombre de nouveaux cas de cancer à 385 000.

Sensible à ces chiffres préoccupants depuis de nombreuses années, le Président de la République a lancé en 2003 un premier plan de mobilisation nationale contre le cancer⁴, suivi par deux autres plans, pour 2009-2013 et 2014-2019.

Les objectifs du Plan cancer sont rappelés dans l'article 1er de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers : « *Le plan de mobilisation nationale contre le cancer constitue un programme de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique. Ce programme a pour objectif de diminuer la mortalité par cancer de 20 % en 2007 en agissant sur l'ensemble des aspects de la lutte contre le cancer : prévention, dépistage, amélioration de la qualité des soins, accompagnement social des patients et de leur famille ; formation des professionnels, recherche, création de l'Institut national du cancer, chargé de coordonner l'ensemble des intervenants de la lutte contre le cancer et de mettre en œuvre l'ensemble des mesures du plan* ».

Le premier plan comprenait huit mesures visant à développer le dépistage des cancers pour lesquels cette démarche est véritablement utile, en facilitant l'accès du plus grand nombre à ce type d'examen : généraliser le dépistage organisé du cancer du sein, renforcer le réseau des consultations d'oncogénétique afin d'offrir un accès équitable à l'ensemble de la population, poursuivre l'expérimentation du dépistage des cancers colorectaux et l'utilisation du test Hémocult, mener des campagnes d'information du public sur la détection des mélanomes, sensibiliser les professionnels au dépistage précoce, renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le Plan cancer 2009-2013 a constaté qu'il restait d'importantes inégalités d'accès et de recours au dépistage, de caractère socio-économiques, culturelles et territoriales. Le dépistage fait partie des six axes clés de la politique de lutte contre le cancer avec la recherche, l'observation, la prévention, les soins et la qualité de vie, qui sont développés dans 185 points.

Le dispositif de dépistage organisé des cancers est généralisé à l'ensemble du territoire pour les cancers du sein depuis 2004 et colorectal depuis 2009, et il est prévu de généraliser le dépistage du cancer du col de l'utérus en 2018⁵.

1.1.1. Le cancer en France, en Ile-de-France et à Paris

1.1.1.1. L'incidence et la mortalité des cancers en France, en Ile-de-France et à Paris

Statistiquement, il faut distinguer l'**incidence** de la maladie (le nombre de nouveaux cas survenant pendant une période donnée) et la **mortalité**. Afin de faciliter les comparaisons, on utilise des taux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale (TSM). Ces chiffres permettent des comparaisons entre pays dans le temps en s'affranchissant des

⁴ En abrégé, « Plan cancer », présenté le 24 mars 2003 pour la période 2003-2007.

⁵ Instruction n° GS/SP5/2016/166 du 25 mai 2016 relative aux modalités de désignation des structures régionales de préfiguration de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et lettre du 21 juillet ARS et CPAM IDF aux présidents des structures de gestion annonçant la désignation de l'association ADOC 94 comme structure de préfiguration pour l'Ile-de-France.

particularités des populations nationales, notamment leur augmentation ou leur vieillissement.

On observe en France comme dans tous les pays développés une progression du nombre des cancers : le vieillissement de la population en est en partie la cause mais les taux d'incidence standardisés, qui neutralisent les effets démographiques, confirment la hausse depuis plusieurs décennies.

Contrairement à l'incidence, la mortalité par cancer diminue. Chez les femmes, la baisse a commencé dès le milieu des années soixante. Elle est plus tardive (fin des années quatre-vingt) mais très marquée ces deux dernières décennies chez les hommes. Malgré cette baisse, **les cancers de toute origine constituent la première cause de mortalité en France, représentant près de 30 % de tous les décès, et ceci pour les deux sexes**, notamment avant 65 ans. C'est la seconde cause de décès après les infarctus dans la plupart des autres pays d'Europe⁶.

Les derniers chiffres disponibles pour la France peuvent être ainsi synthétisés :

Tableau 1 : Nombre de nouveaux cas de cancers et de décès dus au cancer par an en France métropolitaine (2012 et 2015)

2012	NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE CANCERS PAR AN			NOMBRE DE DECES DUS AU CANCER PAR AN		
CANCER	HOMME	FEMME	TOTAL	HOMME	FEMME	TOTAL
PROSTATE	53 465		53 465	8 876		8 876
SEIN		48 763	48 763		11 886	11 886
CÔLON RECTUM	23 226	18 926	42 152	9 275	8 447	17 722
POUMON	28 211	11 284	39 495	21 326	8 623	29 949
TOTAL	104 902	78 973	183 875	39 477	28 956	68 433
Avec les autres cancers	HOMME	FEMME	TOTAL	HOMME	FEMME	TOTAL
TOTAL (2015)	211 000	174 000	385 000	84 100	65 400	149 500
Taux d'incidence ⁷ (pour 100 000)	362,4	272,6	Taux de mortalité ⁸ (pour 100 000)	124	72,9	
Evolution taux d'incidence 2005-2012	(1,3 %) par an	0,2 % par an	Evolution taux de mortalité 2005-2012	(2,9 %) par an	(1,4 %) par an	
Age médian au diagnostic	68 ans	67 ans	Age médian au décès	73 ans	77 ans	

Source : Tableau IG d'après Site INCa - épidémiologie des cancers - 2016

En 2015, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 385 000 : 211 000 hommes et 174 000 femmes avec dans l'ordre le cancer de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon. Le cancer de la prostate se situe au premier rang des cancers chez l'homme, le cancer du sein chez la femme.

⁶ Selon [.....], Ancien directeur de l'EHESP (Ecole des hautes études en santé publique) dans un article publié le 26 mars 2014 sur le site Atalntico, l'ordre est le suivant : cancers (30 %), maladies coronariennes (20 %), AVC (6 %), accidents, maladie d'Alzheimer, diabète, pneumonies ou gripes, suicides, broncho-pneumopathies chroniques obstructives, maladies du rein.

⁷ Le taux d'incidence d'une maladie est le nombre de cas pour 100 000 personnes par an.

⁸ Le taux de mortalité présente les mêmes caractéristiques que le taux d'incidence pour la mortalité. La baisse était de 1,5 % par an entre 1980 et 2012 pour les hommes, de 1 % pour les femmes.

La baisse du taux d'incidence entre 2005 et 2012 est due à celle du cancer de la prostate, le ralentissement de la progression pour les femmes à la baisse de l'incidence du cancer du sein.

En termes de mortalité, le nombre de décès par cancer est estimé à 149 500 en 2015 : 84 100 chez l'homme et 65 400 chez la femme. La baisse du taux de mortalité s'accroît depuis l'intervention des plans cancers : entre 2005 et 2012, - 2,9 % chez l'homme, - 1,4 % chez la femme.

Les cancers les plus fréquemment tueurs sont le cancer du poumon (21 326 décès, surtout chez l'homme, mais en forte progression chez la femme aussi, puisqu'il rattrape progressivement le cancer du sein en nombre de décès : 11 886 pour ce dernier), le cancer du rectum et du côlon (17 722 décès) et le cancer de la prostate (chez l'homme : 8 876).

On constate donc un classement inversé entre les cancers des deux sexes au regard du taux d'incidence d'une part et de la mortalité d'autre part.

1.1.1.2. Le cancer en Ile-de-France et à Paris

L'Ile-de-France n'est pas épargnée par cette maladie. Dans une étude de l'observatoire régional de la santé (ORS) malheureusement un peu ancienne⁹, on estime à 50 000 le nombre de nouveaux cas de cancers en Ile-de-France en 2005, qui sont à l'origine de plus de 22 000 décès chaque année, dont un tiers de moins de 65 ans.

Selon une étude sur le cancer du sein à Paris effectuée par une interne de santé publique missionnée par le bureau de la prévention et des dépistages de la DASES¹⁰, on relève une surincidence du cancer du sein en Ile-de-France depuis 1980 (106,1 en taux standardisé en 2005 contre 101,5 en France - chiffres sur Paris non disponibles).

Ces chiffres élevés font du cancer la première cause de mortalité prématurée dans la région. L'Ile-de-France se caractérise par une sous-mortalité par cancer pour les hommes, y compris avant 65 ans, et une surmortalité significative pour les femmes : les Franciliennes se distinguent par un niveau relativement élevé de mortalité par cancer du sein et par cancer du poumon.

Le classement francilien des localisations pour les incidences et la mortalité est identique à la hiérarchie nationale, à l'exception du cancer du sein qui est le premier en termes d'incidences devant le cancer de la prostate.

Tableau 2 : Nouveaux cas et mortalité des cancers en Ile-de-France en 2005

	NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE CANCERS PAR AN (2005)			NOMBRE DE DECES DUS AU CANCER PAR AN (2005-2007)		
	HOMME	FEMME	TOTAL	HOMME	FEMME	TOTAL
Plus de 65 ans	15 351	10 822	26 173	8 186	6 881	15 067
Moins de 65 ans	11 258	12 223	23 481	4 412	2 887	7 299
Total	26 609	23 045	49 654	12 608	9 768	22 376

Source : ORS IDF

L'augmentation du nombre de cancers constatée par les statistiques médicales (réseau Francim) de 34 500 cas en 1990 à près de 50 000 en 2005 est importante (+ 45%), mais le nombre de décès apparait en légère baisse dans un contexte de vieillissement et de

⁹ Note « Epidémiologie des cancers en Ile-de-France » par [...], Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, mars 2011.

¹⁰ [...] pour le Centre médico-social Belleville : « Dépistage du cancer du sein à Paris - Etat des lieux, facteurs liés à l'adhésion et propositions d'actions ».

croissance de la population francilienne. Selon le tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France émanant de l'ARS¹¹, le constat est à la diminution significative de la mortalité spécifique par cancer en Ile-de-France chez les femmes âgées de 50 à 79 ans de 2005 à 2013.

Pour Paris, l'étude de l'ORS donne quelques chiffres : la capitale est mieux placée que la moyenne régionale pour la mortalité masculine, c'est l'inverse pour la mortalité féminine.

Tableau 3 : Nombre de décès dus au cancer à Paris et Mortalité chez la femme due au cancer du sein et du poumon à Paris

NOMBRE DE DECES DUS AU CANCER PAR AN (2005-2007)			MORTALITE CHEZ LA FEMME DUE AU CANCER PAR AN (2005-2007)		
Nombre standardisé sur la population européenne/100 000	PARIS	REGION	Nombre standardisé sur la population européenne/100 000	PARIS	REGION
HOMMES	209,6	225,1	CANCER DU SEIN	27,3	26,3
FEMMES	122,4	120,8	CANCER DU POUMON	18,6	16,7

Source : ORS IDF

Paris a des taux plus élevés que la région pour la mortalité par les cancers féminins du sein et du poumon, alors que l'Ile-de-France a déjà des moyennes plus élevées que la France entière pour ces deux cancers.

Selon l'étude de la DASES, le taux de mortalité parisien est également supérieur à ceux reconnus en France et en Ile-de-France, bien qu'ils soient tous en décroissance de 1991 à 2006. Le cancer du sein cause 420 décès par an à Paris. L'étude montre une disparité supérieure à 5 % par rapport à la moyenne régionale pour les 6^e (sous-mortalité), 14^e, 18^e et 20^e arrondissements (surmortalité).

1.1.2. Le dépistage organisé des différents cancers

La diminution de la mortalité par cancer qui vient d'être évoquée se traduit par une amélioration de l'espérance de vie des personnes atteintes par la maladie. Elle est due :

- à la diminution de l'incidence de certains cancers à pronostic défavorable au profit de cancers de meilleur pronostic (sein, prostate) ;
- à la détection plus précoce et en plus grand nombre de certains cancers, notamment dans le cadre du dépistage organisé (sein) ou du dépistage individuel (prostate) ;
- à des progrès sensibles dans le traitement de ces pathologies.

Pour certains cancers (par exemple ceux du sein, du col de l'utérus, du côlon), la mise en place d'un programme de dépistage constitue un moyen efficace de diminuer la mortalité due à ceux-ci en les diagnostiquant à temps et de diminuer la lourdeur des traitements liés à une prise en charge tardive. Les taux de survie sont en effet élevés quand ces cancers sont diagnostiqués tôt (neuf chances sur dix de guérison¹²), car s'ils sont détectés à un stade avancé ils ne peuvent plus être traités ou opérés.

¹¹ Tableau de bord DOCS/ARSIF/EFFECT - 14 mars 2017.

¹² Ainsi la guérison est obtenue dans 90 % des cas quand le cancer du sein est inférieur à 1 cm et que les ganglions ne sont pas touchés.

Les rapporteurs entendent rappeler les éléments d'appréciation qui ont conduit au choix du dépistage organisé, d'autant plus que certains aspects du sujet font l'objet de controverses scientifiques et de campagnes critiques dans la presse.

1.1.2.1. Le cancer du sein

Pour le Haut Conseil de la Santé Publique, « *l'intérêt de la mammographie n'est plus à prouver dans les pays occidentaux*¹³ », ses effets sur la réduction de la mortalité ayant été montrés par de nombreuses études : les administrations et organisations internationales le recommandent avec des âges et des rythmes légèrement variables. Seule l'Asie n'a connu que récemment la généralisation du dépistage du cancer du sein. En France, des expérimentations et des essais menés dans les années 1985-1995 ont montré une réduction importante de la mortalité de ce cancer dans les populations de femmes soumises au dépistage¹⁴. Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein est généralisé à l'ensemble du territoire depuis 2004.

Même si l'efficacité du dépistage organisé du cancer du sein est démontrée, il suscite encore des controverses (méta analyse Cochrane de 2001 ; article dans « Que Choisir » du mois d'octobre 2012 : Le dépistage organisé a-t-il un intérêt, sauve-t-il vraiment des vies ? Les moyens mis en œuvre ne ont-ils pas démesurés ? ; article dans Le Monde en octobre 2016). Sur son site Internet, l'ADECA 75 développe plusieurs arguments en faveur de la politique de dépistage du cancer du sein¹⁵ ;

- la fréquence et la mortalité de ce cancer : 53 000 nouveaux cas en 2011, première cause de décès chez la femme avec 15 000 décès par an ; une femme sur 10 est touchée au cours de sa vie ;
- l'existence de traitements efficaces ;
- un test sensible, la mammographie, qui conduit à la détection de cancers non palpables de petite taille et sans envahissement ganglionnaire, ce qui permet un traitement efficace avec des thérapeutiques moins agressives ;
- au final, le dépistage conduit à une diminution de la mortalité (baisse relative de 25 %).

Dans les conditions de qualité d'un programme organisé, les études montrent que les avantages l'emportent sur les risques qui sont principalement de deux ordres :

- les « faux positifs » : la lésion détectée va s'avérer bénigne après radiologie ou biopsie et la femme aura été inutilement inquiétée ;
- le surdiagnostic : on traite un cancer qui en fait n'aurait pas évolué du vivant de la femme.

Mais les premiers se rencontrent surtout avant 50 ans ; or l'âge est le principal facteur de risque, car plus de la moitié des cancers surviennent après 54 ans. 80 % des cancers du sein et 90% des cancers du côlon sont diagnostiqués après 50 ans.

Le risque de surdiagnostic ne doit pas occulter que le dépistage à un stade précoce permet d'augmenter le traitement plus efficace des cancers de moins bon pronostic. Il faut de plus tenir compte des progrès technologiques avec la mammographie numérique. Enfin,

¹³ Rapport d'évaluation sur 10 ans de politique de lutte contre le cancer (2004-2014).

¹⁴ A la suite d'une expérience de dépistage dans dix départements pilotes menée entre 1989 et 1991 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Direction générale de la santé (DGS) a établi en 1994 un programme national de dépistage organisé du cancer du sein. Ce programme a été généralisé à tout le territoire au début de l'année 2004.

¹⁵ [.....], radiologue, Institut Curie, ancienne présidente de la Société française de mastologie et d'imagerie du sein : « Documentation de référence » sur le site de l'ADECA 75.

lorsqu'un cancer de bon pronostic est détecté, l'abstention thérapeutique n'est pas à l'ordre du jour du fait de la fréquence connue de cancers additionnels dans le sein atteint et souvent invisibles en imagerie.

Pour 1000 femmes soumises tous les deux ans à une mammographie de 50 à 69 ans, 7 à 9 décès sont évités et 4 femmes sont surdiagnostiquées. Le dépistage sauverait donc deux fois plus de vies qu'il n'occasionne de surdiagnostics. En définitive, il s'agit d'une sorte de solidarité : ce ne sont pas les mêmes femmes qui encourent les effets plus ou moins délétères du dépistage (sensation désagréable au moment de l'examen, angoisse, biopsies inutiles, surdiagnostic...), et qui en recueillent les bénéfiques : les premières sont plus nombreuses, les dernières bénéficient beaucoup puisqu'elles ont la vie sauvée.

La méthode de dépistage qui peut être proposée à l'ensemble d'une population à risque moyen, en bonne santé, doit être simple, acceptable, sans danger, peu coûteuse et d'efficacité démontrée.

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en France en 2004. Il a pour double objectif de réduire la mortalité liée au cancer du sein et d'améliorer l'information et la qualité des soins des personnes concernées.

Le dépistage organisé s'inscrit dans une politique dont les stratégies ont été préalablement définies (tranches d'âges, fréquences, procédures) et s'appuie sur une équipe responsable de la gestion du programme. Il comprend :

- un examen clinique systématique ;
- des clichés supplémentaires si besoin ;
- un bilan diagnostique en cas d'images suspectes ;
- le recours à une double lecture ;
- une évaluation.

Il présente comme intérêt :

- un renforcement de l'information individuelle ;
- la qualité : le matériel est contrôlé, les radiologues sont formés et doivent maintenir un taux d'activité minimale ;
- la gratuité : la prise en charge par la sécurité sociale garantit aux assurées sociales de 50 à 74 ans l'égalité d'accès au dépistage sur l'ensemble du territoire ;
- la sécurité : deux lectures sont effectuées par deux radiologues différents : 9 % des cancers sont dépistés à la seconde lecture (« faux négatifs ») ;
- la régularité : les invitations sont envoyées tous les deux ans et les cas positifs font l'objet d'un suivi individuel ;
- l'évaluation : la centralisation des données et des résultats permettent de mesurer la pertinence des pratiques du dépistage et de son pilotage par l'InVS.

Les inconvénients sont le résultat différé de la seconde lecture (15 jours maximum), la désappropriation du dépistage par les professionnels, et dans quelques cas rares des cancers radio-induits. Comme toute politique de santé de masse, le dépistage organisé présente aussi un coût global, estimé par la Haute Autorité de Santé à 216,3 M€ en 2008 (13 510 € par cancer dépisté), dont 211,1 M€ pour l'Assurance maladie¹⁶.

¹⁶ Le coût total du cancer du sein pour la collectivité est estimé par la même source à 3,2 Mds€ en 2004 (coûts directs : 3,2 Mds, coûts indirects - arrêts maladie et pertes de production : 1,75 Mds).

Le dépistage individuel permet d'adapter le rythme d'examen à chaque patiente, d'obtenir des résultats immédiats et d'impliquer le médecin prescripteur, mais il ne comporte pas de double lecture, fait subir à la patiente des dépassements d'honoraires et n'entre pas dans un programme de contrôle qualité organisé.

Pour observer une diminution significative de la mortalité par cancer du sein, il faut que 70 à 80 % des femmes invitées participent en se faisant dépister tous les deux ans. Le référentiel européen préconise un taux de participation au moins égal à 70 %.

Les modalités de dépistage peuvent d'ailleurs évoluer : le troisième rapport de suivi remis en février 2017 au Président de la République annonce que « *le renouveau profond du dépistage du cancer du sein a été engagé* ». Suite aux travaux de la concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein confiée en 2015 à l'INCa¹⁷, un « Plan d'action pour la rénovation du dépistage du cancer du sein » a été remis à la ministre des affaires sociales et de la santé par l'INCa et la Direction générale de la santé (DGS) en avril 2017. Il comprend douze mesures : le dépistage organisé développera un parcours plus personnalisé, fondé sur une meilleure information des femmes (celles de 25 ans auront une sensibilisation au dépistage), sans frein financier, avec une information renouvelée, sera mieux coordonné, et impliquera davantage le médecin traitant. Les femmes atteignant 50 ans seront invitées à une consultation avec leur médecin traitant ou leur gynécologue qui décidera avec elle de leur entrée dans le système de dépistage organisé. A priori celui-ci ne serait donc plus généralisé puisqu'il faudra passer par le filtre du médecin traitant¹⁸.

1.1.2.2. Le cancer colorectal

Ce cancer est le troisième en termes de fréquence après les cancers de la prostate et du sein, avec 42 000 nouveaux cas estimés en 2012 en France. Il est le deuxième en termes de mortalité (après celui du poumon), avec 17 500 décès estimés. Bien que l'incidence ait quasiment doublé des années 80 à nos jours, on note une tendance à une stabilisation ces dernières années ; en parallèle, le taux de mortalité est plutôt à la baisse.

On note de très grandes différences dans la manière dont les pays ont organisé les programmes de dépistage ainsi que pour les tests utilisés. En 2003 le Conseil européen recommande la mise en place de programmes de prévention et de dépistage organisé, justifiée par un ensemble de considérations qui sont réunies dans ce cas :

- c'est une pathologie fréquente ;
- c'est une pathologie dont le pronostic est grave, avec une mortalité tous stades confondus d'environ 50 % ;
- son histoire naturelle est connue : le cancer résulte dans 60 à 80 % des cas de la lente transformation d'un polype adénomateux (tumeur bénigne mais lésion précancéreuse) en lésion maligne ; cette évolution durant en moyenne 10 ans ;
- il n'existe pas, à ce jour, de prévention primaire efficace ;
- il existe un intérêt établi d'un diagnostic précoce : un traitement efficace existe en cas de découverte au stade précoce ou au stade précancéreuse: exérèse chirurgicale des polypes/adénomes avant leur transformation cancéreuse, ou du cancer à un

¹⁷ Trois conférences enrichies par des contributions reçues sur Internet, avis d'experts... Les travaux du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) sur les bénéfices et limites du dépistage du cancer du sein, publiés en juillet 2016, ont également nourri les réflexions. Cette évaluation conclut que pour la tranche d'âge de 50 à 69 ans, la réduction significative de la mortalité par cancer du sein observée l'emporte sur les effets de surdiagnostic et sur les autres effets indésirables.

¹⁸ On en reviendrait aux modalités prévues par le premier arrêté approuvant le cahier des charges du 27 septembre 2001 : « *la structure de gestion privilégie l'invitation par les médecins traitants* » puis l'invitation systématique à partir d'un fichier centralisé unique (paragraphe 321 et 322).

stade précoce, avec de bons résultats en termes de survie (survie à 5 ans au stade I de 94 %) ;

- le test de dépistage utilisé (Hémocult II), qui permet la recherche de sang occulte dans les selles, répondait aux critères de l'OMS pour un dépistage organisé : simple, acceptable, peu onéreux, sans danger, d'efficacité démontrée avec un compromis acceptable entre sensibilité et spécificité ;
- l'efficacité du dépistage est avérée. Plusieurs études contrôlées, réalisées au sein de populations bien définies (individus à « risque moyen » âgés de 50 à 74 ans), montrent qu'il est possible de diminuer la mortalité par cancer colorectal de 15 à 20 % lorsqu'une recherche de sang occulte est réalisée dans les selles tous les 2 ans, la réduction de mortalité étant plus importante (de l'ordre de 30 %) si l'on considère seulement les participants au dépistage.

Après une phase pilote dans 23 départements métropolitains, le dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire à partir de 2009. En France la population des personnes de la tranche d'âge concernée est évaluée à 18,4 millions d'individus, dont 16 millions ont été invités à participer au programme. Plus de huit millions de personnes sont invitées annuellement par les structures de gestion sur tout le territoire, départements d'outre-mer compris.

Parmi les difficultés d'adhésion au programme rencontrées selon les études effectuées par l'InVS en 2009 : les personnes ne sont pas convaincues ou ne se sentent pas concernées, ou bien il s'agit d'hommes moins familiers de ce type de dépistage organisé.

De plus, les méthodes de détection progressent rapidement et doivent être évaluées régulièrement afin de faire évoluer la stratégie de dépistage proposée. C'est ainsi que le test de prélèvement Hémocult au gaïac a été remplacé par le test immunologique à lecture automatisée OC-Sensor. Le nouveau test repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à la présence d'anticorps. Ce changement justifié par la facilité d'utilisation et la plus grande sensibilité du nouveau test, et donc son acceptabilité, a créé une interruption dans l'activité de dépistage.

L'efficacité du programme de dépistage sur la réduction de la mortalité repose sur une participation soutenue de la population cible. Même s'il n'existe pas d'effet seuil, on peut retenir qu'une diminution significative de la mortalité de 15 à 20 % n'est obtenue que si au moins la moitié de la population concernée (50 %) participe régulièrement au dépistage et si une coloscopie est réalisée en cas de test positif (suivie éventuellement d'un traitement adapté). Un tel taux de participation est obtenu avec un simple envoi postal de test en Europe du Nord et en Angleterre.

1.1.2.3. Le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus touche chaque année 3 000 femmes et fait 1 100 morts en France. C'est un des seuls cancers dont le taux de survie à cinq ans se dégrade (68 % en 1990, 64 % en 2002). L'incidence et la mortalité de ce cancer sont en baisse mais cette baisse se ralentit depuis le début des années 2000.

La lutte contre le cancer du col de l'utérus va prendre deux formes de prévention primaire et secondaire :

- la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) transmis par voie sexuelle à partir de 11 ans : la vaccination est recommandée pour les jeunes filles de 11 à 14 ans avec rattrapage pour les jeunes filles de 15 à 19 ans non vaccinées. La couverture vaccinale est très faible (moins de 20 % des jeunes filles de moins de 16 ans en 2014). Le Plan cancer définit un taux de couverture à atteindre de 60 % ;
- la réalisation d'un frottis tous les trois ans pour les femmes de 25 à 65 ans.

14 pays de l'Union européenne ont un programme national de dépistage obligatoire dont 8 depuis plus de 20 ans. Suite à une expérimentation dans plusieurs départements depuis 1990, le 3^e Plan cancer 2014-2019 a décidé la mise en place d'un dépistage systématique en 2018 avec une phase de préfiguration en 2016, afin de réduire la mortalité de 30 % en 10 ans. A cette fin, le taux de dépistage dans la population-cible devrait passer de 50-60 % à 80 % pour l'ensemble des dépistages (organisé et individuel). Le taux de participation recommandé par la commission européenne est de 70 %.

Elle prendrait la forme d'un frottis du col de l'utérus (FCU) chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle. On voit donc que le spectre des patientes est beaucoup plus large que celui des deux dépistages déjà en place (50-74 ans). Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) déplore que la décision sur cette généralisation ait pris du retard ce qui a introduit flou et confusion sur le sujet, les deux stratégies de vaccination et de dépistage ayant de surcroît été conduites de manière indépendante par des entités différentes.

1.1.3. L'organisation administrative du dépistage au plan national et régional

Le dépistage des cancers fait partie des politiques définies au niveau national mais dont le niveau administratif de prise en charge a évolué.

1.1.3.1. Les textes pris au niveau national construisent un dispositif articulé d'organisation du dépistage des cancers.

Dans sa rédaction issue de la loi Santé de 2004, l'article L.1411-6 du code de la santé publique (CSP) prévoit que des « programmes de santé » sont déterminés par arrêtés du ministre pour éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités.

Le « rapport d'objectifs de santé publique » annexé à la loi Santé incluait le plan national de lutte contre le cancer parmi les plans stratégiques de santé publique développés dans les quatre domaines cités par le Président de la République : cancer, violence routière, handicap et santé environnementale, ainsi que pour les maladies rares. Il comprenait cinq volets : prévention; dépistage, soins, accompagnement, recherche. Il fixait un objectif dans son tableau annexe : « *Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans* » (le plan valant pour la période 2004-2008).

L'arrêté ministériel du 29 septembre 2006 développe la notion de programme national de lutte contre le cancer, « programme de santé » au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique : « *Ce programme a pour objectif de diminuer la mortalité par cancer de 20 % en 2007 en agissant sur l'ensemble des aspects de la lutte contre le cancer : prévention, dépistage, amélioration de la qualité des soins, accompagnement social des patients et de leur famille ; formation des professionnels, recherche, création en 2005 de l'Institut national du cancer, agence sanitaire et scientifique chargée de coordonner l'ensemble des intervenants de la lutte contre le cancer et de mettre en œuvre l'ensemble des mesures du plan.* »

Le deuxième alinéa de l'article L. 1411-6 indique qu'un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la haute autorité de santé fixe la liste des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage, ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé, dans le cadre du programme de santé.

Enfin, l'article L. 1411-7 CSP prévoit que l'objet des consultations de prévention et des examens de dépistage est fixé par arrêté des ministres de la santé et de la protection sociale, ainsi que l'équipement requis et les modalités techniques de la réalisation de ces

examens, leur conditions de mise en œuvre et d'information du patient, et les conditions de transmission des informations nécessaires à l'évaluation du dispositif.

L'arrêté ministériel du 29 septembre 2006 traduit concrètement les dispositions des articles L. 1411-6 et L. 1411-7 CSP pour les programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal mis en œuvre en application du Plan cancer¹⁹.

Selon les dispositions de son article 4, les programmes de dépistage sont mis en œuvre par des organismes dénommés « *structures de gestion* » départementales ou interdépartementales. Au total il en existe 90. 81 sont départementales, 4 interdépartementales, 5 ont un champ d'action régional.

L'ensemble du dispositif est encadré sur le plan réglementaire par plusieurs cahiers des charges joints à l'arrêté qui définissent avec précision le fonctionnement de la structure de gestion, le financement des actions et l'organisation des programmes de dépistage, et plus particulièrement :

- le rôle et les missions des structures de gestion (article 5 de l'arrêté et annexe I) ;
- les conditions de transmission par la structure de gestion des éléments administratifs et financiers à l'Etat et à l'Assurance maladie (article 5 et annexe II) ;
- les conditions de mise en œuvre du programme de dépistage organisé du cancer du sein (article 6 et annexes III A cahier des charges destiné aux structures de gestion et III B cahier des charges pour les radiologues, modifiées par décret du 1er décembre 2016) ;
- les conditions de mise en œuvre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (article 7 et annexe IV).

Les cahiers des charges décrivent notamment l'organisation des examens ou tests de dépistage et leur suivi, et le rôle de chacun des acteurs impliqués dans les programmes (tutelles, ARS, structure de gestion, professionnels de santé...).

Ce dispositif d'encadrement est complété par les différents supports nationaux élaborés par l'INCa, l'Agence nationale de santé publique (ANSP) et la Haute autorité de santé (HAS) dans de nombreux référentiels, recommandations, avis, modèles...

Le dispositif de dépistage organisé des cancers est placé sous l'autorité du ministère chargé de la santé, et cofinancé par l'Etat et l'Assurance maladie. La direction générale de la santé en assure le pilotage stratégique. Conformément au Plan cancer (action 16.2), le pilotage opérationnel est assuré au niveau national par l'INCa en lien avec le ministère de la santé, les régimes d'assurance maladie et l'ANSP en charge de l'évaluation des programmes²⁰.

Le pilotage au niveau régional est assuré par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque de l'Assurance maladie (DCRGR). Le résumé figurant en annexe 4 montre l'organisation territoriale mise en place à l'origine pour le lancement du programme de dépistage des cancers.

Dans la capitale, la structure de gestion homologuée, l'association pour le dépistage des cancers à Paris (ADECA 75) a été constituée dès 2002 pour organiser, animer et gérer les campagnes de dépistage des cancers en faveur des populations-cibles concernées. La première action qui a été confiée à l'ADECA 75 est celle du dépistage organisé du cancer

¹⁹ De même, l'arrêté du 24 septembre 2001 fixant la liste des programmes de dépistage organisé des maladies aux conséquences mortelles évitables, pris en application de l'ancien article L.1411-2 CSP qui prévoyait le même dispositif, y incluait le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus.

²⁰ Présentation effectuée par l'INCa dans son rapport « Evolution de l'organisation du dispositif de dépistage des cancers » de novembre 2016.

du sein. Le dépistage du cancer colorectal a été mis en place par l'ADECA 75 à partir de janvier 2007.

1.1.3.2. Le dépistage des cancers : une compétence départementale qui a fait retour à l'Etat en 2004

L'article 68 de la loi de finances pour 1964²¹ a confié aux départements la responsabilité et le financement de la lutte contre le cancer « *organisée pour exercer le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades* ». A priori cette compétence devait donc être intégralement à la charge des départements, dont Paris fait partie. La loi et le décret du 6 janvier 1965 pris pour son application prévoyaient l'organisation, dans le cadre du service départemental d'hygiène sociale, de consultations pour le dépistage des affections précancéreuses et des lésions cancéreuses et pour la surveillance et l'orientation des malades, dites « consultations avancées ».

En 1983, par la loi du 22 juillet portant répartition des compétences entre l'État et les collectivités locales²², le département s'est vu confirmer la responsabilité et le financement de la compétence du dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades. Les années 1980 ont vu la mise en place des premiers programmes de dépistage systématique de cancer du sein pour certaines tranches d'âge de femmes. Ces expériences ont été initiées par des promoteurs divers qui les ont cofinancées : CPAM sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale, mutuelles, Ligue contre le cancer, départements, communes. La mise en œuvre de programmes de dépistage systématique de certains cancers va bénéficier d'un nouvel élan avec la création par la loi du 5 janvier 1988 et le décret du 18 mai 1989 du Fonds national de prévention d'information et d'éducation sanitaire (FNPEIS). Des programmes de dépistage annuel déterminés par la CNAMTS sont mis en œuvre dans certains départements. A partir de 1992 se fait jour une volonté politique forte de généralisation du dépistage dont les modalités de financement font l'objet de discussions jusqu'à l'aube des années 2000 entre les parties prenantes : départements, Etat, Assurance maladie).

La loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004, dite « loi Santé de 2004 » a conduit l'Etat à récupérer la compétence dans le domaine de la lutte contre le cancer par le dépistage confiée aux départements en 1963 (article L. 1411-6 CSP). L'article 71 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dite « loi LRL » ne laisse en matière sanitaire aux départements que la responsabilité de la protection de la famille et de l'enfance (art. L.1423-1 et L. 2111-2 CSP), les activités de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles étant recentralisées. Le transfert de compétences initialement prévu pour le 1er janvier 2005 a été différé au 1^{er} janvier 2006 (article 100 de la loi de finances rectificative pour 2004).

L'article L. 1423-2 CSP issu de la loi SRL prévoyait cependant que les départements pouvaient poursuivre leur activité dans ce domaine : « *le département peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'Etat, participer à la mise en œuvre des programmes de santé ..., notamment des programmes de dépistage des cancers* ».

1.1.3.3. La convention de 2005 relative à la participation du département de Paris aux programmes de dépistage des cancers

En application de ces dispositions, le Préfet de la Région Ile-de-France, Préfet de Paris, et le Président du Conseil de Paris ont signé une convention relative à la participation du

²¹ Loi n° 63-1241 du 19 décembre 1963.

²² Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

Département de Paris aux programmes de dépistage des cancers le 19 août 2005 (annexe 3). La délibération 2005 DASES 324 G du 11 juillet 2005 qui l'autorisait prévoyait également la signature de conventions concernant la lutte contre la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles, ainsi que les vaccinations.

Certains départements étaient volontaires pour poursuivre les actions de dépistage engagées depuis de nombreuses années et en cours de généralisation à cette date. Plutôt que de financer directement certaines actions, l'Etat a préféré aider les départements qui suivaient déjà ce type d'interventions sanitaires. En région parisienne, quatre départements ont conclu une convention avec l'Etat, quatre ne l'ont pas fait.

La loi ne prévoit pas le contenu de la convention, contrairement aux dispositions qui valent pour les autres fléaux sanitaires (art. 71 de la loi LRL²³). La convention avec la Préfecture de Paris est conforme aux dispositions prévues par une circulaire interministérielle du 18 juillet 2005²⁴.

Elle s'inscrit dans le cadre des objectifs fixés par la loi de santé publique et particulièrement de son article 34 qui prévoit que les « *mesures de dépistage du cancer comporteront un programme spécifique destiné à favoriser l'approche et le suivi des populations confrontées à l'exclusion* ». Son objet est strictement défini : comme le prévoit la loi, la convention a pour « *objet de permettre au département de participer aux programmes de dépistage organisé* » des différents cancers (sein, colorectal et actions initiées de dépistage du cancer du col de l'utérus). Les autres activités éventuellement développées en matière de dépistage par le département n'entrent pas dans le cadre de la convention (seul le dépistage des cancers faisait l'objet d'un programme de santé publique).

Cette participation du Département de Paris se concrétise au travers de deux structures :

- l'association ADECA 75 ;
- le service de prévention et de dépistage des tumeurs s 44 rue Charles Moureu (13°),

le Département s'engageant à coordonner ces deux activités. Les moyens mis en œuvre par ces organismes sont prévus dans un état des lieux annexé à la convention (locaux, effectifs, fonctionnement technique, bilan d'activité).

En contrepartie, il est prévu qu'une subvention constituée du montant conservé de la dotation générale de décentralisation relative à l'activité de dépistage des cancers soit versée, soit 955 874 € pour Paris.

En effet, en vertu du principe de neutralité financière des transferts de compétences, la compensation des transferts organisés par l'Acte I de la décentralisation (1983) en faveur des départements s'est effectuée principalement par le transfert d'impôts et, pour le solde, sous la forme d'une dotation générale de décentralisation (DGD). Bien que le transfert du dépistage des cancers ait été antérieur aux lois de décentralisation, cette compensation a été expressément réattribuée par la loi de répartition des compétences n°83-663 de 1983. Si le département de Paris n'avait pas opté en 2005 suite à la loi SRL

²³ Par exemple pour la tuberculose : Art. L. 3112-2 « *La lutte contre la tuberculose et la lèpre relève de l'Etat. Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine.* »

²⁴ Circulaire interministérielle DGS/SD5A/SD5C/SD6A/ DGCL n° 2005-342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en œuvre de la recentralisation des activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles et aux orientations pour la négociation des conventions permettant l'exercice de ces activités par les départements.

pour participer aux activités de dépistage du cancer, la circulaire prévoyait qu'une réfaction sur la dotation générale de fonctionnement serait opérée à hauteur d'un montant égal au droit à compensation établi en 1983 et actualisé en 2005.

La circulaire qualifie la convention de « délégation de compétence » alors que la loi indique seulement que les départements « peut participer à la mise en œuvre des programmes de santé ». Cette délégation après recentralisation semble donc une interprétation large du texte législatif. Par ailleurs, les départements non délégataires peuvent toujours apporter une aide volontaire aux activités de dépistage (ce qui est prévu par le cahier des charges des structures de gestion).

L'article 5 de la convention prévoit que le département s'engage à fournir au Préfet de Paris dès son vote par le Conseil de Paris, le compte administratif annuel du Département de Paris ainsi qu'un rapport d'activité et de performance. Selon l'article 5.3., « les services de la DASES et de la DDASS sont chargés de définir les modalités techniques de l'évaluation ». Il n'a pas été trouvé trace de ces modalités ni d'aucune transmission dans le dossier papier consulté à la sous-direction de la santé (mais les documents ne remontent que jusqu'à 2009) ; il a été confirmé par cette sous-direction qu'aucun indicateur n'était renseigné par celle-ci à destination de l'ARS dans le cadre des compétences exercées en matière de santé pour le compte de l'État²⁵. Depuis la fermeture du service de prévention et de dépistage des tumeurs en 2007, les données relatives à l'activité de dépistage sont transmises directement par l'ADECA 75 à l'ARS, ce qui est indiqué par la DASES dans sa réponse au rapport provisoire (la transmission directe de données n'est normalement prévue que lorsque le département agit lui-même en tant que structure de gestion dans l'article 3 du modèle de convention). Or la Ville aurait pu établir des indicateurs différents de ceux des cahiers des charges, se rapportant par exemple aux activités dans les arrondissements.

Le montage décrit précédemment appelle plusieurs observations :

1/ La convention ne prévoit aucune clé de répartition entre les différentes actions. La Ville était donc libre de faire varier les budgets consacrés respectivement au soutien à l'ADECA 75 et à la gestion du SPDT de la rue Charles Moureu, qui était un service départemental. Il faut observer que le cahier des charges fixe des règles concernant le financement des structures de gestion, qui seront examinées ci-après et qui prévoient une dotation de l'Etat, et que par ailleurs le montant de la subvention de l'Etat était insuffisant pour couvrir la totalité des frais de fonctionnement des deux organismes concernés (ADECA 75 et SPDT, l'annexe à la convention ne cite pas le budget de ce dernier mais pour mémoire il employait 14 ETP soit sensiblement le même effectif que l'ADECA).

2/ Le service de prévention et de dépistage des tumeurs a été fermé en septembre 2007, selon les renseignements fournis par la DASES. La sous-direction de la santé a exposé aux rapporteurs que « La Ville de Paris a développé une autre offre avec les Accueils cancer, mais la vocation de ces structures n'est pas de faire du dépistage. Elles offrent un accompagnement psycho-social aux personnes atteintes de cancer et à leur entourage. En tant que telles, elles ne peuvent pas donc pas être véritablement rattachées au périmètre de la convention avec l'Etat, même si elles constituent une manifestation de l'engagement de la Ville sur la question du cancer » (courriel du sous-directeur de la santé du 6 septembre 2017).

Dans ces conditions, la convention avec l'Etat aurait dû être modifiée par avenant pour supprimer cette action. La convention est en effet toujours en vigueur puisqu'elle est conclue pour une durée d'un an renouvelable chaque année par tacite reconduction et qu'elle n'a pas été dénoncée (art. 6) ou résiliée (art. 7) par une des parties contractantes.

²⁵ Le rapport IG n°13.10 indiquait que de tels indicateurs étaient demandés par l'ARS, dont le montant de la subvention versée à l'ADECA 75.

L'ADECA 75 a relevé cette évolution des actions de la DASES et a demandé que lui soient expliquées les raisons de l'écart entre le montant des crédits versés par l'Etat au Département de Paris, soit 955 874 €, et le montant de la subvention qui lui est versée qui est inférieur (lettre du 18 novembre 2015 du président de l'ADECA 75 au Maire-adjoint à la santé). En toute rigueur, à partir du moment où il s'agit d'une « délégation de compétence », l'intégralité de l'enveloppe devrait être consacrée à la mise en œuvre du programme de santé publique de dépistage des cancers.

La DASES estime que « *Le raisonnement avancé par l'ADECA 75 sur le montant de la dotation et sa « redistribution » à la structure porteuse du dépistage organisé doit de toute façon être à mon sens écarté : il s'agit d'un montant arrêté une fois pour toutes en 2005, qui ne tient pas compte de l'évolution des prix et surtout des baisses de dotation et de l'augmentation de la péréquation que la Ville a subies depuis. En bref, ce montant n'a plus rien à voir avec la réalité des dotations financières de l'Etat.* ».

Ce raisonnement sur le déficit de compensation peut être tenu à l'identique pour toutes les compétences décentralisées (les recettes transférées peuvent stagner alors que les dépenses explosent, comme le montre l'exemple du RSA²⁶). Il est exact qu'aucune actualisation de la somme versée n'est prévue dans la convention. Il serait intéressant de voir si dans les départements où l'Etat a conservé la compétence du dépistage des cancers, les crédits ont beaucoup varié (pour tenir compte de « l'évolution des prix »).

3/ Selon les renseignements transmis par la direction des finances et des achats²⁷, la Ville de Paris n'a en réalité jamais touché une subvention individualisée ou un montant de DGD spécifique au titre du dépistage des cancers. En effet, un dispositif particulier existe pour les départements ayant bénéficié d'un montant de produit d'impôts transférés, calculé au taux en vigueur à la date du transfert, mais supérieur au montant du droit à compensation des compétences transférées : un prélèvement est opéré sur le produit des impôts, prélèvement dénommé « DGD négative », qui perdure depuis cette date (alimentation depuis 1997 du fonds de compensation de la fiscalité transférée [FCFT] prévu par l'article L. 1614-4 du code général des collectivités territoriales). Le Département de Paris subit ce prélèvement sur sa fiscalité depuis l'origine et ne perçoit pas de DGD au titre de ces transferts.

Si le Département de Paris renonçait pour l'avenir à cette compétence déléguée, les dispositions de l'article L. 199-1 de la loi SRL de 2004 dénonçant la convention signée avec l'Etat pourraient s'appliquer : une réduction des crédits devrait être opérée sur la DGF à hauteur du droit à compensation déterminé, actualisé du taux d'évolution cumulé de la DGD jusqu'à l'année suivant celle de la dénonciation. Selon la circulaire, ces crédits viendraient abonder le budget du ministère de la santé et serviraient à financer les activités recentralisées.

²⁶ La compensation financière octroyée par l'Etat aux départements au titre du RSA est passée de 90,4 % en 2009 à 61,3 % en 2015 selon l'Observatoire de l'action sociale.

²⁷ Courriel du sous-directeur des finances du 27 juillet 2017.

1.2. La convention d'objectifs entre l'association et le département de Paris

On replacera d'abord la subvention à l'ADECA 75 dans le cadre de la politique municipale menée en matière de lutte contre le cancer avant d'en exposer les modalités conventionnelles.

1.2.1. Une politique municipale active en matière de lutte contre le cancer

1.2.1.1. L'absence d'instruments de pilotage pour la municipalité en matière de dépistage des cancers

La feuille de route de M. JOMIER, adjoint à la Maire de Paris, chargé de la santé, du handicap et des relations avec l'AP-HP, en date du 16 mai 2014, ne comporte pas d'objectifs particuliers concernant l'action de la collectivité parisienne dans le domaine spécifique des cancers et de leur prévention. Il est simplement noté : « *Attentif à l'ensemble des structures et partenaires, vous veillerez à nos collaborations avec les structures associatives* ».

Sous la mandature précédente, le « *taux de réponses aux dépistages de l'ADECA 75 (taux INSEE)* » faisait partie des indicateurs du contrat d'objectif et de performance de la DASES dont les résultats sont synthétisés chaque année dans le budget primitif de la Ville de Paris. Le taux de dépistage organisé inférieur à la moyenne nationale pour Paris n'atteignait pas les cibles fixées (sein 30 % ; colorectal 25 %), mais un taux de couverture de 70 % pour le cancer du sein était atteint grâce à l'implication des médecins dans le dépistage individuel. Le changement attendu de test pour le cancer colorectal puis les réflexions nationales en cours autour du dépistage expliquaient le retard sur les résultats attendus.

Le plan d'action figurant dans le contrat d'objectif comprenait deux items :

- poursuivre la communication autour du dépistage du cancer colorectal ;
- mener des actions territorialement ciblées de sensibilisation de dépistage du cancer du sein auprès des femmes.

Ces indicateurs ne figurent plus au budget depuis 2015, ce qui peut s'expliquer en partie par l'insuffisance des résultats en matière de dépistage organisé (et par le choix préférentiel de la municipalité pour d'autres indicateurs).

Comme sous la mandature précédente, une communication au Conseil de Paris sur la santé a été présentée en octobre 2014. Dans le texte lu devant le Conseil de Paris, aucune action particulière n'est annoncée en matière de dépistage du cancer, qui est cité. La Maire soulignait également que « *le contexte parisien est marqué par des disparités d'accès à la santé, qui se traduisent par une exposition inégale ... aux maladies chroniques* ». L'objectif visé de réduction de ces inégalités est donc très général.

La Maire annonçait la tenue des Assises parisiennes de la santé afin d'asseoir la stratégie sanitaire de la Ville sur une démarche partenariale mobilisant tous les acteurs concernés. Si la brochure de compte rendu des Assises de février 2017 ne fait état des actions de dépistage des cancers que de façon marginale, bien que l'ADECA 75 y ait participé, cela s'explique selon la DASES par le fait que les travaux ont favorisé une approche globale de promotion de la santé sans entrer dans le détail par pathologie²⁸.

Ce constat ne signifie pas que les responsables des politiques de santé à la Ville se désintéressent de la question du dépistage des cancers.

²⁸Une seule Fiche action : « Améliorer la prise en charge des soins de prévention pour les personnes en situation de handicap en établissement ».

1.2.1.2. Une politique parisienne en matière de lutte contre cancer active mais en voie de redéfinition

En dehors du financement de l'ADECA 75, le Département de Paris prend en charge ou apporte son soutien à d'autres actions en relation directe avec le dépistage du cancer et les soins.

En premier lieu, les actions autour de l'éducation à la santé, la prévention et le dépistage concernent la lutte contre les causes évitables de cancer comme les addictions (tabac et alcool), la sédentarité et l'obésité, les infections pouvant être à l'origine de cancer (hépatite B et C, papillomavirus, etc.), la pollution environnementale, le rayonnement ultraviolet... Elles sont réalisées :

- dans le cadre des missions d'éducation et de promotion de la santé de l'Équipe Mobile d'Intervention et de Prévention en Santé (EMIPS) du bureau de la prévention et des dépistages de la sous-direction de la santé. On peut citer à cet égard l'action indirecte conduite dans le cadre du Plan Parisien de Prévention du Tabagisme animé par la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risque (MMPCR) ;
- dans le domaine de la prévention primaire (en particulier grâce à la vaccination contre l'HPV, l'hépatite B) mais aussi secondaire dans la prévention des récurrences et des risques de second cancer (par exemple pour le cancer du foie ou du col de l'utérus) ;
- dans le domaine essentiel du dépistage au travers de l'ADECA 75 mais aussi des collaborations avec de nombreux partenaires comme la Ligue contre le cancer ou le syndicat des dermatologues pour le dépistage du mélanome.

La majeure partie des actions subventionnées par la Ville relèvent de l'ADECA 75, qui reçoit 88,13 % d'un budget annuel de 950 000 € environ, suivie de loin par le Comité de Paris de la Ligue contre le cancer (100 000 €, soit 11 %).

Tableau 4 : Subventions accordées par la DASES aux actions de lutte contre le cancer (en €)

ASSOCIATION	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL 2010-2017	Moyenne 2010-2017	% 2010-2017
ADECA 75	867 725	790 434	825 381	877 074	883 158	866 627	801 000	760 000	6 671 399	833 925	88
ADECA 75 (côlon géant)	10 000								10 000	1 250	0,13
Association pour la reconstruction du sein par DIEP ²⁹						2 500		5 000	7 500	938	0,10
Comité de Paris de la Ligue contre le Cancer	110 000	110 000	110 000	110 000	110 000	110 000	100 000	100 000	860 000	107 500	11
Fondation ARC pour la recherche sur le cancer					4 000				4 000	500	0,05
Jeunes Solidarité Cancer				5 000					5 000	625	0,07
TOTAL	987 725	900 434	935 381	992 074	997 158	979 127	901 000	865 000	7 557 899	944 737	100

Source : DASES - sous-direction de la santé

²⁹Deep Inferior Epigastric Perforator (lambeau de peau et de graisse abdominale).

Certaines actions sont aidées dans les quartiers Politique de la Ville : quelques associations subventionnées dans le cadre de l'appel à projets (environ 100 K€/an au total dans le champ de la santé) effectuent des actions de sensibilisation autour du dépistage organisé des cancers ou participent aux événements nationaux ou parisiens, même si le financement vise plus largement leurs actions de prévention et de promotion de la santé, et pas spécifiquement les actions dans le domaine du cancer.

Enfin, les coordinatrices des Ateliers Santé Ville peuvent être amenées à élaborer des projets en lien avec le dépistage du cancer, notamment le cancer du sein, sur les territoires où ils sont implantés.

Par contre, d'autres aides accordées par la DASES dans le passé n'existent plus : financement de l'acquisition de mammographes dans les hôpitaux de l'AP-HP, mise en place de consultations de prévention et de dépistage gratuites et spécialisées pour les cancers détectables, subventions à l'association des radiologues parisiens ou à des centres médico-sociaux.

En second lieu, le département organise aussi la prise en charge psycho-oncologique et sociale des patients et de leur entourage dans les Accueils cancer de la Ville de Paris (ACVP), structures extrahospitalières créés en 2000. Sur trois sites parisiens (4^{ème}, 10^{ème} et 15^{ème} arrondissements), ils sont reçus gratuitement sur rendez-vous par une psychologue pour des soins psychiques (4 115 consultations en 2016) ou une assistante sociale pour un accompagnement social (1 367 entretiens). Les 17 agents au total avec les secrétaires médico-sociales et agents administratifs favorisent ainsi un parcours coordonné et synchronisé avec les structures de soins, les réseaux de santé, les HAD, les associations.

Les ACVP participent également à des actions collectives à destination du public et des professionnels, par exemple la tenue de stands événementiels hors les murs : Journée «Cancer du col de l'utérus », Actions « Mars Bleu » (cancer colorectal), Actions « Octobre Rose » (cancer du sein), Actions « Movember » (cancer de la prostate), Salon des Seniors.

Ajoutons que dans le cadre des missions de protection maternelle (PM) et planification (PF), la direction des familles et de la petite enfance met en œuvre des actions de prévention et de dépistage :

- pour le cancer du col de l'utérus : information en action collective et en consultation, rattrapage vaccinal et dépistage par frottis cervico-utérin, lien avec les associations (Médecins du monde, bus des femmes ...) pour permettre aux femmes précaires d'accéder au dépistage ;
- pour le cancer du sein : dépistage en consultation et accompagnement si pathologie suspectée pour les non assurées sociales.

Fin 2017, la DASES travaillait au projet de définition d'un programme cancer de la Ville de Paris à soumettre à l'arbitrage de la nouvelle adjointe à la santé. Il prévoirait :

- la refonte des Accueils Cancer et la création d'une **Mission cancer** chargée d'impulser et d'animer la politique parisienne en matière de prévention et de lutte contre le cancer ;
- un **site ressource** positionné en centre expert qui s'articulerait avec les centres médico-sociaux et les centres de santé départementaux dans une ambition globale d'amélioration du parcours des usagers et d'inscription dans les objectifs prioritaires liés au « virage ambulatoire » (promotion des alternatives à l'hospitalisation complète chaque fois que cela est possible, en accord et dans l'intérêt du patient).

Selon la DASES, « ce programme, en donnant une cohérence à l'ensemble des actions contre le cancer menées par la Ville de Paris, permettrait de faire face aux défis associés à l'augmentation prévisible du cancer dans les prochaines années et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ». Il ressort de nos entretiens avec les

instances politiques et administratives de la Ville, ainsi qu'avec les services de l'Etat et de la CPAM et avec le président de l'association, que c'est bien ce dernier objectif qui devrait orienter l'appui de la Ville à l'ADECA et à la structure qui devrait lui succéder en matière de dépistage des cancers à Paris.

1.2.2. Une convention d'objectif pluriannuelle jusqu'en 2016

Le département de Paris et l'ADECA 75 ont signé une convention pluriannuelle d'objectifs pour trois exercices le 18 décembre 2014. La convention de 2014 étant échuë au 1er janvier 2017, une convention d'objectifs annuelle a été approuvée par délibération DASES 107 G en juillet : elle prévoit une subvention de 760 000 € pour 2017. On comprend que le département n'ait pas voulu s'engager à nouveau sur plusieurs exercices, étant donné l'incertitude qui entoure la pérennité de l'association dans l'optique de la régionalisation du dépistage des cancers à l'horizon 2018/2019.

1.2.2.1. La subvention départementale et son évolution

Le montant de la subvention versée par le budget départemental varie chaque année, avec une stabilité relative de 2013 à 2015, et une diminution marquée depuis 2015 : la subvention subit au total une diminution de 117 074 € en cinq ans, soit de 13,5 % entre 2013 et 2017.

Ce montant a été beaucoup plus élevé par le passé : 940 883 € en 2009 (délibération 2009 DASES 173 G), soit presque la totalité du crédit transféré par l'Etat (955 874 €). Sur six ans (2012-2013), la subvention départementale est d'un montant annuel moyen de 835 540 €. Elle représente en moyenne 42,6 % des produits d'exploitation de l'ADECA, (en 2016, le département assure 46 % des subventions, l'Assurance maladie 30 % et l'Etat 24 %). Le département est donc le principal financeur de la structure.

Tableau 5 : Evolution des contributions des financeurs de 2009 à 2017

BUDGET ADECA 75	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (prév.)	Moyenne
Montant budget ADECA 75 (compte de résultat)	2 064 284	2 041 910	2 025 158	1 877 014	1 829 854	1 937 265	1 962 581
% variation/année précédente		-1,1	-0,8	-7,3	-2,5	5,9	
Subvention département	825 381	877 074	883 158	866 627	801 000	760 000	835 540
% variation/année précédente	4,4	6,3	0,7	-1,9	-7,6	-5,1	
% subvention département/produits d'exploitation	40,2	43,8	43,6	46,7	42,4	39,2	42,6

Source : IGVP d'après comptes et budget 2017 ADECA

La subvention départementale n'évolue jamais dans les mêmes proportions (et parfois pas dans le même sens) que le budget général de l'ADECA 75. On peut s'étonner de constater une évolution de quelques dizaines de milliers d'euros en plus ou en moins d'une année sur l'autre, cela étant tel est également le cas du budget de l'ADECA 75 comme le montre le tableau ci-dessus sur une période plus étendue (2012-2017). Les contributions de l'ARS et de la CPAM varient également (cf. partie sur le budget).

Le montant annuel de la subvention est déterminé par le vote du Conseil de Paris sur proposition de la DASES. Ce montant est arrêté sur la base de la demande de l'association après négociation lors de la réunion de dialogue de gestion qui a lieu tous les ans au début du deuxième trimestre, une fois les comptes de la structure arrêtés.

Le montant de cette subvention a été plusieurs fois rectifié. Ainsi en 2016 la différence de montant entre la délibération du Conseil de Paris de septembre 2016 et la subvention proposée par la DASES (cf. fiche technique), soit 801 000 et 779 965 €, est de 21 035 €. La structure avait été avisée par lettre de l'adjoint au maire chargé de la santé du 13 octobre 2015 que « *le maintien de la subvention du Département de Paris dont [l'ADECA 75] avait bénéficié en 2015 ne pourra être garanti en raison des contraintes budgétaires pesant sur les collectivités locales* ». Le montant aurait été réajusté suite à l'arbitrage demandé à la Maire de Paris par le président de l'association (cf. Procès-verbal du conseil d'administration du 17 mai 2016). On note également des différences sensibles entre le montant budgété par l'ADECA 75 et le montant voté par l'assemblée délibérante (42 047 € en 2016, 85 000 € en 2017).

Dans sa réponse au rapport provisoire, l'association note que la réduction de cette subvention départementale lui paraît répondre à une double logique d'économie dans un contexte de baisse des dotations de l'Etat et de réorientation des sommes consacrées au dépistage vers d'autres missions : elle estime que cette réduction est difficilement compatible avec le discours officiel invitant l'ADECA 75 à déployer des ressources supplémentaires pour sensibiliser les populations vulnérables des quartiers défavorisés.

S'agissant du rythme de versement de la subvention, l'ADECA 75 s'est plainte dans une lettre du 14 avril 2015 à la Maire de Paris du décalage entre le début de l'exercice et les versements de la subvention (vote au 1er trimestre et versement en avril puis solde en août). Elle demandait la mise en place d'un dialogue de gestion structuré avec une réunion courant décembre et une notification en janvier.

En application des articles 2 et 15 de la convention de 2014, puis de ses avenants, l'association a reçu chaque année pendant trois exercices sa subvention de fonctionnement en deux versements :

- un premier acompte égal à la moitié de la subvention fixée pour l'année précédente, versé au premier semestre ;
- un second « acompte » versé à l'association après signature de l'avenant annuel délibéré en Conseil de Paris, qui intervient donc en fin d'année, la délibération étant votée en septembre les deux années suivantes. En fait, il ne s'agit pas d'un acompte mais du solde de la subvention annuelle.

Tableau 6 : Délibérations du Conseil de Paris approuvant la convention d'objectifs avec l'ADECA 75

DELIBERATION	DATE DE LA DELIBERATION	MONTANT DE LA SUBVENTION	ACOMPTE	DATE	SOLDE	DATE
2014 DASES 1270 G	15-16-17 déc. 2014	883 158 €	438 537 €	12/05/2014	441 621 €	29/12/2014
2015 DASES 130 G Avenant n° 1	28-29-30 septembre 2015	866 627 €	441 579 €	07/05/2015	425 048 €	02/11/2015
2016 DASES 59 G Avenant n° 2	26-27-28 septembre 2016	801 000 €	433 313 €	03/03/2016	346 652 €	09/11/2016
2017 DASES 107 G	3-4 Juillet 2017	760 000 €	1 seul versement			

Source : DDTC / DASES / IGVP

Les versements n'ont donc pu intervenir en janvier et août comme l'association le souhaite mais par exemple en mars ou mai et en novembre ou décembre, ce qui est conforme aux dispositions précitées de la convention qu'elle a signée.

Il est certain que de ne plus disposer du versement d'un acompte dans le cadre d'une convention pluriannuelle expose l'association à un délai de traitement conséquent de sa demande de subvention : huit mois en moyenne sur les trois dernières années d'après le rapport d'audit de la gestion et de l'attribution des subventions aux associations IG 16-14

de décembre 2016, nonobstant le fait qu'une instruction interne à la Ville dispose que 70 % des dossiers de subvention doivent avoir fait l'objet d'une délibération avant le 1^{er} juillet.

En 2016, le bureau des subventions aux associations note dans la fiche d'exposition aux risques (FER) l'absence du rapport du commissaire aux comptes et dans les annexes l'absence du tableau des provisions et des fonds dédiés qui sont relativement importants (419 000 €, soit 1/4 du total du bilan) et doivent être suivis. Les avis de 2015 et 2016 du BSA sont favorables, mais l'association doit veiller à transmettre des dossiers complets, car ce genre d'omission est générateur de perte de temps dans l'instruction de sa demande.

1.2.2.2. Les dispositions des conventions d'objectif passées avec le département de Paris

Les dispositions de ces conventions - dont la passation est obligatoire dans la mesure où le montant de la subvention dépasse 23 000 € - sont conformes au modèle en vigueur à la Ville de Paris.

Les conventions successives reprennent les objectifs de l'Agence régionale de santé, mais seulement en ce qui concerne le cancer colorectal et non le cancer du sein : « *L'objectif du dépistage est de réduire la mortalité par le cancer colorectal de 20 % sur 10 ans, en amenant 50 % de la population cible à réaliser un test immunologique tous les deux ans et en effectuant systématiquement une coloscopie en cas de test positif* » (article 1er).

La signature d'une convention pluriannuelle doit être basée sur des objectifs clairement négociés. Or aucun article de la convention ne définit des objectifs précis et des indicateurs. Ceci est d'autant plus regrettable que l'exposé des motifs de la délibération 2017 DASES 107 G adressé aux Conseillers de Paris donne un certain nombre d'indications qui pourraient être déclinées dans le texte de la convention mais ne le sont pas :

« *L'ADECA 75 partage avec l'ensemble des départements d'Ile-de-France le souci de faire venir vers le dépistage les femmes non ou mal suivies. L'association a en plus comme objectif de faire augmenter la part du dépistage organisé dans la couverture globale.*

Pour faire progresser la participation selon ces deux axes, plusieurs objectifs sont visés :

- rendre accessible le dépistage organisé pour toutes les femmes,
- valoriser le dépistage organisé, aussi bien auprès des professionnels qu'auprès des femmes et de leurs proches, notamment par des campagnes récurrentes d'affichage sur les panneaux publicitaires et par des opérations ponctuelles (messages sur les sachets de baguettes, stands d'information dans les établissements de soins...),
- développer des expérimentations locales auprès des usagers avec le concours des acteurs professionnels, associatifs et sociaux, par exemple lors de l'opération Quartiers roses,
- mobiliser les réseaux partenariaux en utilisant les différents relais de la Ville. »

Ces objectifs ne concernent cette fois que le cancer du sein, ne sont pas chiffrés et ne sont pas repris dans le texte de la convention, ce qui corrobore la remarque des auditeurs dans le rapport IG 13.10³⁰ : « *Dans les conventions pluriannuelles, la notion d'objectifs est présente plus souvent dans les intitulés que dans les contenus* ».

Il aurait été souhaitable de définir dans la convention des objectifs et des indicateurs concernant l'ensemble des dépistages confiés à l'ADECA 75 que la Ville entend favoriser. Certaines directions municipales utilisent des critères chiffrés pour moduler les

³⁰ Rapport d'audit des relations de la DASES avec les associations qu'elle finance (IG n° 13.10) - Juillet 2014.

subventions attribuées à un ensemble d'associations ayant des activités comparables³¹ mais l'ADECA 75 étant unique dans son domaine d'activité, il serait nécessaire de définir des critères spécifiques axés sur la promotion des dépistages et les résultats obtenus dans le département en s'inspirant de l'exposé des motifs précité.

Il est indiqué dans les budgets de l'ADECA 75 que la subvention du Département de Paris comprend un « complément de rémunération des deuxièmes lectures », sans plus de précisions. Cette dépense affectée n'apparaît pas dans la convention de subvention alors qu'elle pourrait constituer un indicateur d'activité pour fixer le montant de la subvention départementale.

Dans certains départements, le conseil général demande à la structure des statistiques par ville, elles pourraient être établies par arrondissement à Paris. Le contrat d'objectifs et de moyens entre le département des Yvelines et l'Association de Dépistage de Masse organisé des cancers dans le Département des Yvelines 2009-2011, qui nous a été communiqué, prévoit aussi le fléchage des deux parts de la subvention : une part fixe pour la participation aux frais de gestion, une part variable liée à la poursuite des actions de communication et de sensibilisation, liée à la production d'un rapport financier intermédiaire.

L'article 7 de la convention prévoit que l'ADECA 75 transmettra au Département de Paris « *tous les éléments propres à rendre compte à la réalisation du projet défini à l'article 1 de la présente convention et comportant notamment un compte rendu financier relatif à l'utilisation de la subvention* ».

Lorsque la subvention est affectée à une dépense déterminée, l'article 10 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations prévoit que l'organisme bénéficiaire doit produire un compte rendu financier qui atteste de la conformité des dépenses effectuées à l'objet de la subvention. Il doit être déposé auprès de l'autorité administrative dans les six mois suivant la fin de l'exercice pour lequel elle a été attribuée. Ce compte rendu doit être présenté selon les modalités fixées par l'arrêté du Premier ministre du 11 octobre 2006 : tableau des charges et des produits affectés à la réalisation du projet ou de l'action subventionnés ; annexes de commentaire sur les écarts entre le budget prévisionnel et la réalisation ; information qualitative sur les actions entreprises et les résultats obtenus par rapport aux objectifs initiaux du projet.

La circulaire du Premier ministre (dite « VALLS ») du 29 septembre 2015 sur « *Les relations entre les pouvoirs publics et les associations : déclinaison de la charte des engagements réciproques et soutien public aux associations* » indique qu'à ce compte rendu peut être jointe une annexe « Modalités de l'évaluation et indicateurs » (annexe II au modèle de convention pluriannuelle).

Le compte rendu financier devrait donc être fourni dans le cas où la collectivité territoriale finance un projet particulier puisque la loi vise « *l'affectation à une dépense déterminée* ». Toutefois les modèles types de convention d'objectifs annuelle ou pluriannuelle de la Ville de Paris comprennent systématiquement cette mention. On ne trouve pas dans les dossiers de subvention de l'ADECA 75 de compte rendu financier ni d'annexes sur les modalités d'évaluation et les indicateurs.

Recommandation 1 : Inclure dans la convention avec l'ADECA 75 des objectifs et des indicateurs propres aux actions favorisées par la Ville de Paris, dédiés au dialogue de gestion et à l'évaluation finale.

³¹ Ainsi, la délibération 2009-DJS 162 des 2-3 février 2009 portant réforme des critères d'attribution aux associations sportives au titre du sport de proximité se base sur le nombre de licenciés puis sur d'autres critères sociaux et pondère la subvention pour les associations financièrement excédentaires.

Dans sa réponse au rapport provisoire, l'association indique que cette recommandation nécessite que soit respecté un calendrier relatif au dialogue de gestion avec les trois financeurs principaux et que ce dialogue soit réalisé en cohérence avec les décisions d'attribution de subvention, le calendrier des instances et l'exécution, soit en fin d'année N ou en début d'année N+1. Ce dialogue devra intervenir au niveau régional à compter du 1^{er} janvier 2019 du fait de la réforme en cours.

La direction des finances et des achats souhaite pour sa part la mise en place d'un compte rendu financier notamment en matière de niveau de trésorerie.

L'ADECA 75 ne reçoit pas de contributions non financières de la collectivité parisienne (art. 5), ni de subvention d'équipement.

Comme le prévoit l'article 4, le soutien du Département de Paris est effectivement mentionné par le logo de la Ville sur les supports de communication de l'association, par exemple les lettres d'invitation envoyées à la population cible, les affiches et dépliants...

L'article 6 de la convention rappelle qu'en application de l'article L. 612-4 du code de commerce, si l'association perçoit des subventions publiques d'un montant égal ou supérieur à 153 000 €, elle doit nommer un commissaire aux comptes agréé ainsi qu'un suppléant, ce qui est bien le cas (voir partie financière).

Les autres articles de la convention n'appellent pas d'observation.

Les vérifications opérées par les rapporteurs montrent que le montant global de la subvention est bien inscrit au compte administratif du département (article L.2313-1 CGCT). Les comptes administratifs indiquent par ailleurs que le bilan certifié conforme du dernier exercice connu leur est bien annexé (art. L. 2313-1-1). Le compte rendu d'activité et les copies certifiées des comptes de l'exercice écoulé sont transmis dans le cadre de l'instruction de la subvention annuelle (art. L 1611-4 CGCT).

Comme on le verra au fil de ce rapport, les autres dispositions de droit commun applicables aux associations subventionnées sont respectées par l'ADECA 75.

1.2.2.3. Les conditions de vote de la subvention par le Conseil de Paris

Dans son rapport de 2006, la Chambre régionale des comptes (CRC) d'Ile-de-France relève que la préfecture de Paris avait attiré l'attention de la collectivité parisienne sur le non-respect de l'article L. 2131-11 du CGCT selon lequel « *Sont illégales les délibérations auxquelles ont pris part un ou plusieurs membres du conseil intéressés à l'affaire qui en fait l'objet, soit en leur nom personnel, soit comme mandataires* », quand les élus membres du conseil d'administration de l'ADECA 75 ne s'abstenaient pas de participer aux délibérations concernant l'association.

Lors du vote des quatre dernières subventions, on relève que les six élus membres du conseil d'administration et leurs suppléants n'ont pas pris part au vote, d'après l'édition des Débats du Conseil de Paris - conseil municipal et départemental - pour les années 2014 et 2016. Mais cette précaution n'a pas été suivie en 2015 (aucune mention d'abstention au BMO ; de plus il est mentionné que l'une des membres du conseil d'administration s'est exprimée sur le projet de subvention devant la 4^e commission), ni en 2017.

Pendant la période sous revue (2013-2017), la délibération de subvention attribuée à l'ADECA 75 n'a fait l'objet d'aucune intervention au Conseil de Paris siégeant en formation de conseil général (ce qui est peut-être une conséquence de ce que ceux qui connaissent le mieux le dossier doivent s'abstenir d'en parler).

Tableau 7 : Les votes des conseillers de Paris membres du conseil d'administration de l'ADECA 75 (2014 - 2017)

Délibération	Date de la délibération	Membres du Conseil de Paris et de l'ADECA 75 n'ayant pas pris part au vote	Observations
2014 DASES 1270 G	15, 16, 17 décembre 2014	Mme ATALLAH, M. BÉGUÉ, M. BELLIARD, Mme BOULAY-ESPERONNIER, M. DEBRÉ, M. DUCLOUX, Mme FILOCHE, M. HONORÉ, M. LAURET, Mme STOPPA-LYONNET, Mme TAIEB ATTIAS et M. TINTI	+ M. JOMIER Adjoint chargé de la santé
2015 DASES 130 G Avenant n°1	28, 29, 30 septembre 2015		Délibération ayant fait l'objet d'un vote unanime de l'assemblée (BMO Débats 9/15 p.477) Intervention de Mme STOPPA LYONNET en 4 ^e commission le 21/09/2015 (BMO Débats 9/15 p. 503)
2016 DASES 59 G Avenant n°2	26, 27, 28 septembre 2016	Mme ATALLAH, M. BÉGUÉ, M. BELLIARD, Mme BOULAY-ESPERONNIER, M. DEBRÉ, M. DUCLOUX, Mme FILOCHE, M. HONORÉ, M. LAURET, Mme STOPPA-LYONNET, Mme TAIEB ATTIAS et M. TINTI	
2017 DASES 107 G	3 et 4 Juillet 2017	MM. DUCLOUX et LAURET excusés le 4 juillet après-midi au sens du règlement	Projet de délibération ayant fait l'objet d'un vote unanime de l'assemblée (BMO Débats 9/2017 p.308)

Source : BMO de la Ville de Paris

La direction des affaires juridiques recommande aux élus exerçant des responsabilités au sein d'associations « ne poursuivant pas les mêmes objectifs que ceux de la généralité des Parisiens », même lorsqu'ils ont reçu un mandat de la Ville pour la représenter dans ces associations, de s'abstenir de toute participation à la préparation et au vote des délibérations les concernant, car ils sont alors regardés comme « intéressés à l'affaire » au sens du CGCT, ce qui entraîne l'illégalité de la délibération³².

Recommandation 2 : Eviter le vote des délibérations concernant l'ADECA 75 par des conseillers de Paris membres du conseil d'administration, à peine d'illégalité desdites délibérations (article L. 2131-11 du CGCT).

1.2.3. La nature du lien entre l'association et le Département de Paris

La fiche d'exposition aux risques émanant du bureau des associations émet un avis réservé en 2014 en raison de la dépendance par rapport aux financements publics (96 % pour 2015, 99 % en 2014) et indique : « *Créée par des organismes d'Etat et financée dans sa totalité par des financements publics, la forme associative ne semble pas adaptée à ce type de fonctionnement avec le risque de requalification de la subvention en commande publique.* » Deux questions juridiques relatives à l'association doivent donc être posées :

- Cette association complètement subventionnée n'est-elle pas une association transparente à l'égard de l'administration, ce qui aurait des conséquences sur son régime financier, ses liens juridiques avec son personnel et ses cocontractants et la responsabilité des commanditaires publics en cas de défaillance financière ?

³² DAJ, Aspects juridiques du contrôle des associations subventionnées par la Ville et le Département de Paris (Mars 2011).

- Dans le cas où il ne s'agit pas d'une association paraadministrative, la nature du lien juridique qui lie l'association et le Département de Paris pose question : ne faudrait-il pas passer un marché au lieu d'attribuer une subvention ?

Les deux questions sont en fait liées car le versement d'une subvention qui constitue l'essentiel des moyens matériels de l'association est un des critères de la transparence, et si l'association est transparente, les crédits devraient en fait rester publics et ne pas devenir des fonds privés.

1.2.3.1. La transparence de l'ADECA 75

Quand le fonctionnement et l'organisation d'une association sont fortement marqués par la présence de l'administration, elle est considérée comme « transparente » si l'administration en exerce la « direction effective ». En fait, l'organisme n'a pas d'existence réelle en tant qu'association et ne constitue qu'un démembrement de l'administration qui la finance. L'avantage est que l'association subventionnée bénéficie d'un régime très souple alors que l'administration doit obéir aux règles plus contraignantes du droit et de la comptabilité publics et aux contrôles qui leur sont associés.

Une telle qualification porteuse d'irrégularités doit être retenue si plusieurs critères sont remplis : le critère des conditions de création, un critère fonctionnel, un critère administratif et organique, un critère matériel et financier.

- L'association est créée à l'initiative d'une personne publique.

Tel est bien le cas en ce qui concerne l'ADECA 75. La délibération de 2002 prise par le Conseil de Paris montre que c'est le département de Paris qui a été à l'initiative de la création de la structure afin de répondre à l'appel de candidature du ministère de la santé. L'association a été créée « ad hoc » pour exercer cette activité.

- Une mission de service public est confiée à l'association.

Le dépistage organisé des cancers fait indéniablement partie des missions de service public prévues par les dispositions du code de la santé publique qui ont été citées ci-dessus.

- La prépondérance des représentants de la collectivité dans les organes de direction de l'association est marquée ; son organisation et son fonctionnement sont entièrement contrôlés par la personne publique.

Le point le plus critiquable est la présidence de l'association qui est assurée par le président du conseil général d'après les statuts. Cela étant, les représentants de la Mairie de Paris ne sont pas majoritaires au conseil d'administration et à l'assemblée générale (9 représentants au total sur 49 membres). Il ne ressort pas non plus des débats des instances délibérantes ni de l'examen de l'activité de l'association au jour le jour que la gestion courante de l'association serait dirigée par les services ou les élus de la Ville de Paris. L'association jouit actuellement d'une autonomie normale dans son activité.

- L'essentiel de ses ressources provient de subventions de cette même personne publique.

L'ADECA 75 a une dépendance totale par rapport aux financements publics puisqu'elle reçoit une subvention du Département de Paris et des concours de l'ARS et des caisses d'assurance maladie, organismes privés chargés d'une mission de service public, depuis sa création. Toutefois le financement du Département ne représente en moyenne que 48 % des produits d'exploitation et la collectivité ne fournit pas d'autres moyens matériels à l'association. Etant donné le financement éclaté entre les différentes personnes publiques, la dépendance de l'association est plurielle.

Dans ces conditions, nous pouvons conclure que les critères juridiques cumulatifs exigés par les juridictions financière et administrative (CE, 21 mars 2007, Commune de Boulogne-Billancourt, req. n° 281796) pour caractériser cette situation de dépendance vis-à-vis d'une collectivité ne sont pas réunies. Cela étant, il serait souhaitable qu'un élu ne soit pas à la tête de l'association comme le recommande la direction des affaires juridiques. Tel n'est d'ailleurs pas le cas des autres structures de gestion associatives en Ile-de-France, toutes présidées par un membre du corps médical.

1.2.3.2. Le système de la subvention

A partir du moment où l'association est une personne juridiquement distincte de l'administration, la qualification du contrat qui les unit pour que l'association exerce ses activités de gestion du service public dépend de la nature et de la définition de ce contrat.

Il s'agit actuellement d'une subvention votée par une collectivité territoriale en faveur d'une personne morale de droit privé, constituée sous la forme d'une association-loi de 1901, ce que l'article 6 de la loi autorise. Eliminons l'hypothèse de la délégation de service public puisque le critère de la rémunération du cocontractant substantiellement liée aux recettes d'exploitation du service exigé par l'article L1411-1 CGCT n'est pas rempli. Mais les critères du marché public le sont-ils ?

L'article 59 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire³³ définit les critères de la subvention : « *Constituent des subventions, au sens de la présente loi, les contributions facultatives de toute nature, valorisées dans l'acte d'attribution, décidées par les autorités administratives et les organismes chargés de la gestion d'un service public industriel et commercial, justifiées par un intérêt général et destinées à la réalisation d'une action ou d'un projet d'investissement, à la contribution au développement d'activités ou au financement global de l'activité de l'organisme de droit privé bénéficiaire. Ces actions, projets ou activités sont initiés, définis et mis en œuvre par les organismes de droit privé bénéficiaires.*

Ces contributions ne peuvent constituer la rémunération de prestations individualisées répondant aux besoins des autorités ou organismes qui les accordent ».

La contribution versée par le département à l'ADECA 75 répond à ces critères.

Le fait que les crédits attribués proviennent du transfert de crédits d'Etat à l'origine et d'autre part que l'association organise son activité dans le cadre de cahiers des charges très détaillés définis par l'Etat ne permet pas de conclure à une dérogation à la définition : la DASES module le montant de sa contribution et l'association dispose de marges de manœuvre dans la stratégie et dans la gestion de ses missions (par exemple pour les activités de sensibilisation et d'information sur le dépistage). En outre, si le dépistage des cancers faisait partie des compétences obligatoires du département depuis 1963, tel n'est plus le cas depuis la loi LRL de 2004.

Le marché public est un contrat conclu à titre onéreux avec un opérateur public ou privé pour répondre aux besoins de l'acheteur public en matière de travaux, de fournitures et de service. Les critères permettant de distinguer la subvention servant à la promotion d'une activité d'intérêt général du marché public sont essentiellement au nombre de deux.

Tout d'abord, **l'initiative à l'origine du projet**. Or en l'espèce, ce n'est pas le département de Paris qui a demandé à l'association d'agir pour répondre aux besoins qu'il a lui-même définis, puisqu'il s'agit d'une politique publique engagée au niveau ministériel.

³³ Créant un article 9-1 dans la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 DCRA.

Second critère, l'absence de **contrepartie directe**. Dans le cadre d'un marché public, « *les sommes versées correspondent à des prestations de services individualisées et sont en relation avec les avantages immédiats que la collectivité peut retirer des actions qui ont donné lieu au paiement* » (CE, 26 mars 2008, Région de la Réunion, n° 284412). Tel n'est pas le cas de l'activité de l'ADECA 75 qui, certes, bénéficie aux Parisiens, mais pas au département. On observera enfin que dans la mesure où les instructions ministérielles ne prévoient qu'une seule structure par département, un éventuel marché ne pourrait être conclu que sans publicité ni mise en concurrence préalables, au titre de la protection de droits d'exclusivité (art. 30 du CMP).

En réalité, l'ADECA 75 exerce une activité de services financés par subventions s'inscrivant dans le cadre de partenariats publics, qui ont sollicité l'initiative associative, fréquents dans le champ social et de la santé. Ces subventions font l'objet de cofinancements pluriannuels et de dispositifs de co-pilotage ou d'évaluation partagés. Or, de façon générale, la jurisprudence a considéré que le recours à une association pour gérer des activités qui correspondent à une mission de service public ne peut être regardé comme illégal en lui-même à condition que les droits et obligations de l'association se trouvent définis par une convention (CE, 8 juin 1994, [...], n° 143 272), ce qui est le cas. De la même façon, la possibilité pour une collectivité territoriale de faire partie d'une association a été reconnue par le Conseil d'Etat dans son avis du 11 mars 1958, à condition qu'elle ne se décharge pas sur l'association de la poursuite d'un objet pour lequel la loi a prescrit un autre mode de réalisation.

Bien évidemment toutes ces questions n'auraient pas lieu d'être si la loi avait fixé le régime juridique des structures de gestion des dépistages organisés des cancers, mais celles-ci ne sont évoquées qu'au niveau de l'arrêté ministériel et du cahier des charges qui leur est annexé. Par ailleurs le système de dépistage organisé confié à des associations subventionnées est généralisé dans la quasi-totalité des départements depuis une quinzaine d'années. Toutes ne sont pas des associations, mais cette forme juridique est de loin la plus utilisée (83 %), les autres se répartissent entre GIP (8 %), œuvres de la sécurité sociale (CPAM : 5 %), conseil général (1 %) et autres statuts (3 %).

2. LA GOUVERNANCE DE L'ASSOCIATION

Sont examinés ici le fonctionnement des organes sociaux, la représentation de la Ville de Paris au sein de ces organes, puis le personnel de l'association.

2.1. Le fonctionnement des organes sociaux

L'ADECA 75 est constituée sous la forme d'une association-loi de 1901 déclarée à la Préfecture de police le 11 octobre 2002, la publication de sa création ayant été opérée au Journal officiel du 2 novembre 2002 (ce qui lui a permis d'acquérir la personnalité morale et la capacité juridique). Les statuts ont été modifiés deux fois : par une décision de l'assemblée générale extraordinaire du 19 juin 2008 qui modifie l'article 7B sur la composition du bureau et par une décision du conseil d'administration du 15 juin 2011 qui acte le déménagement du siège social (art. 3 des statuts), la déclaration en ayant été faite le 28 septembre 2011 et le récépissé de la déclaration de modification étant daté du 25 octobre 2011.

Le texte des statuts du 19 juin 2008 figure en annexe 5. L'article 2 des statuts définit l'objet de l'association : l'ADECA 75 « *a pour mission d'organiser, d'animer et de gérer, conformément aux recommandations en vigueur, les campagnes de dépistage des cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus en faveur de l'ensemble de la population-cible concernée. A cette fin elle gère les moyens mis à sa disposition par les différents financeurs.* »

L'article 1^{er} indique que l'association a été créée « *à l'initiative du département de Paris et de la CPAM de Paris* », pour une durée illimitée (art. 4). Conformément aux instructions ministérielles³⁴, un appel à candidatures avait été lancé par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France et par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie. Une délibération du Conseil de Paris 2002 ASES 13 G du 21 janvier 2002 autorise la constitution d'ADECA 75, approuve les statuts constitutifs et autorise l'adhésion du département de Paris en qualité de membre fondateur (annexe 6). Le département de Paris est donc à l'origine de la constitution de l'association. Il a manifesté explicitement sa volonté d'adhérer à l'association par cette délibération « *en tant que membre fondateur* », bien que les statuts ne prévoient pas cette qualité. L'ADECA 75 a été la seule structure pour Paris à voir sa candidature examinée et retenue par le Comité technique régional de dépistage des cancers (CTRDC). Un dossier de candidature à l'organisation d'une campagne de dépistage du cancer colorectal sera ultérieurement déposé par l'association et celle-ci désignée.

Selon l'article 5 des statuts, l'association se compose de personnes physiques ou morales qui participent à ses activités et qui contribuent à la réalisation de ses missions. L'admission des membres est prononcée par le conseil d'administration et les cas de perte de cette qualité sont prévus par les statuts, avec une procédure prévoyant les droits de la défense et de recours. Il est par ailleurs prévu une cotisation acquittée par les adhérents dont le montant est défini par le conseil d'administration, mais dont on ne trouve pas trace dans la comptabilité. En réalité, il n'y a pas d'autres adhérents que les représentants institutionnels qui siègent au conseil d'administration, qui se confond donc quant à sa composition avec l'assemblée générale. Il s'agit donc d'une association fermée, alors que l'on pourrait concevoir que des personnes intéressées par la lutte contre le cancer, d'anciens malades, des donateurs... en fassent partie et constituent une sorte de « *collège des usagers* ».

³⁴ Circulaire DGS n° 2002-21 du 11 janvier 2002 relative à la généralisation du dépistage organisé des cancers du sein.

Conformément à l'article 14 des statuts, un règlement intérieur établi par le conseil d'administration a été approuvé par l'assemblée générale, sa dernière version datant du 15 juin 2006. Il précise :

- les détails d'application des statuts ;
- l'organisation, les missions et le fonctionnement de la cellule opérationnelle et des groupements spécifiques aux différents risques et des comités.

Comme il l'est rappelé à l'article 7C, l'organisation, les missions et le fonctionnement de l'association doit répondre aux recommandations des cahiers des charges ministériels.

2.1.1. Le conseil d'administration

Le principal organe de gouvernance est le conseil d'administration qui compte 49 membres désignés pour trois ans, sans limitation du nombre de mandats.

Selon le cahier des charges, la gestion de la structure de gestion est sous la responsabilité d'un conseil d'administration ou d'une instance équivalente qui en répond auprès des services déconcentrés du ministère de la santé. Ce conseil doit associer des représentants des financeurs, des professionnels impliqués dans le dépistage, des usagers et de l'Ordre des médecins.

Selon l'article 7 des statuts du 19 juin 2008, l'association est gérée par un conseil d'administration de 49 membres présidé par le président du conseil général, comprenant pour moitié 24 membres représentant les organisations non médicales et 24 membres représentant les professionnels de santé. Les quatre catégories visées par le cahier des charges s'y retrouvent bien, soit dans le premier collège (financeurs : Département de Paris, Ligue contre le cancer, CPAM, MSA,... ; associations féminines et d'usagers...), soit dans le second (professionnels : radiologues, oncologues, Institut Curie, etc. ; Conseil départemental de l'Ordre des médecins).

On trouvera en annexe 7 la liste actuelle des membres du conseil d'administration selon la composition rappelée ci-dessous :

- Président : président du conseil général ou son représentant.
- 24 membres représentant les organisations non médicales :

Ces membres sont désignés en pratique comme faisant partie du « premier collège » ou « collège d'institutionnels et d'usagers » dans le rapport d'activité :

- 8 membres représentant le département de Paris dont 6 désignés par le Conseil de Paris et 2 membres de l'administration parisienne désignés par arrêté du maire
- 8 membres de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ile-de-France
- 1 membre représentant l'Assurance maladie des professions indépendantes : **RSI Ile-de-France**
- 1 membre représentant la Mutualité sociale agricole
- 1 membre représentant la Ligue contre le Cancer : **Comité de Paris**
- 2 membres représentant les associations mutualistes : **MGEN - Mutualité française d'Ile-de-France**
- 3 membres représentant les associations féminines et d'usagers : **Comité féminin de Paris de dépistage du cancer du sein - Europa donna**

Il manquerait donc un membre représentant les associations féminines et d'usagers de 2013 à 2016.

- 24 membres représentant les professionnels de santé composent le « second collège » :
 - 1 membre représentant le **Conseil départemental de l'Ordre des médecins**
 - 1 membre représentant les radiologues de l'AP-HP : **en fait, le syndicat des radiologues de Paris**
 - 1 membre représentant les médecins des centres de santé : **Non représenté**
 - 1 membre représentant les oncologues de l'AP-HP : **Non représenté**
 - 1 membre représentant l'Institut Curie : **Non représenté**
 - 14 membres représentant les médecins libéraux parisiens désignés par les organisations professionnelles. Figurent en 2013, 2014, 2015 et 2016 : **SYNGE (gynécologues obstétriciens), Collège de gynécologie médicale de Paris-IdF, SFED (endoscopie digestive), Syndicat des médecins de Paris, Syndicat des médecins libéraux, Association des radiologues pour la qualité et l'accréditation en mammographie (ARQUAM), EUROGIN (European Research Organisation on Genital Infection and Neoplasia) et les Accueils cancers de la Ville de Paris soit 8 organismes sur 14, les deux derniers n'ayant pas de représentant en 2016.**
 - 5 personnes qualifiées dont un médecin du travail et des spécialistes du cancer désignées par le conseil général et la CPAM : **4 personnalités qualifiées seulement sont désignées de 2013 à 2015 : Dr [.....], généraliste, Pr [.....], gastroentérologue, Dr [.....], gynécologue, et [.....], Directrice de l'Institut Arthur Vernes (ne figure plus en 2016).**

Il manque donc 10 membres dans le second collège.

Dans ces deux collèges on note que ni l'Etat (ARS), ni les médecins traitants ou même généralistes ne sont représentés es qualités au conseil d'administration.

Les deux catégories de membres titulaires sont donc incomplètement pourvues, avec un membre manquant pour le premier collège et dix pour le second, soit 11 membres sur 49 (14 en 2016), ce qui montre donc une certaine difficulté à pourvoir les sièges de ce conseil pléthorique, en particulier par les organismes professionnels. Certains organismes mais pas tous ont désigné des membres suppléants, ce qui est prévu par l'article 8, pour remplacer le titulaire en cas d'empêchement. L'absence de désignation de certains membres fait baisser le chiffre du quorum fixé à la moitié des membres du conseil d'administration car on ne peut paralyser le fonctionnement de l'association du fait de la carence de tiers à se faire représenter.

La catégorie des membres avec voix consultative désignés par l'assemblée générale sur proposition du bureau, prévue par les statuts sans limitation de nombre, ne semble pas exister en pratique.

Enfin on remarquera que faute de disposition spécifiques dans les statuts, le vote se fait par tête et non par entité, ce qui rend d'autant plus importante la représentation de la collectivité parisienne et de la CPAM qui comptent huit membres chacune, sans toutefois leur conférer la majorité des voix au conseil d'administration.

Il est expressément indiqué que les membres du conseil ne peuvent recevoir aucune rétribution en raison des fonctions qui leur sont confiées. Cependant, le règlement intérieur (par une exception qui aurait mieux trouvé sa place dans les statuts) autorise les radiologues membres du conseil d'administration à exercer les fonctions de second lecteur de mammographies.

2.1.2. Le bureau

Selon l'article 7B, le bureau est élu par le conseil d'administration en son sein à la majorité relative et comprend au minimum 7 personnes : le président, les quatre vice-présidents, le secrétaire général et le trésorier. Il est élu pour trois ans et est rééligible sans limitation.

D'après les comptes rendus d'activité annuels, le bureau est effectivement constitué :

- d'un président (M. LAURET, représentant la Maire de Paris),
- de trois vice-présidents (en 2013 : M. LE GUEN, élu de Paris, et les deux médecins vice-présidents radiologue et gastroentérologue ; en 2014 il n'y a que deux vice-présidents, ces derniers cités : le Dr [.....] remplacé en 2015 par le Dr [.....], et le Pr [.....]),
- du trésorier qui est le secrétaire général du comité de Paris de la Ligue contre le cancer [.....],
- de la secrétaire générale : le Dr [.....], "personnalité qualifiée",
- y siégeait également en tant que personnalité qualifiée (non prévue par les statuts) la directrice de l'Institut Arthur Vernes [.....],

soit au total 6 membres en 2014 et 2015 sur les 7 membres exigés par les statuts. [.....] n'est plus mentionnée dans la composition du bureau figurant au compte rendu d'activité 2016, ce qui réduit le nombre de membres à 5 sur 7 exigés.

Le bureau ne comptait donc pas quatre vice-présidents comme prévu à l'article 7B. Cela étant, cet article n'est pas très clair car après avoir indiqué que le bureau compte quatre vice-présidents, il indique « *les trois vice-présidents sont les médecins responsables des groupements spécifiques aux trois dépistages* » (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus qui n'est pas encore mis en œuvre).

Le règlement intérieur ajoute à la confusion car son article 2.1.1. prévoit quant à lui un bureau de dix membres : le président, deux premiers vice-présidents, trois vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier, un secrétaire général adjoint et un trésorier adjoint, son article 3.2.1. faisant allusion aux fonctions de « second vice-présidents » assumées par les responsables de groupements spécifiques.

Les vice-présidents mentionnés dans les comptes rendus sont les médecins responsables des groupements de dépistage comme l'exigent le cahier des charges et les statuts (le Dr [.....] et le Pr [.....]) : ils sont désignés sous le terme « premiers vice-présidents » dans le règlement intérieur.

Les dispositions des statuts et du règlement intérieur devraient être harmonisées, si possible dans le sens de la simplification. La composition du bureau relève de l'élection par le conseil d'administration dans le cadre fixé par les statuts, d'autant plus qu'ils ont été mis à jour sur ce point en 2008.

Recommandation 3 : Pourvoir aux désignations prévues par les statuts pour les postes vacants au conseil d'administration ; harmoniser la composition du bureau par une modification des statuts ou du règlement intérieur de l'association.

Dans sa réponse au rapport provisoire, l'association note que cette recommandation peut être réalisée mais qu'elle s'inscrit dans la dernière année d'exercice.

Les statuts préconisent que le conseil d'administration se réunisse au moins deux fois par an, rythme qui est respecté sauf en 2013. Le bureau devrait se réunir au moins une fois tous les deux mois, selon l'article 2.2-1 du règlement intérieur, mais cela n'a pas été le cas depuis 2013, alors que la phrase est rédigée sur le mode impératif.

Tableau 8 : Réunions des CA et du bureau de l'ADECA 75

ANNEE	2013	2014	2015	2016
Bureau 1	21 mai	11 avril	10 mars	17 février
Bureau 2	1 ^{er} octobre	24 septembre	5 mai	10 mai
Bureau 3	14 novembre	10 décembre	23 juin	20 septembre
Bureau 4			9 septembre	21 novembre
Bureau 5			17 novembre	
CA 1	21 mai	28 janvier	19 mai	17 mai
CA 2		5 juin	8 décembre	13 décembre
CA 3		2 juillet		
AG	14 juin	10 décembre	16 juin	14 juin

Source : Comptes rendus d'activité annuels de l'ADECA 75

Ces réunions attestent d'une vie sociale réelle, en particulier pendant les exercices 2015 et 2016. De manière générale, après le propos liminaire du président, les réunions comportent un point sur les dépistages et la communication sur l'activité ou le bilan annuel d'activité présentés par le médecin coordinateur, puis la présentation du budget prévisionnel ou des comptes annuels par le responsable administratif et les experts comptables. L'ordre du jour est complété par le vote sur les désignations. Les comptes rendus font état de peu de remarques, la baisse des subventions de la CNAM et les interrogations sur le bénéfice de la deuxième lecture donnant cependant lieu à débat à plusieurs reprises. Les discussions peuvent influencer sur le sens d'une décision, tel le refus d'admettre le recrutement d'un médecin coordinateur à temps partiel proposé par le président lors de la séance du conseil d'administration du 10 décembre 2014. Par ailleurs, cinq membres se sont abstenus lors du vote du budget prévisionnel par le conseil d'administration du 8 décembre 2015 (essentiellement des représentants de l'Assurance maladie et de la DASES). Dans sa réponse au rapport provisoire, la DASES expose qu'elle ne pouvait voter favorablement compte tenu du fait que les recettes prévisionnelles présentées dans le BP ne tenaient pas compte de la décision prise de diminution de la subvention de la collectivité parisienne.

Les statuts, précisés par le règlement intérieur, décrivent la répartition des attributions et le fonctionnement des différents organes sociaux : conseil d'administration (art. 8), bureau (art. 9), conseil scientifique et éthique (art. 10). Ils précisent également l'organisation administrative de l'association (art. 7C). Chaque organe statue dans son domaine de compétence même si leur composition est la même (AG et CA) et les réunions ne sont pas organisées le même jour sauf exception. Toutefois le contenu des comptes rendus est quasiment similaire.

Conformément au cahier des charges, « l'association est administrée par le conseil d'administration » (art. 7). Selon l'article 1.1. du règlement intérieur, il dispose des pouvoirs les plus larges quant à la gestion de l'association. Le bureau est, selon le règlement intérieur, « l'organe exécutif de l'association ».

Les fonctions du conseil ne sont cependant pas décrites dans les statuts et doivent donc se déduire des autres articles (par exemple : attributions du président) ou par défaut (ex : attributions de l'assemblée générale aux articles 11 et 12). Elles sont heureusement reprises de façon ordonnée dans l'article 1^{er} du règlement intérieur de l'association dans les différentes matières : fonctionnement général de l'association (règlement intérieur, date des assemblées générales, fixation des honoraires de deuxième lecture...), désignations (conseil scientifique et éthique, commissaire aux comptes), activité (politique générale des dépistages et dispositions budgétaires propres à chacun, vote du budget, approbation provisoire des comptes...).

Le règlement intérieur complète et précise les dispositions applicables au fonctionnement interne de l'association, en particulier aux groupements spécifiques aux dépistages et au conseil scientifique et éthique.

Le fonctionnement du bureau est précisé par les statuts et le règlement intérieur, ainsi que les fonctions de chacun de ses membres :

- il impulse et s'assure de la bonne dynamique associative ainsi que du bon fonctionnement de l'association dans la rigueur et dans le respect de ses statuts
- il est chargé de l'administration et de l'exécution des décisions du conseil d'administration
- il assure les décisions courantes
- il prépare les réunions du conseil d'administration
- il élabore et propose le budget annuel validé par le conseil d'administration et adopté par l'assemblée générale
- il est garant de la rigueur budgétaire et comptable de l'association
- il prend l'avis des responsables de groupement pour les questions relatives à chaque dépistage.

Le président :

- assure le fonctionnement de l'association, a autorité sur le personnel
- le recrute et met fin à ses fonctions après avis du bureau
- conduit les travaux du conseil d'administration
- préside le conseil d'administration et le bureau
- représente l'association en justice et dans tous les actes de la vie civile
- ordonnance les dépenses exécutées par le trésorier.

Les vice-présidents :

- assistent le président dans ses attributions et le représentent
- assurent la liaison entre les groupements spécifiques et le conseil d'administration
- sont systématiquement consultés et peuvent faire toute proposition budgétaire utile au fonctionnement de leur groupement.

Le secrétaire général :

- est chargé des convocations, de la correspondance et rédige les procès-verbaux
- tient le registre des délibérations et effectue les formalités envers l'administration et les financeurs de l'association.

Le trésorier :

- tient les comptes de l'association, prépare le budget
- est chargé du patrimoine de l'association
- effectue les paiements et perçoit les recettes sous la responsabilité du président
- tient la comptabilité au jour le jour de toutes les opérations
- rend compte à l'assemblée qui statue sur sa gestion
- rend compte aux assemblées générales dans les conditions prévues au règlement intérieur.

Les décisions du conseil d'administration et du bureau se prennent à la majorité des membres présents ou représentés, le président ayant voix prépondérante ; seules les personnalités qualifiées peuvent donner pouvoir à un autre membre du conseil, ce qui est logique puisque les organismes peuvent désigner des suppléants.

On doit se féliciter de l'existence et de la précision des dispositions régissant les attributions des différents organes de l'association, qui manquent souvent dans les statuts des associations, même si elles apparaissent relativement complexes.

2.1.3. L'assemblée générale

Selon l'article IV.1. du règlement intérieur, l'assemblée générale est composée de l'ensemble des membres de l'association. En fait, les participants à l'assemblée générale se confondent avec ceux du conseil d'administration. On a donc deux organes de l'association qui statuent chacun dans son domaine de compétence et qui sont régis par leurs règles propres.

Les articles 11 et 12 des statuts décrivent de façon classique les fonctions des assemblées générales ordinaire et extraordinaire.

L'assemblée générale ordinaire :

- approuve la désignation des membres du conseil d'administration
- entend les rapports de gestion du conseil d'administration sur la situation morale et financière de l'association
- approuve le bilan du trésorier, le rapport d'activités du président et le règlement intérieur
- approuve les comptes de l'exercice clos et les orientations de l'exercice suivant.

Sauf en 2014, l'assemblée générale a eu lieu tous les ans en juin.

L'assemblée générale extraordinaire a pour uniques compétences la modification des statuts et la dissolution de l'association. Seul le quorum (deux tiers des membres présents ou ayant donné pouvoir) la distingue de l'assemblée générale ordinaire (un tiers des membres), les décisions se prenant à la majorité des voix des membres présents ou représentés.

2.1.4. L'organisation administrative et opérationnelle

De façon bienvenue, les statuts décrivent l'organisation administrative et opérationnelle de l'association (article 7C). Elle prévoit les fonctions de responsable administratif (en pratique, responsable administratif et financier) qui agit sur délégation du président du conseil d'administration (prise effectivement le 1^{er} septembre 2014).

Une cellule opérationnelle de gestion est prévue avec à sa tête un médecin spécialiste de santé publique désigné par le bureau après appel à candidature ouvertes, qui fait aussi partie du conseil scientifique (« médecin coordinateur »).

Il est expressément mentionné que le personnel est tenu au secret professionnel (art.13).

2.1.5. Les comités scientifiques et le conseil scientifique et éthique

Le cahier des charges des structures prévoit que le conseil d'administration est assisté d'un comité scientifique par programme de dépistage. Il est recommandé que la moitié au moins des membres de ces comités scientifiques soient extérieurs à la structure de gestion. Selon le cahier des charges, leur composition pourrait comprendre au minimum :

- un médecin généraliste ;
- un médecin spécialiste (oncologue, gastro-entérologue, gynécologue obstétricien ou médical, radiologue...);
- un biologiste ;
- un anatomo-cytopathologiste ;
- un professionnel de santé publique.

L'ADECA 75 dispose de trois conseils ou comités :

Le « comité des radiologues » et le « comité technique côlon » composés de professionnels de santé ont pour mission de conseiller le médecin coordinateur dans la mise en œuvre du dépistage organisé. Il s'agit des comités scientifiques par type de dépistage prévus par les instructions ministérielles (leur composition figure en annexe au rapport d'activité 2016 avec comme intitulés « comité technique - dépistage du cancer du sein » et « comité technique - dépistage du cancer colorectal », voir annexe 8). Leurs présidents élus par le conseil d'administration font obligatoirement partie du collège des professionnels de santé et sont de droit vice-présidents de l'association (actuellement le Dr [.....] pour le CTD cancer du sein et le Pr [.....] pour le CTD cancer colorectal).

Le CTD cancer du sein ne comprend pas dans ses huit membres de médecin de santé publique ni de biologiste. Le CTD cancer colorectal ne comprend pas de biologiste parmi ses sept membres. Toutefois la liste du cahier des charges n'exige pas une stricte conformité puisqu'elle est formulée comme une recommandation.

Les fonctions de ces comités qui ne sont pas détaillées dans le cahier des charges apparaissent particulièrement étendues (art. 3.2.2. du règlement intérieur) : proposition au bureau et au conseil d'administration des modalités d'organisation, de réalisation et d'évaluation du dépistage, proposition de moyens nécessaires à sa réalisation, consultation sur le budget du dépistage, la stratégie de communication et d'invitation. Le médecin spécialiste responsable du groupement travaille en étroite collaboration avec le médecin coordinateur et assiste aux réunions du bureau.

Il n'a pas pu être remis aux rapporteurs de compte rendus des réunions des comités techniques mais deux réunions étaient prévues par le Plan stratégique 2016 (le 29 mars pour le sein, le 2 juin pour le côlon). En fait le fonctionnement de ces comités semble assez informel puisqu'il n'est fait état de leur activité dans les bilans annuels de l'association que sous forme de « *demandes d'avis sur des points précis par le médecin coordinateur* ».

L'article 10 des statuts crée un troisième organisme, le conseil scientifique et éthique de l'ADECA 75 qui comprend entre 15 et 21 membres, « *personnalités de haut niveau ayant essentiellement un rôle d'expertise* », désignés par le conseil d'administration pour trois ans après avis des collègues (voir annexe 9). Son président est élu par le conseil d'administration sur proposition du bureau. Le médecin coordinateur en est membre de droit. Il « *apporte ses recommandations et suggestions dans les domaines médical, scientifique et éthique relatifs à la valorisation des dépistages* ». Le règlement intérieur est plus précis : il « *apporte à l'association les éléments scientifiques nécessaires à la pertinence et à la qualité des campagnes de dépistage. Il garantit le bon fonctionnement des dépistages sur les plans éthique et déontologique* ». Il s'agit donc d'un organe qui n'est pas prévu par le cahier des charges.

A noter que si le principe est la gratuité des fonctions, les membres du conseil scientifique peuvent recevoir un défraiement (art. 3.3.3. du règlement intérieur). Par contre, les fonctions exercées par les responsables des comités techniques ne peuvent faire l'objet d'aucune rétribution ni défraiement.

En 2016 le conseil scientifique comptait 15 membres, le président étant le Dr [.....], oncologue, responsable du centre des maladies du sein de l'hôpital Saint-Louis. Etaient représentés les spécialités suivantes : épidémiologie, chirurgie du sein, gastroentérologie, radiologie, gynécologie, anatomopathologie, ainsi qu'un juriste, une psychologue psychanalyste, une représentante de l'ARS et une femme de lettres. Son président assiste aux réunions du conseil d'administration et de l'assemblée générale.

Selon l'expression récurrente utilisée dans les rapports d'activité : « *L'avis du conseil scientifique et éthique a été recueilli à plusieurs reprises entre les réunions, pour donner un avis sur l'opportunité de différents projets menés par l'ADECA 75 ou pour lesquels l'ADECA 75 a été sollicité comme partenaire* ».

Mais il n'a pu être remis aux rapporteurs sur leur demande que deux comptes rendus datés du 12 juin 2012 et du 11 octobre 2013, ce qui tendrait à prouver que ces réunions sont en fait assez rares (le compte rendu de réunion ARS/CPAM du 9 janvier 2015 sur les difficultés rencontrés par l'ADECA 75 note « *le non fonctionnement du comité scientifique depuis un an* »).

L'articulation avec les comités techniques n'apparaît pas avec évidence : on peut avancer avec prudence que le comité scientifique travaille davantage sur les plans de l'éthique et des grands principes du dépistage, et les deux autres comités sur des aspects plus techniques et de mise en œuvre. Cela étant les comptes rendus des réunions du conseil scientifique évoquent des questions très pratiques.

2.2. Les représentants de la Ville de Paris et le suivi de l'ADECA 75

2.2.1. La participation au conseil d'administration

En application de l'article 7 des statuts, le conseil d'administration est présidé par le « président du conseil général ou son représentant » ; il comprend huit membres représentant le département de Paris dont six désignés par le Conseil de Paris et deux membres désignés par arrêté du Maire, président du Conseil de Paris siégeant en formation de conseil général (départemental).

Les présidents successifs représentant le Maire de Paris ont été Mme Anne HIDALGO, première adjointe au Maire, Mme Fatima LALEM, M. Jean-Marie LE GUEN et M. Thomas LAURET. Toutefois aucun acte n'a été produit pour désigner M. LAURET parmi les conseillers de Paris comme représentant de la Maire.

Six conseillers de Paris ont été désigné pour siéger au conseil d'administration de l'association par délibération 2014 R.61 G des 19-20 mai 2014 : Mme Karen TAIEB, M. Philippe DUCLOUX, M. Bernard JOMIER, M. Hervé BEHUE, Mme Dominique STOPPA-LYONNET et M. Bernard DEBRE. Ont été élus comme suppléants : Mme Léa FILOCHE, M. Thomas LAURET, M. David BELLARD, M. Sergio TINTI, Mme Céline BOULAY-ESPERONNIER, M. Christian HONORE.

Par délibération 2014 R. 106 G des 16-17 juin 2014, M. Thomas LAURET a été élu titulaire en lieu et place de M. JOMIER et Mme Marie ATALLAH suppléante en remplacement de M. LAURET qui a pris la présidence de l'association. On observe que le président faisant partie des six conseillers élus par le Conseil de Paris, il manque un élu de Paris titulaire pour respecter les statuts puisqu'au total ils ne sont que six au lieu de sept (le président + 6 élus).

Ces désignations sont conformes à l'article L. 3121-23 du CGCT. Toutefois les statuts mentionnant que les membres du conseil d'administration sont désignés pour une durée de trois ans (y compris le président), une nouvelle délibération aurait dû être votée en mai 2017. En effet, cet article prévoit bien que les délégués sont désignés « *dans les cas et conditions prévus par les dispositions régissant ces organismes* », ce qui inclut « *la fixation par les dispositions précitées de la durée des fonctions assignées à ces membres ou délégués* ».

Les deux autres représentants du département au conseil d'administration ont été désignés par un arrêté du 6 novembre 2014 signé par la présidente du Conseil de Paris siégeant en formation de conseil général (départemental) qui a été remplacé récemment par un nouvel arrêté du 2 août 2017. Ce sont des agents de la DASES : le sous-directeur de la santé a été remplacé par son adjointe et il en va de même pour la chef du bureau de la prévention et des dépistages de cette sous-direction, tous désignés intuitu personae. Cet arrêté comme le précédent vise un article L. 3221 du CGCT qui n'existe pas. Or comme vient de le rappeler la direction des affaires juridiques dans un avis de novembre 2017 pour le conseil municipal, la représentation des conseils électifs dans les organismes extérieurs est régie par les dispositions régissant ces organismes, lorsqu'il n'existe pas de

dispositions particulières dans le CGCT. Mais il n'apparaît pas possible que les statuts d'une association aillent à l'encontre de la répartition des compétences déterminée par la loi. Or l'article L. 3221-7 du CGCT ne permet au président du conseil départemental de désigner que des membres de ce conseil pour le représenter, alors qu'il est possible à l'assemblée délibérante de désigner des « délégués », par exemple des fonctionnaires.

Recommandation 4 : Faire voter une nouvelle désignation des délégués du Département de Paris au conseil d'administration de l'ADECA 75 ; abroger l'arrêté du 2 août 2017 ; produire l'acte de désignation du président suppléant.

Afin d'éviter d'avoir à reprendre l'arrêté à chaque changement de titulaire du poste de fonctionnaire, il serait plus pratique de désigner dans la délibération les représentants par leurs fonctions et de prévoir leur suppléance en cas d'absence (par exemple : le sous-directeur de la santé, et en cas d'absence ou d'empêchement l'adjoint au sous-directeur, etc.).

Au demeurant, la direction des affaires juridiques recommande aux fonctionnaires de ne pas participer aux organes dirigeants d'une association qui est en relations avec la collectivité, ce qui peut conduire à engager leur responsabilité (gestion de fait, poursuites pénales en cas d'infraction par l'association...) ³⁵ et elle invite les élus à ne pas présider l'association.

2.2.2. Le suivi de l'association par la DASES

La lettre de mission demande expressément d'examiner le suivi des activités de l'ADECA 75 par la DASES. Comme il l'a déjà été constaté par le rapport d'audit des relations de la DASES avec les associations qu'elle finance (IG n° 13.10) de juillet 2014, « *l'énergie des services est davantage mise sur l'instruction de la subvention que sur le suivi, les rares contacts ayant lieu lors de l'instruction de la subvention après réception des comptes sociaux et du compte rendu d'activité* ». On ajoutera que les conventions d'objectifs pluriannuelles ne favorisent pas la remise en cause d'une situation que l'association pense, dans une large mesure à juste titre, acquise.

Le contenu des conventions évoqué au paragraphe 1.2.2. n'incite pas à un suivi étroit puisqu'il ne prévoit aucun indicateur propre à la Ville, aucun bilan spécifique au suivi des publics défavorisés, et pas de réunion d'un comité de pilotage réunissant les représentants de l'association et de la Ville pour évaluer les activités et la qualité des actions menées (la convention ADMY/département des Yvelines déjà citée comprend de tels dispositifs, ainsi un « Comité technique de campagne »).

La fiche technique élaboré par la sous-direction métier sur la base du compte rendu annuel d'activité élaborés par l'ADECA 75 est très complète (A/présentation de l'association et des actions à subventionner : dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer colorectal, communication et promotion des dépistages, cadre législatif ; B/ Présentation financière - proposition de subvention). Cela étant il s'agit essentiellement d'une remise à jour annuelle de la même présentation, parfois excessivement détaillée, et qui ne comprend quasiment aucun commentaire et aucune explication. Les chiffres sont cités sans être remis en perspective.

Les représentants de la sous-direction de la santé participent aux conseils d'administration comme exposé ci-dessus. Le dossier consulté au service ne renferme pas de note de synthèse ou de copie de mail envoyées à la hiérarchie suite à une réunion de ce conseil ou à une réunion de travail avec l'association. Lors de l'entretien de lancement de la mission,

³⁵ DAJ, Aspects juridiques du contrôle des associations subventionnées par la Ville et le Département de Paris (mars 2011).

il a été confirmé aux rapporteurs que « *Globalement la DASES a peu de contact avec l'association, hormis lors de la demande de subvention et de la préparation des conseils d'administration, la DASES ne faisant pas partie du bureau* ». Il n'y a pas non plus de comptes rendus des réunions budgétaires du dialogue de gestion. Dans sa réponse au rapport provisoire, la DASES tempère ce constat en indiquant, de façon cursive, que des contacts avec l'association ont lieu au niveau du bureau de la prévention et des dépistages.

Un seul courrier à l'association figure au dossier, qui émane de l'adjoint à la Maire chargé de la santé, et non de l'administration. Ce courrier fait suite à une réunion du 8 septembre 2015. L'ARS et la CPAM avaient écrit pour leur part une lettre conjointe le 23 juin 2015 pour déplorer le mauvais fonctionnement des instances de décision et d'expertise et le manque de réflexion stratégique de l'ADECA 75. Dans sa lettre du 13 octobre 2015, l'adjoint à la Maire chargé de la santé fait part à l'association de plusieurs demandes partagées selon lui avec l'ARS et l'Assurance maladie eu égard aux indicateurs observés :

- Mener rapidement une réflexion stratégique intégrant l'ensemble des acteurs publics, associatifs et privés, pour améliorer la situation du dépistage organisé, particulièrement celui du côlon, et préparer un plan d'action d'ici la fin du premier semestre 2016 ; l'objectif étant d'atteindre de meilleurs résultats par une participation active des professionnels, des institutions et des usagers ;
- Explorer l'évolution de la structure juridique de l'ADECA 75, par exemple sous la forme d'un groupement d'intérêt public, afin d'optimiser la contribution des différents partenaires aux orientations et décisions ;
- Prendre les décisions nécessaires en particulier en matière d'évolution des charges de loyer de l'association, afin de pas diminuer ses capacités opérationnelles.

En effet la lettre faisait état du principe d'une baisse de la subvention départementale en 2016.

De son côté, l'association nous a semblé ouverte à davantage de contacts avec l'administration. [.....]. *Le développement qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

Dans sa lettre du 14 avril 2015 déjà citée à la Maire de Paris, le président de l'ADECA 75 lui demande la mise en place d'un dialogue de gestion structuré. En novembre 2015, il répond à la lettre de M. JOMIER du 13 octobre 2015 en exposant les modalités de définition de la stratégie de dépistage du cancer colorectal, donne son accord à une rencontre avec l'ensemble des acteurs du dépistage et propose qu'elle se tienne à l'Hôtel de Ville. Il propose de saisir la direction des affaires juridiques d'une étude sur la structure juridique (GIP) tout en indiquant que l'Etat mène une réflexion sur le devenir des structures de gestion, et expose longuement les données budgétaires propres à l'association et la nécessité de conserver une dotation suffisante en arguant de l'efficacité de la structure parisienne par rapport à ses voisines franciliennes.

Un plan stratégique pour 2016 a été établi et présenté au conseil d'administration le 8 décembre 2015³⁶. Il comprenait des actions nouvelles à côté de la continuation d'activités habituelles :

³⁶ Une « réunion de synthèse et de présentation de la stratégie de promotion des dépistages organisés » du 1er décembre 2015 est évoquée dans la lettre en réponse à M. JOMIER signée par M. LAURET le 18 novembre 2015. [.....]. *Le développement qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

- actions auprès du public :

Des informations ciblées sur les populations ne participant pas au dépistage organisé : 50-60 ans, assurés sociaux MSI, populations vulnérables (réduction des inégalités d'accès aux soins) ; diversifications des supports d'information en complément des courriers : e-mails, sms, sensibilisation des populations cibles dès 49 ans, développement de nouveaux partenariats associatifs ;

- actions auprès de professionnels de santé : intégration des femmes suivies annuellement en DI dans le DO une année sur deux, relance de partenariats ;
- actions en coconstruction avec les partenaires (institutionnels et associatifs), réunion des comités techniques ;
- projets d'expérimentation : stratégie d'invitations groupées semestrielles lors des campagnes (mars bleu et octobre rose), évaluation des différentes interventions visant à augmenter la participation au DO CCR ;
- projet de réflexion stratégique sur l'organisation du dépistage du cancer colorectal avec une chercheuse.

Son état d'avancement a été présenté en assemblée générale le 17 mai 2016. Ces propositions d'action sont intéressantes. Mais elles restent peu détaillées, ne font pas l'objet d'un tableau de bord précis et communiqué aux interlocuteurs habituels de l'association, et surtout ne diffèrent pas beaucoup en définitive des actions entreprises chaque année. Notons quand même qu'il était difficile à l'ADECA 75 de construire une planification à moyen et long terme étant donné les changements envisagés au niveau national dans l'organisation des structures de gestion (l'INCa ayant été saisi publiquement sur ce sujet le 21 juillet 2015).

Enfin on signalera que l'activité de la structure est contrôlée par les autres tutelles au moyen d'indicateurs très nombreux qui doivent être transmis à périodicité régulière :

Tableau 9 : Informations à produire pour les caisses d'assurance maladie et l'Etat

INFORMATIONS concernant l'année	NATURE DE L'INFORMATION à retourner par les SG aux caisses d'assurance maladie et aux DRASS	PÉRIODICITÉ
N + 1	Éléments relatifs au budget prévisionnel.	Annuelle
N (année en cours)	Suivi de l'activité de dépistage.	Semestrielle
	Etat de consommation des crédits. Etat du parc et organisation.	Annuelle, à la fin du premier semestre
N-1	Evaluation globale (indicateurs d'évaluation et de pilotage départemental).	Annuelle
	Comptes annuels des structures de gestion en exécution et rapport annuel financier.	Annuelle

Source : Annexe III à l'arrêté ministériel du 29 septembre 2006 modifié

2.3. Le personnel de la structure de gestion

2.3.1. Le personnel permanent

2.3.1.1. Le respect du cahier des charges

Selon les instructions ministérielles, le personnel est composé au minimum de cinq personnes : un médecin coordinateur, un responsable administratif et financier, en tant que de besoin, un paramédical ayant une expérience de santé publique, un agent de secrétariat à temps plein, une personne compétente en informatique.

La structure de gestion doit être placée sous la responsabilité médicale d'un médecin coordinateur du programme ayant une expérience en santé publique ou une expérience professionnelle d'au moins deux ans de conduite de projet de santé publique. Le personnel s'engage à suivre les formations organisées au niveau régional ou national.

La cellule opérationnelle de l'ADECA 75 comprend :

- un médecin qui coordonne les programmes de dépistage des cancers en appliquant les différents cahiers des charges et qui assure la responsabilité médicale de la structure. Conformément à l'article 7 des statuts, le médecin coordinateur est désigné par le bureau de l'association après appel de candidature ouverte. Après une entrevue de présentation par le responsable administratif et financier, les candidats sont reçus par le président qui fait ses propositions au bureau. Actuellement le poste est occupé par une jeune gynécologue qui a une expérience en santé publique ;
- un responsable administratif et financier qui agit sur délégation du président. Il gère le personnel et organise son travail, élabore et suit le budget, assure le suivi de la comptabilité, est responsable des achats et participe aux actions de dépistage. Il est aidé par une assistante administrative et comptable pour le suivi administratif et comptable de la structure ;
- une chargée de projets en santé publique, en charge de fonctions à caractère transversal telles que le développement et la coordination d'actions auprès des publics, une stratégie d'alliance avec des partenaires et relais de proximité, ainsi que la conception de nouveaux outils de communication ;
- une infirmière en santé publique [...] qui assure le suivi des dossiers positifs dans le dépistage du cancer du sein et participe à son amélioration. Elle contribue aux actions de sensibilisation du public ciblé par la campagne de dépistage du cancer du sein (manifestations grand public, participation à des actions locales...) ;
- un coordinateur technique qui assiste le médecin coordinateur dans l'organisation et la mise en œuvre du dépistage du cancer colorectal. Il organise et assure la formation des médecins généralistes et le suivi du dépistage organisé, notamment le bon fonctionnement avec le laboratoire, le suivi des dossiers positifs, et participe à la conception des actions de communication. Il dispose d'une assistante ;
- une secrétaire DO CS (dépistage organisé du cancer du sein) qui assure notamment la réception des dossiers Ile-de-France et hors Ile-de-France, la gestion des dossiers à retourner aux radiologues et aux autres départements, l'envoi des résultats négatifs avec antécédents aux patients, le suivi du tableau de réception et d'envoi des mammographies et le suivi du coursier ;
- une responsable d'équipe - référent qualité qui assiste le responsable administratif et le médecin pour la supervision de l'équipe des agents administratifs, la gestion des plannings, le suivi qualité des procédures et qui assure le secrétariat du dépistage organisé du cancer du sein ;

- quatre agents administratifs qui assurent notamment la saisie et l'envoi de résultats médicaux, le suivi des courriers aux participants et aux médecins traitants, qui préparent les mammographies pour la deuxième lecture, et qui prennent en charge l'accueil téléphonique du numéro vert.

Le coordinateur technique DO CCR est parallèlement responsable du système d'information. Comme le montre l'organigramme de l'ADECA 75 ci-dessus, les prescriptions quantitatives du cahier des charges en matière d'effectifs du personnel sont largement respectées, ce qui reflète l'activité importante de la structure.

2.3.1.1. L'évolution des effectifs salariés

Les effectifs salariés sont actuellement de 13 agents (12,8 ETP [.....]) après avoir régressé temporairement d'une unité en 2015 et 2016. L'organigramme a été retouché, l'assistante DO CS visiteur médical en poste jusqu'en 2015 a disparu pendant deux ans alors que le coordonnateur DO CCR a désormais une assistante. L'assistante référent qualité a vu ses fonctions évoluer en responsable d'équipe, chargée de superviser l'équipe des agents administratifs.

On constate dans la période récente des difficultés pour embaucher un médecin de santé publique sur le poste de médecin coordinateur.

Après une période de stabilité aux débuts de l'association, un turn-over important a été constaté depuis 2012 [.....]. Le poste est resté vacant pendant près d'un an, du 25 avril 2014 au 1^{er} avril 2015, ce qui fait que le fonctionnement de la structure n'était pas conforme aux exigences de l'arrêté ministériel du 29 septembre 2006. Puis un médecin radiologue second lecteur a accepté de prendre le poste à temps partiel pendant sept mois, et la titulaire suivante est partie au bout de neuf mois avant d'être remplacée par le médecin actuellement en fonction. Depuis 2012 la durée moyenne de présence du médecin est de onze mois (336 jours).

Les membres des phrases qui précèdent ont été occultés conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Plusieurs facteurs expliquent la difficulté à recruter : la nature et la lourdeur du poste tant dans le domaine médical que de l'encadrement, une rémunération limitée, enfin la perspective de la fusion de la structure au niveau régional, qui ont pu rebuter des candidats.

Par ailleurs, il est difficile de trouver un médecin exerçant dans la spécialité requise. Le cahier des charges dispose que « *La structure de gestion est placée sous la responsabilité médicale d'un médecin, ayant une expérience en santé publique : celle-ci est attestée par un diplôme de santé publique ou une expérience professionnelle d'au moins deux ans de conduite de projet de santé publique. Ce médecin, coordinateur du programme, s'engage à suivre les formations proposées au niveau national pour les coordonnateurs de programmes de dépistage* »

Les statuts de l'association indiquent « *un médecin spécialiste en santé publique* » ce qui est encore plus restrictif : la titulaire actuelle du poste ne correspond pas entièrement aux exigences statutaires. Enfin, la CPAM et l'ARS regrettaient dans leur courrier de 2015 que la procédure de recrutement du médecin coordinateur ait mentionné que les débutants étaient acceptés, au regard des enjeux parisiens. L'ARS a indiqué en entretien qu'il existait un vivier de médecins compétents en Ile-de-France mais qu'il aurait fallu agir de concert avec elle pour le sélectionner.

La durée médiane de présence est d'un peu plus d'un an (376 jours) ce qui montre un turnover assez important en ce qui concerne les employés. Le taux moyen de rotation du personnel depuis 2008 peut être estimé à 20 %, ce qui est élevé.

En dehors du médecin coordinateur, le tableau de l'évolution par poste sur cinq ans atteste de la fidélité des cadres à l'entreprise.

Tableau 10 : Evolution des effectifs de l'association l'ADECA 75

FONCTION		2013	2014	2015	2016	2017
Cadres	Médecin coordinateur	GP	MA	BB	FTC	AL
	Coordinateur CCR	JD	JD	JD	JD	JD
	Infirmière DO CCR	SG	SG	SG	SG	SG
	Responsable adf et financier	FL	FL	FL	FL	FL
	Autre catégorie de poste 2			DF	SL	SL
Autres agents	Secrétaire administratif 1	NOA	NOA	NOA	NOA	NOA
	Secrétaire administratif 2	JC	JC	JC	JC	JC
	Secrétaire administratif 3	DC	DC	DC	DC	DC
	Secrétaire administratif 4	NM	NM	NM	NM	NM
	Secrétaire administratif 5	EA	EA	EA	EA	EA
	Secrétaire administratif 6	AT	AT			OB
	Secrétaire administratif	OB	OB	OB	OB	PS
	Autre catégorie de poste 3	EB	EB	EB	PS	
	Secrétaire	CM	CM			SB
EFFECTIF REEL (ETP)		11,80	11,80	11,80	11,80	12,80
EFFECTIF THEORIQUE (ETP)		12,80	12,80	11,80	11,80	12,80

Source : ADECA 75 synthétisé par IG

La liste nominative des effectifs depuis avril 2008 (28 personnes) montre que la durée de présence moyenne des collaborateurs est de 912 jours, soit un peu plus de deux ans et demi. Cette statistique exclut cependant les agents entrés avant 2008 (infirmière, coordinateur DO CCR, responsable d'équipe, secrétaire DO CCS).

La comptabilité analytique permet de répartir le temps de travail des agents et donc leur effectif dans les trois secteurs en 2017 :

Tableau 11 : Répartition des ETP par secteur d'activité

Catégorie	DO CS	DO CCR	Administratif	Total
Nombre d'agents	7,35	4,25	1,20	12,80

Source : ADECA 75 synthétisé par IG

Le dépistage du cancer du sein mobilise donc la majorité des effectifs avec 7,35 agents.

2.3.1.2. La gestion des ressources humaines

Il existe un organigramme de l'association qui est publié chaque année dans le rapport d'activité (sans mention des liens hiérarchiques et fonctionnels qui ont été figurés ci-dessus à la demande des rapporteurs). Chaque agent dispose d'une fiche de poste décrivant ses attributions principales et ses attributions secondaires s'il y a lieu.

La procédure d'embauche est organisée par le directeur administratif. Elle fait intervenir une annonce sur le site Internet « Banque de santé publique » pour les cadres, le recours à Pôle emploi pour les employés. Les contrats de travail sont signés par le président. [...]. *La phrase qui précède a été occultée conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

Le médecin coordinateur supporte la responsabilité juridique des documents qu'il signe (courriers dans le cadre du suivi des personnes dépistées positivement par exemple). Il doit être assuré par la structure de gestion ou par son employeur pour l'ensemble de ses missions (cette assurance s'ajoutant à sa propre assurance en responsabilité civile individuelle). La liste des polices souscrites par l'ADECA 75 auprès de la MATMUT comprend la responsabilité civile et la responsabilité civile dirigeant.

Un logiciel de paye est utilisé par les administratifs pour gérer les absences et congés du personnel.

Les salariés sont sauf exception bénéficiaires d'un contrat à durée indéterminée. Aucun bénévole ne travaille dans la structure.

Contrairement à certaines autres structures de gestion, le personnel n'est pas régi par une convention collective. Un protocole propre à l'ADECA 75 s'applique à tous les salariés de l'association depuis le 1^{er} janvier 2005. Le protocole régit la durée et les conditions de travail, les congés (25 jours de congés annuel), les cas de maladie et d'accident du travail, les congés de maternité, l'indemnité de départ à la retraite, les démissions et licenciements, la classification et la rémunération minimum du personnel médical et non médical, enfin les garanties sociales. Les agents bénéficient de chèques-déjeuner.

Pour chaque emploi il existe trois positions correspondant à un montant de salaire minimum annuel brut : débutant - un an d'expérience - expertise dans la fonction.

Les classifications et rémunérations figurant dans le protocole original qui avaient vieilli ont été remplacées par des dispositions reprenant les fonctions actuelles des agents et figurant dans un document séparé « Grille des salaires », non daté.

Ces classifications ne sont pas toujours reprises avec exactitude dans la déclaration DADS sous l'intitulé « profession et catégorie socio-professionnelle ». Ainsi, l'actuelle chargée de santé publique, titulaire d'un [.....], est catégorisée sur la DADS comme « médecin salarié non hospitalier », alors que son prédécesseur était « formateur et animateur de formation continue ».

L'article 8.3. du protocole prévoyait à l'origine que le bureau vote chaque année une augmentation générale des salaires qui ne peut être inférieure à l'indice de la fonction publique, et le montant global des augmentations individuelles ; l'article 8.4. prévoyait une gratification de 13^e mois au mois de décembre. Ces dispositions ne figurent plus dans le document séparé qui remplace tout l'article 8 : il n'y a pas d'augmentation automatique et le montant du 13^e mois a été lissé sur la paie mensuelle. [.....].

Les développements qui précèdent ont été occultés conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs..

En vertu de l'article L. 2312-2 du code du travail, l'élection de délégués du personnel est obligatoire, y compris pour les associations qu'il vise expressément, si « l'effectif d'au moins onze salariés est atteint pendant douze mois, consécutifs ou non, au cours des trois années précédentes ». Un délégué (le coordonnateur cancer colorectal) siège effectivement en tant que représentant du personnel.

2.3.2. Les radiologues vacataires

Des radiologues libéraux sont rémunérés à la vacation pour effectuer la seconde lecture des mammographies dans le cadre du dépistage du cancer du sein. L'annexe III A à l'arrêté du 29 septembre 2006 contient les règles applicables à la constitution et à la mise à jour de la liste des radiologues ainsi qu'à l'organisation de la deuxième lecture. Les règles de financement de cette activité par l'Assurance maladie sont contenues dans les instructions ministérielles annuelles (3 mars 2017³⁷).

Les seconds lecteurs sont des radiologues volontaires exerçant en tant que premiers lecteurs, ayant reçu une formation spécifique à la deuxième lecture, et s'engageant à lire au minimum 1 500 mammographies en tant que second lecteur, en plus du seuil minimal de 500 mammographies par an. L'exercice de la seconde lecture consiste à relire les mammographies, avec pour unique objectif la détection d'images susceptibles d'être des cancers et que le premier lecteur n'aurait pas détectées : il n'appartient pas au second lecteur de demander une échographie si le premier lecteur ne l'a pas jugé utile, par exemple. Une mammographie ne peut être lue par un même radiologue en tant que premier puis second lecteur, y compris pour les confrères du même cabinet. Cette précaution est rappelée dans les instructions aux agents (fiche MAMMOLUX).

Les séances de deuxième lecture sont organisées dans les locaux aménagés de l'ADECA 75 à un rythme hebdomadaire, avec le nombre de radiologues nécessaires pour lire les clichés en vacations de deux à trois heures au maximum, soit 20 actuellement. Un planning est établi par les agents administratifs : deux médecins différents viennent chaque jour, soit à des heures différentes, soit en même temps (la salle est équipée de deux négatoscopes). Près de la moitié des radiologues deuxièmes lecteurs (9) résident en dehors de Paris.

Tableau 12 : Nombre de seconds lecteurs et rémunérations

ANNEE	2013	2014	2015	2016
Nombre de seconds lecteurs	17	17	19	20
Nombre total de mammographies lues	30 832	38 022	40 560	36 637
Nombre moyen de mammographies lues par lecteur	1813	2236	2134	1831
Nombre le plus élevé de mammographies lues par lecteur	2880	3192	3778	2767
Nombre de radiologues ayant effectué moins de 1500 lectures	5	1	4	4
Coût total facturé	152 757 €	171 099 €	182 520 €	165 627 €
Revenu moyen par lecteur	8985 €	10 064 €	9606 €	8281 €
Revenu le plus élevé	13 707 €	14 364 €	17 001 €	12 451 €
Revenu le moins élevé	3699 €	6696 €	3019 €	2137 €
Coût par mammographie	4,95 €	4,5 €	4,5 €	4,52 €

Source : IG d'après Fiches honoraires deuxièmes lectures ADECA 75

Le tableau ci-dessus montre que le nombre moyen de deuxièmes lectures de mammographie est supérieur à 1500 mais tous les lecteurs ne sont pas au-dessus de 1500 secondes lectures par année comme le recommande le cahier des charges (sans être tous nouveaux dans le système, ce qui pourrait expliquer qu'ils n'atteignent pas le seuil).Le

³⁷ Seul document communiqué, la très ancienne convention entre l'ADECA 75 et les caisses d'assurance maladie (CPAM, MSA, RSI) du 19 février 2003 ne prévoit pas cette prise en charge (art. 10 - Questions financières).

nombre de mammographies lues figurant sur les fiches « Honoraires » diffèrent notablement de ceux mentionnés sur les rapports d'activité : cette différence est sans due imputable en partie aux délais de facturation par les radiologues.

Tableau 13 : Nombre de mammographies ayant bénéficié de la double lecture

ANNEE	2013	2014	2015	2016
Bilans d'activité	37 671	38 311	38 900	38 818
Fiches Honoraires deuxième lecture	30 832	38 022	40 560	36 637
Différence FH2L/Bilans	6839	289	(1660)	2181

Source : IG d'après Bilans d'activité et Fiches honoraires deuxième lectures ADECA 75

La Chambre régionale des comptes avait fait observer en 2006 que deux radiologues seconds lecteurs faisaient partie du conseil d'administration sans que la rémunération de leurs prestations soit prévue par les statuts et que la rémunération des dirigeants de l'association par celle-ci pourrait lui faire perdre son caractère non lucratif si elle prenait de l'ampleur. Aussi, conformément aux engagements pris par sa présidente, l'ADECA 75 a modifié non ses statuts mais le règlement intérieur : son article 1.5. prévoit la gratuité des fonctions de membre du conseil d'administration, sauf pour certaines prestations strictement définies. Ces rémunérations ne peuvent être accordées qu'aux radiologues seconds lecteurs, et ceux-ci ne peuvent pas être membres du bureau. Elles doivent demeurer exceptionnelles, ne concerner qu'un nombre limité d'administrateurs et faire l'objet d'un avis du bureau (modification opérée par l'assemblée générale du 15 juin 2006). [.....]. *Le développement qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

Les radiologues signent une convention rappelant leurs obligations avec l'Assurance maladie qui prend en charge ces vacations payées par les structures de gestion. Chaque structure de gestion doit formaliser l'activité exercée au titre de la seconde lecture avec l'ensemble des radiologues seconds lecteurs, notamment en vue de préciser les devoirs et obligations de chaque partie et le mode de rémunération³⁸. Dans les faits, les radiologues ne passent pas de contrat d'exercice avec la structure, ce qui est irrégulier au regard des dispositions du code de l'article 83 du code de déontologie médical et de l'article R. 4127-83 du code de la santé publique. Ces textes rendent obligatoire un contrat écrit pour tout exercice habituel de la médecine au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant au droit privé.

Recommandation 5 : Rédiger et faire signer un contrat d'exercice aux radiologues second lecteurs définissant les obligations des parties, les moyens permettant aux médecins de respecter le code de déontologie et les conditions d'exercice du praticien.

Les médecins sont payés au nombre de radios lues et à cet effet envoient une fois par mois des notes d'honoraires en remplissant le bordereau établi par l'ADECA 75. Selon le rapport d'activité, une séance de deuxième lecture dure deux heures environ durant lesquelles le radiologue lit 84 mammographies, complétant la fiche d'observation par ses observations. La durée de lecture moyenne est donc d'une minute et demie par mammographie. Ce travail rapporte aux radiologues seconds lecteurs une rémunération confortable (42 X

³⁸ « Statut du radiologue second lecteur » dans le Guide juridique à destination des acteurs du dépistage, paragraphe 4.1.

4,50 € = 216 €/heure). Ces prestations ont un coût global élevé : 168 000 € en moyenne depuis 4 ans, soit près de 10 % du budget annuel de l'association.

Le financement de ces secondes lectures de dépistage est assuré par l'Assurance maladie qui les prend en charge à hauteur d'un tarif plafond de 4 € par dossier, comme indiqué dans la circulaire CIR 82/2002 du 28 mai-2002 et la lettre du réseau LR-DRM-48/2005 du 8 avril 2005 de l'Assurance maladie. Afin d'établir le budget, l'estimation inscrite dans le logiciel APACCHE³⁹ pour assurer cette mission résulte du calcul suivant : Estimation du nombre de femmes dépistées sur l'année X 98 % X 4 € (instruction DGS du 3 mars 2017).

Une partie de la subvention départementale est affectée aux deuxièmes lectures (« complément de rémunération deuxième lecture » de 0,50 €), ce qui permet de rémunérer les radiologues à hauteur de 4,50 € par dossier. Dans le formulaire APACCHE, cette somme est mentionnée sous l'intitulé « indemnités kilométriques » à hauteur de 15 000 € en 2016, soit 30 000 lectures (ce qui ne correspond d'ailleurs pas au nombre prévisionnel de secondes lectures : 158 760 € correspondant à 39 690 lectures à 4 €).

En pratique, l'Assurance maladie rémunère la seconde lecture à l'ADECA 75 sur présentation de facture selon une périodicité « *variable selon la trésorerie, mais au minimum tous les trimestres* » (Fiche ADECA 75 - Facturation Assurance maladie).

Etant donné le nombre élevé de clichés techniquement insuffisants (CTI) reçus, ils font l'objet d'une troisième lecture depuis 2011 afin de rester en-dessous du seuil de 1 % de CTI fixé par le cahier des charges. Or cette troisième lecture ne peut faire l'objet d'un financement par l'Assurance maladie ou par l'ARS comme en disposent constamment les instructions ministérielles, reprises par l'instruction du 3 mars 2017. D'où un accord entre l'ADECA et les radiologues : si le CTI est validé par le troisième lecteur, le second lecteur - qui l'avait détecté - est rémunéré. Si le CTI est invalidé par le 3^e lecteur c'est lui qui est rémunéré. Le premier lecteur n'est pas rémunéré pour les clichés estimés techniquement insuffisants, qui lui sont retournés.

³⁹ Acronyme utilisé pour : Analyse Partagée des Crédits Cancer, Harmonisation, Evaluation.

3. LES ACTIVITÉS ET LES RESULTATS DE L'ASSOCIATION

3.1. Les procédures de dépistage organisés des cancers organisées par l'ADECA 75

Décrivons très rapidement en introduction les deux principales procédures de dépistage des cancers du sein et du côlon-rectum mises en œuvre par l'association avant d'examiner ensuite si les différentes missions qui lui ont confiées par le cahier des charges sont bien exécutées et quels sont les résultats de son activité.

3.1.1. Le dépistage organisé du cancer du sein

Le programme de dépistage généralisé du cancer du sein repose sur une invitation de l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans assurées sociales à bénéficier tous les deux ans d'une mammographie de dépistage gratuite, dans le cadre du tiers payant. Chaque année l'ADECA 75 invite donc à se faire dépister la moitié des Parisiennes de la tranche d'âge concernée, approximativement à leur date anniversaire.

Les Parisiennes de 50 à 74 ans inclus sont invitées, soit par un courrier de l'ADECA 75 diffusé à partir des fichiers de l'Assurance maladie, soit à l'initiative de leur médecin généraliste, soit en contactant l'ADECA 75, à se faire dépister en prenant rendez-vous avec un radiologue de leur choix, dont la liste leur est communiquée. La lettre d'invitation est établie sur un modèle normalisé fourni par l'INCa éventuellement adaptée localement et est accompagnée d'un document explicatif et de la liste des radiologues du département. En cas de non-réponse au courrier, une relance est envoyée six mois plus tard. Le généraliste ou le gynécologue peut également prescrire directement la mammographie dans le cadre du dépistage organisé (il vérifie l'éligibilité de la patiente sur le site sécurisé neonetidf.com).

Le radiologue premier lecteur est agréé par l'ADECA 75 sur des critères de formation spécifique au dépistage y compris sur appareil numérique, de nombre minimal annuel de lectures de mammographies (500) et de qualité du matériel contrôlé semestriellement par une société agréée. Les justificatifs de formation et de contrôle doivent être envoyés à l'ADECA 75.

Le dépistage comporte un examen clinique des seins et une mammographie par le radiologue : deux clichés sont effectués par sein, un de face et un en oblique, soit au total 4 clichés par mammographie bilatérale. L'examen est gratuit pour la patiente, le radiologue étant ensuite remboursé par l'Assurance maladie avec laquelle il a signé une convention. Par contre si une échographie est nécessaire, elle est payante et remboursée à l'assurée par la sécurité sociale (ce qui est souvent critiqué).

◆ 1er cas : résultat négatif de la mammographie

Le radiologue donne à la femme un résultat provisoire. Les clichés, le compte rendu et une fiche d'interprétation des mammographies jugées normales sont transmis par coursier à l'ADECA 75. Le ramassage a lieu une ou deux fois par semaine selon un planning préétabli. Les agents de l'ADECA 75 vérifient le bordereau de transmission du cabinet de radiologie et montent les films sur des « négatoscopes à enrouleur » dans la salle de lecture dédiée.

Une seconde lecture des clichés est effectuée par les radiologues vacataires comme précédemment exposé. Ils annotent les fiches d'observations. L'objectif de la seconde lecture est la détection de cancers non repérés en première lecture, sans pour autant générer un nombre élevé de « faux positifs ». Cette lecture est centralisée, en dehors des centres de radiologie, afin de disposer du personnel et du matériel adéquats (secrétariat, négatoscope) et de permettre l'échange entre les radiologues. Les séances ont lieu à un rythme au moins hebdomadaire. Dans une première hypothèse, la seconde lecture confirme que la mammographie est normale ou bénigne : les résultats des mammographies sont saisis par les agents de l'ADECA 75 dans les dossiers informatiques des patientes. Les

clichés et le compte rendu du premier lecteur leur sont envoyés par la voie postale avec une lettre du médecin coordinateur. La structure de gestion ne conserve pas de clichés mais archive les fiches d'interprétation. Elle informe également le médecin traitant de la femme de la mammographie réalisée et de ses résultats. La femme sera réinvitée dans un délai de deux ans après la première mammographie de dépistage.

Selon le cahier des charges, les mammographies négatives et le compte rendu doivent être envoyés à la femme dans les quinze jours de la réalisation de la mammographie, ce qui implique que l'ensemble des étapes de la procédure qui vient d'être décrite soit réalisée dans ce délai.

◆ 2^e cas : Dépistage positif en première lecture

En cas d'image suspecte en première lecture, le radiologue transmet son compte rendu et la fiche d'interprétation à l'ADECA 75 qui a invité la femme à se faire dépister. Les clichés et le compte rendu sont donnés à la patiente et/ou à son médecin traitant pour déterminer la conduite à tenir (examens complémentaires, biopsie, etc.). Il n'y a pas de seconde lecture dans ce cas. L'ADECA 75 engage une procédure de suivi pour recueillir auprès de la femme et de son médecin les éléments nécessaires à l'évaluation.

Dans certains cas de doute (classement ACR 0), des examens complémentaires (échographie) sont ordonnés par le premier radiologue et le dossier sera transmis ou pas à l'ADECA en fonction du bilan de diagnostic.

◆ 3^e cas : Mammographie positive en deuxième lecture

La seconde lecture a toujours lieu dans le département dont la structure a délivré le bon de prise en charge (lettre d'invitation). Le second lecteur remplit le verso de la fiche d'interprétation pour signaler sa discordance quant au résultat de la deuxième lecture par rapport au premier (négatif).

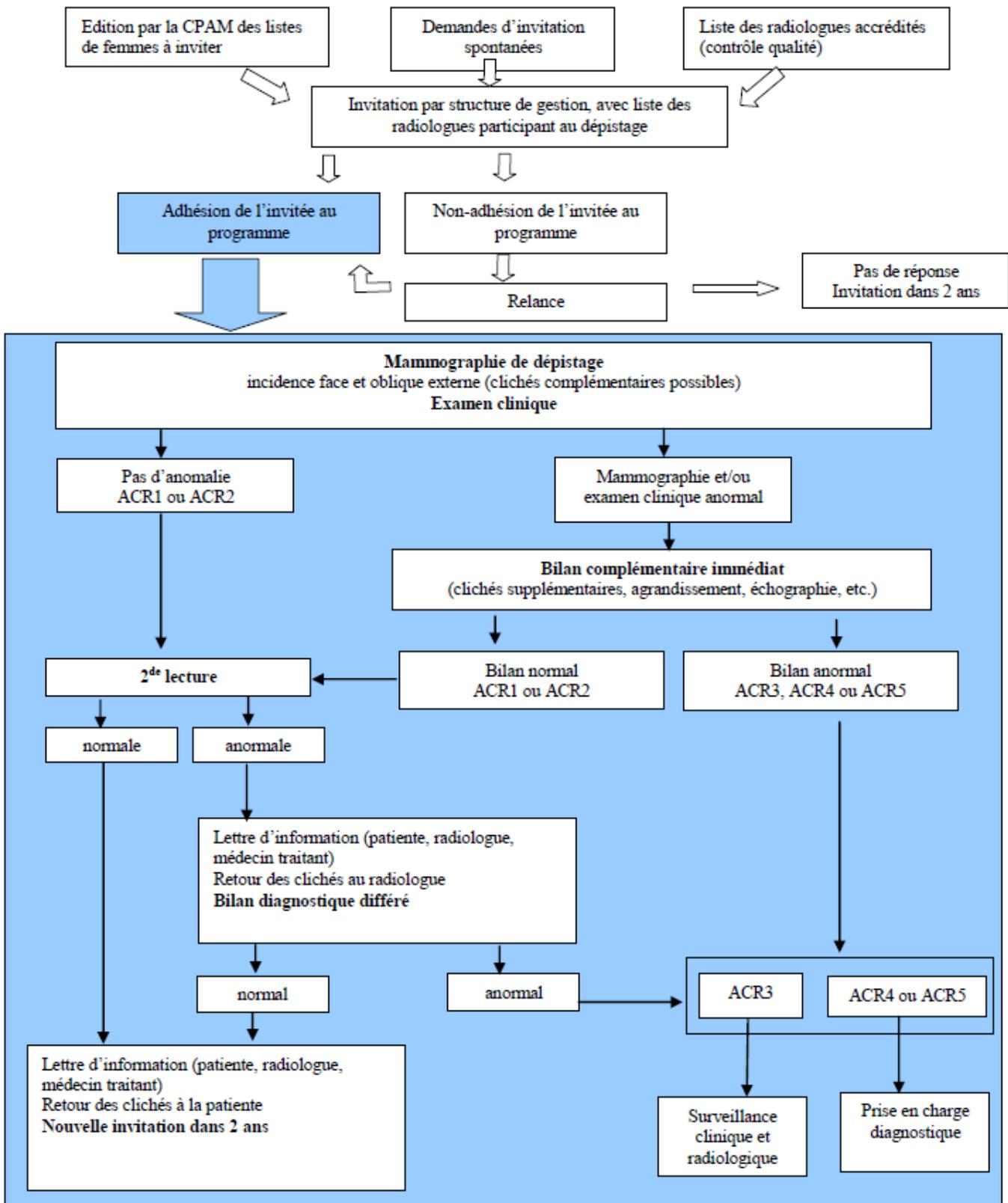
La structure de gestion renvoie au premier lecteur la mammographie, son compte rendu et sa fiche d'interprétation complétée. Elle envoie au médecin de la femme une lettre exposant qu'une anomalie a été vue et que des examens complémentaires sont nécessaires : c'est le bilan de diagnostic différé. Elle adresse également à la femme, 24 ou 48 heures après le médecin, une invitation à retourner chez le radiologue pour réaliser ces examens. La fiche d'interprétation complétée par le bilan de diagnostic différé devra être transmise à la structure de gestion qui engagera une procédure de suivi jusqu'au diagnostic final (le bilan peut innocenter l'image revue en seconde lecture). Le médecin de la femme assure son information sur la mammographie, les examens complémentaires et la prise en charge en cas d'anomalie confirmée. Ces informations sont transmises à la structure de gestion.

Si les clichés sont classés techniquement insuffisants, au point de gêner la détection d'une anomalie, ils sont retournés au premier radiologue qui devra prendre les mesures nécessaires : nouveau cliché, examens complémentaires (la femme et le médecin traitant en sont avisés). Ces cas qui nécessitent de reconvoquer la femme si possible dans le même centre de radiologie doivent être limités à moins de 1 % des dépistages réalisés car générateurs d'angoisse et de perte de confiance.

L'ADECA 75 doit assurer la procédure de suivi en cas de résultat positif : en l'absence de nouvelles d'une personne dépistée après l'annonce d'un résultat anormal, des relances automatisées au radiologue, au médecin traitant et à la femme sont prévues pour connaître les résultats des examens complémentaires et de la prise en charge.

L'ensemble du processus est résumé dans le tableau ci-dessous émanant de la Haute autorité de santé.

Tableau 14 : Modalités de réalisation du dépistage organisé du cancer du sein



Source : Haute autorité de santé - Place de la mammographie numérique dans le dépistage du cancer du sein - 2006

3.1.2. Le dépistage organisé du cancer colorectal

Le dépistage du cancer colorectal concerne les hommes et les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer colorectal. Il repose sur la réalisation d'un test de recherche de sang occulte dans les selles, suivi d'une coloscopie en cas d'examen positif. Au contraire, les personnes à risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal (antécédents personnels ou familiaux, maladies inflammatoires...) ou déjà atteintes ne doivent pas se voir proposer le dépistage organisé mais une autre modalité de dépistage, de diagnostic ou de surveillance selon la nature du risque. Elles sont donc éliminées de la population-cible.

Jusqu'à l'intervention de l'arrêté du 23 septembre 2014⁴⁰, le dépistage était réalisé grâce à un test Hémocult au gaïac dont la fiabilité était discutée⁴¹. Depuis avril 2015, le nouveau test repose sur la mise en œuvre d'une méthode immunologique quantitative de recherche de sang dans les selles sur prélèvement unique. Ce test est donc plus facile d'utilisation (un prélèvement au lieu de six), plus fiable (insensibilité à l'hémoglobine animale de l'alimentation et lecture automatisée) et plus performant (à sensibilité plus élevée que le précédent, il détecte deux fois mieux les cancers et 2,5 fois mieux les lésions précancéreuses). Cette simplicité d'utilisation entraîne une meilleure acceptabilité et en conséquence une augmentation de participation de 5 à 13% selon les études ; par contre la moindre stabilité du test lui confère une durée de péremption restreinte (18 mois) et impose une lecture rapide (7 jours maximum).

Le circuit du dépistage organisé du cancer colorectal comprend plusieurs étapes.

Il commence par l'envoi d'invitations effectuées à partir d'une base de la population cible, réalisée par les structures de gestion à l'aide des fichiers fournis par l'ensemble des régimes d'assurance maladie, et prenant en compte les informations concernant l'inéligibilité de certaines des personnes ciblées par le programme de dépistage organisé, les éventuels refus de participation, les résultats de suivi des personnes dépistées...

Les Parisiennes et Parisiens de 50 à 74 ans sont personnellement invités par ce courrier à retirer le kit de dépistage chez leur médecin traitant lors d'une consultation.

Si la personne refuse de faire le test, elle peut en informer l'ADECA 75 en indiquant sur un questionnaire qu'elle retourne à la structure par enveloppe T les causes d'exclusion du programme (motifs d'inéligibilité médicale relatifs à sa situation temporaire - coloscopie de moins de 5 ans, maladie intercurrente, test de moins de 2 ans - ou définitive - par exemple les personnes ayant déjà eu un cancer colorectal) ou les motifs de son refus. La fiche pourra être remplie avec le concours du médecin traitant. Ce refus est enregistré par la structure de gestion (c'est ce que l'on nomme « les réponses postales »), et un courrier spécifique mentionnant les conséquences possibles de ce refus est adressé à la personne concernée. Le médecin traitant propose alors au patient des modalités alternatives de dépistage, de diagnostic ou de surveillance, adaptées à chaque niveau de risque.

Sinon, le médecin traitant remet gratuitement le kit de dépistage à la personne en consultation et lui en explique le fonctionnement (les médecins ont reçu une formation ad hoc par l'ADECA 75).

L'approvisionnement en kits de dépistage est assuré par un prestataire unique sous contrat avec l'Assurance maladie. Les médecins étaient auparavant approvisionnés par l'ADECA 75 ; désormais les tests sont commandés directement via un formulaire en

⁴⁰ Arrêté du 23 septembre 2014 portant introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal.

⁴¹ Les Académies nationales de médecine et de pharmacie ont appelé en 2007 à la substitution du test au gaïac par le test immunologique, relayées en 2008 par la Haute autorité de santé, puis en 2011 par l'INCa. Ce test est utilisé aux Pays-Bas depuis 2008, au Japon, en Italie et en Australie depuis 2009.

ligne par l'espace pro du médecin sur le site www.ameli.fr. Pour certains médecins ne recourant pas à la commande directe ainsi que les professionnels de santé impliqués dans des stratégies complémentaires, c'est toujours l'ADECA 75 qui commande les kits de dépistage suivant les modalités prévues entre l'Assurance maladie et le prestataire par moyen électronique sécurisé.

Le patient fait le test à la maison et envoie le kit au laboratoire de biologie médicale-centre de lecture CERBA avec l'enveloppe T (des étiquettes autocollantes permettent de l'identifier ainsi que son médecin).

Une relance est effectuée 5 mois maximum après la première invitation (l'ADECA 75 se donne en fait 3 à 6 mois : elle s'aperçoit que la personne n'a pas fait le test car elle n'en a pas reçu les résultats ou la lettre de refus). Une seconde relance devrait être effectuée dans le délai de neuf à dix mois si la personne est toujours défaillante (l'envoi d'un test avec la deuxième relance, jugé trop coûteux, a été supprimé en février 2013).

Le laboratoire procède à la lecture des prélèvements biologiques après avoir vérifié la tranche d'âge d'éligibilité, la date de péremption du kit de dépistage, l'intégrité, la date et l'identification du prélèvement ainsi que sa correspondance avec la fiche d'identification. Le centre de lecture est unique au plan national et automatisé, alors que le test Hémocult était lu dans plusieurs laboratoires et la lecture effectuée par des techniciens.

Les résultats de l'examen signés par un biologiste médical sont adressés par le laboratoire CERBA aux personnes et aux médecins traitants identifiés dans les 24 heures après la lecture. L'ADECA 75 les reçoit dans les 48 heures après l'examen sur un site dédié. Le résultat est positif, négatif ou non analysable.

Les résultats non analysables donnent lieu à l'envoi d'un compte rendu spécifique et un nouveau kit de dépistage est adressé par le laboratoire à la personne concernée.

Pour tout test positif, le patient est invité à réaliser une coloscopie mais il n'y a pas de filière de réalisation et l'examen est pris en charge dans les conditions normales de remboursement. Dans ce cas, l'ADECA 75 est responsable du suivi des tests positifs et doit s'enquérir de la réalisation de la coloscopie, de son résultat, récupérer l'analyse anatomo-pathologique. Elle doit ensuite s'assurer de la prise en charge en cas de cancer. Ces démarches sont effectuées avec la coopération du médecin choisi comme destinataire des résultats de l'examen de biologie médicale, des gastro-entérologues, des anatomo-cytopathologistes (qui analysent les prélèvements éventuellement effectués) ou des personnes elles-mêmes (une fiche de coloscopie et un compte rendu anatomo-cytopathologique standards sont définis par l'INCa). L'ADECA 75 envoie une relance au bout de 60 jours après le test positif au médecin, en cas de résultat positif non exploré, puis une seconde relance 30 jours après au patient lui-même. C'est la « pêche au compte rendu » qui est évidemment chronophage pour les agents chargés du suivi des examens positifs pour les deux cancers.

En cas de retour de courrier indiquant que la personne n'habite pas l'adresse indiquée (NPAI), et en particulier dans le cas d'un résultat positif, le laboratoire informe la structure de gestion. En cas de résultat positif, les personnes sont considérées comme perdues de vue au bout de deux ans si aucun contact n'a été possible avec elles et qu'aucune donnée de suivi n'a pu être obtenue. Il faut souligner que ces personnes sont alors exclues du dépistage.

Il en va de même pour les personnes « positives » qui ont pu être contactées mais qui n'ont pas réalisé de coloscopie, après un courrier ultime leur rappelant la nécessité de le faire en raison du risque important de lésion colique. Les personnes dont la coloscopie est positive sont également exclues du système de dépistage organisé puisqu'elles font l'objet d'un suivi spécifique par leurs médecins.

Les instructions insistent sur la recherche active des patients ayant un résultat positif et la mobilisation des praticiens pour documenter les causes de refus, du fait de la responsabilité de la structure en cas de perte de chance.

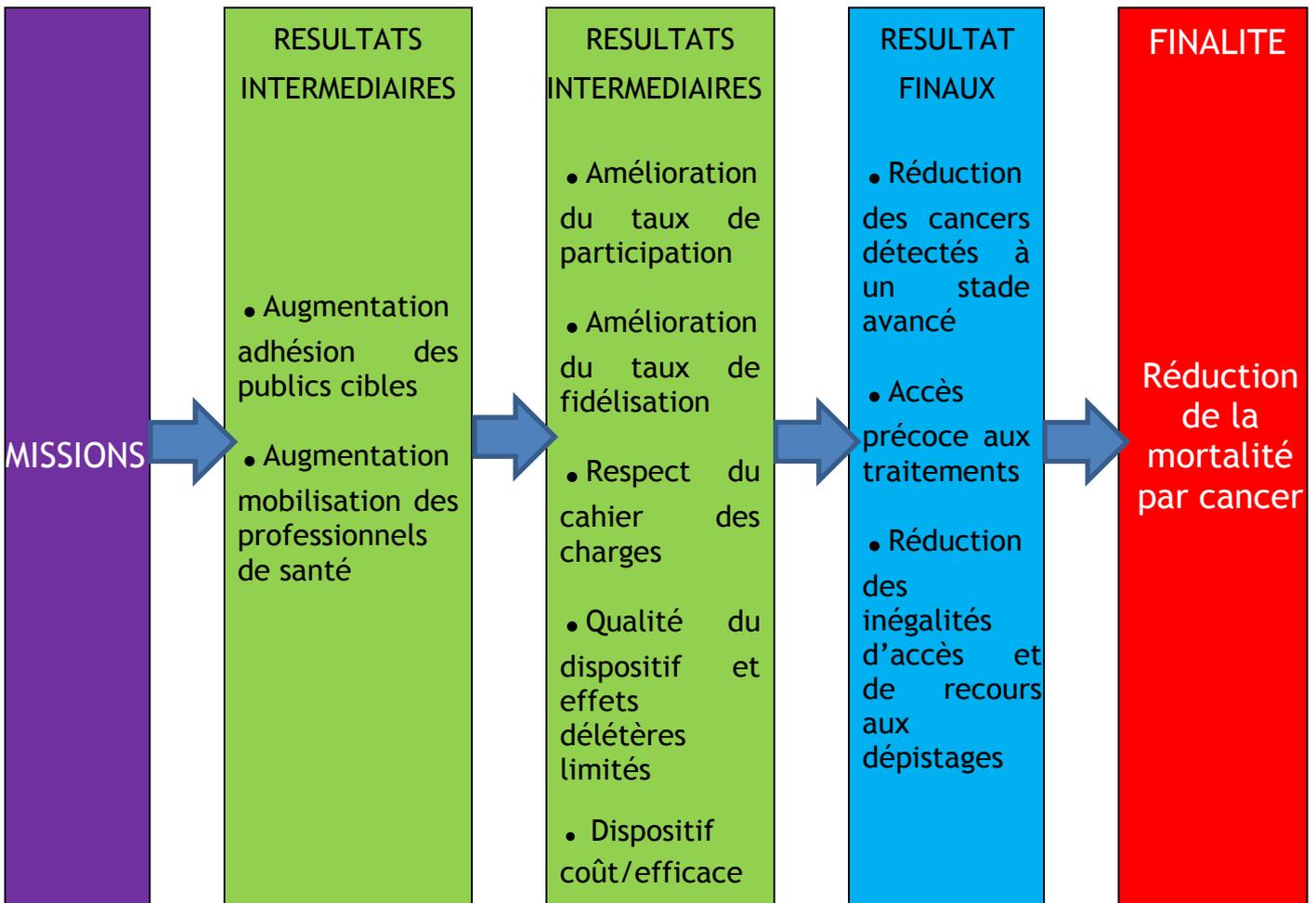
La structure de gestion doit informer tous les ans le corps médical du résultat global du programme de dépistage et elle envoie les résultats en termes de participation et de résultats positifs aux médecins indiqués sur les fiches d'identification.

Les réinvitations sont effectuées deux ans après le test réalisé ou l'invitation restée sans réponse et cinq ans près une coloscopie normale déclarée par réponse postale ou réalisée suite à un test positif. Les patients ayant eu une coloscopie positive ou un cancer ne sont plus réinvités car suivis individuellement.

Le circuit du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus n'est pas encore mis en place à Paris. Il doit faire l'objet d'un cahier des charges fin 2017 et une préfiguration du dispositif confiée en Ile-de-France à la structure ADOC 94 est mise en place avant généralisation du programme en 2019. ADOC 94 devra associer étroitement par des conventions spécifiques les autres structures départementales qui devront contribuer au programme régional et lui factureront les prestations réalisées.

Avant d'examiner leurs missions, on résumera ci-dessous les objectifs des structures de gestion, qui sont développés en annexe 10 dans le schéma de modélisation de la politique des dépistages organisés intitulé « Lien de causalité entre les missions du cahier des charges et les objectifs de santé publique visés par le dispositif », extrait du rapport de l'INCa de novembre 2016 (voir bibliographie en annexe 13).

Graphique 2 : Les objectifs des structures de gestion



Source : INCa 2016

3.2. Les missions confiées à l'ADECA 75

Les missions et le fonctionnement des structures de gestion sont déterminés par l'annexe I à l'arrêté ministériel du 29 septembre 2006, auquel s'ajoutent les dispositions propres au cancer du sein et au cancer colorectal (annexes IIIA et IV).

La structure de gestion est responsable de la réalisation de missions qui sont en grande partie identiques mais qui varient sensiblement en fonction de la nature du cancer dépisté puisque les procédures ne sont pas les mêmes.

Selon l'annexe I à l'arrêté du 29 septembre 2006 portant cahier des charges sur les missions et le fonctionnement des structures de gestion, l'ADECA 75 est responsable :

- des relations avec les professionnels de santé ;
- de la sensibilisation et de l'information des professionnels et de la population ;
- de la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistés ;
- 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 ;
- de la contribution à l'évaluation du dispositif en transmettant les données et indicateurs d'évaluation et de pilotage.

S'y ajoutent des missions propres aux différents dépistages et prévus par les cahiers des charges particuliers : par exemple, pour le cancer du sein, la constitution de la liste des radiologues participant au programme (annexe III A à l'arrêté du 29 septembre 2006).

Etant donné le format étriqué de la mission d'audit, les rapporteurs n'ont pas pu vérifier que la totalité des activités de l'ADECA 75 étaient gérées dans le respect des dispositions très précises que définissent des cahiers des charges de plus de 100 pages. On peut affirmer que l'ensemble des missions énumérées dans le cahier des charges sont bien assurées par la structure qui dans le cas contraire se verrait d'ailleurs rappeler à l'ordre par les tutelles auxquelles des données doivent être régulièrement communiquées (certaines structures transmettent leurs statistiques avec retard). La Chambre régionale des comptes écrivait en 2006 que la structure disposait d'une « marge de manœuvre réduite » dans le cadre de la mise en œuvre des dépistages des cancers qui sont décrites par les différents cahiers des charges. Celle-ci existe pourtant afin que la structure puisse adapter son activité au « terrain » : ainsi pour la stratégie d'invitation. Par ailleurs, toute dérogation aux instructions doit faire l'objet d'un accord des instances de tutelle (ARS).

Nous examinerons donc ci-dessous la mise en œuvre des missions confiées à l'ADECA 75 en insistant sur les modalités de réalisation de la première, consacrée à la sensibilisation des professionnels et de la population. En effet, l'organisation très encadrée par le cahier des charges du dépistage organisé permet surtout les initiatives dans ces deux domaines (communication grand public et implication des professionnels).

3.2.1. La sensibilisation et l'information des professionnels et de la population

L'ADECA 75 participe à l'information et à la sensibilisation des populations cibles et des partenaires, dans l'objectif de relayer au niveau local les campagnes nationales de promotion du dépistage. Toute adaptation liée au contexte local (catégories socioprofessionnelles, âge, localisation géographique) doit être réalisée en cohérence avec la campagne de communication nationale et ne pas déformer le message, avec les outils

de communication approuvés par l'Etat et l'Assurance maladie. L'association mène des campagnes actives dont est responsable une chargée de projets en santé publique. Celle-ci peut faire des interventions, et les agents administratifs de l'ADECA 75 tiennent des stands en sa compagnie pour présenter les dépistages et distribuer de la documentation, conformément à leur fiche de poste. Traditionnellement les grands volets de la communication comprennent la promotion auprès du grand public, les actions en quartiers prioritaires et les actions menées auprès des professionnels.

◆ La promotion du dépistage organisée auprès du grand public

Le site web www.ADECA75.org existe depuis 2008 et comporte des pages dédiées aux professionnels depuis 2009. En plus des nombreuses informations sur le dépistage, il permet de demander une invitation en ligne, fournit la liste des radiologues et le mode d'emploi du test de dépistage du cancer colorectal. En 2013 il a reçu 11 638 visites et 10 073 visiteurs. Un espace professionnel permet aux acteurs du système de santé de se connecter à Neonet (site indiquant l'éligibilité du patient au dépistage), de commander de la documentation et d'accéder aux informations utiles.

Dans sa configuration actuelle le site Internet de l'ADECA 75 n'est pas modifiable, sauf pour les textes, et les informations véhiculées sont anciennes (2015). Le coût de sa mise à jour est estimé à 10 000 € alors que se profile la nécessité d'informer les Parisiens sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus qui devrait être lancé en 2018 en région Ile-de-France, mais aussi la reprises des actions au niveau régional. L'obsolescence du site est compensée par l'activité de l'association sur Facebook.

L'ADECA 75 mène des actions de sensibilisation sur le terrain, organisées par la chargée de projets en santé publique. A titre d'exemple, on peut citer les activités organisées en 2016 :

- actions Grand Public (700 personnes sensibilisées) : l'association a participé à trois actions avec un stand et le cas échéant d'autres animations (conférences) : salon des seniors au Parc des expositions, Paris-Plage, Forum des associations de la mairie du 3^e arrondissement ;
- mobilisation lors des campagnes nationales : les temps fort de l'année sont évidemment le relais des campagnes « Mars bleu » pour le cancer colorectal et « Octobre rose » pour le cancer du sein :

9 actions pour Mars bleu (600 personnes sensibilisées) : village d'information à Saint-Sulpice, Journée d'information des salariés de la Caisse de sécurité sociale pour les salariés de l'électricité et du gaz, stands d'information au sein de cinq hôpitaux parisiens, stand au sein du Marché Maison-Blanche en lien avec les Ateliers Santé Ville.

15 actions pour Octobre rose (800 personnes sensibilisées) : village d'information Place de la République, stand d'information au sein de quatre hôpitaux parisiens, deux actions territorialisées en lien avec les Ateliers Santé Ville, stand multipartenarial au sein de la galerie Masséna, actions avec une mairie d'arrondissement et à l'Hôtel de Ville, action au sein d'un centre de santé. A la demande du régime social des indépendants, la lettre d'invitation a été envoyée avec un courrier cosigné RSI/ADECA 75 aux femmes ayant subi un dépistage individuel les deux années précédentes (6822 courriers suivis par 227 mammographies dans le cadre du dépistage organisé, la statistique est incomplète en attendant les résultats plus récents).

Plusieurs de ces actions ont été organisées en coopération avec d'autres structures de gestion (ainsi, le CDC 93 et l'ADMC 91 pour le salon des seniors qui draine toute la population francilienne), voire des partenaires extérieurs (laboratoire Roche pour le cancer colorectal).

Pour les plus importantes, les actions font l'objet de réunions de préparation avec les partenaires qui se répartissent les tâches et le financement, puis d'une réunion de bilan et d'évaluation. Au vu de la fréquentation et des circonstances (plan Vigipirate, intempéries),

les actions sont reconduites et le cas échéant modifiées (nombre de jours de présence, lieux...) l'année suivante.

L'association tient des statistiques précises et détaillées de fréquentation de ses activités (ainsi le nombre de personnes éligibles au dépistage est décompté, ainsi que le département d'origine, et si possible un suivi est organisé : réalisation du test pour le cancer colorectal).

◆ Les actions auprès des populations prioritaires

Le Plan cancer prévoit que la diminution des inégalités d'accès et de recours aux dépistages constitue un des axes prioritaires. L'ADECA 75 intervient donc dans des structures ou des lieux fréquentés par des personnes éloignées de la prévention : populations défavorisées, d'origine étrangère, fréquentant peu le milieu médical...

- huit actions ont été menées dans différentes structures, souvent en partenariat avec des associations spécialisées : ateliers sociolinguistiques, associations accueillant les personnes en grande précarité... (100 personnes touchées) ;
- parcours santé au sein d'un foyer de travailleurs migrants du 13^e arrondissement (35 personnes sensibilisées) ;
- Flandre rose et Flandre bleu dans le 19^e arrondissement : formation de neuf femmes-relais, puis stands à des endroits stratégiques sur les marchés de Joinville et de Crimée et devant une pharmacie pour les deux campagnes : 150 puis 130 personnes ont été rencontrées. La mobilisation des populations précaires est complexe et il faut passer par des personnes relais qui connaissent les habitants pour intervenir au sein des quartiers. Ce sont des personnes ressources qui interviennent au quotidien, ce que ne peuvent pas faire les agents de l'ADECA 75 et des autres structures ;
- enfin, Flandre rose a permis de mobiliser les médecins généralistes (envoi de prise en charge aux patientes n'ayant pas réalisé de mammographie depuis plus de deux ans) avec de très bons résultats (195 examens sur 289 courriers).

Les dépliants mis à disposition par l'INCa sont rédigés en plusieurs langues et permettent d'informer les populations non francophones de l'intérêt du dépistage.

Le rapport d'activité souligne la pertinence de ces actions (80 % des personnes rencontrées dans le quartier Flandre étaient dans la tranche d'âge ciblée) mais, même si les statistiques chiffrées sont un peu confuses, il montre que l'action déterminée de l'association ne permet de toucher que quelques centaines de personnes chaque année (un peu plus de 500 dont 100 en quartiers Politique de la Ville). Pour reprendre l'expression de la chargée de projets santé, il s'agit d'un « *travail de fourmi* ». Un ciblage plus précis sur les populations défavorisées et la démultiplication des actions de sensibilisation demanderaient des moyens supplémentaires (humains et financiers) et impliqueraient l'extension des partenariats avec d'autres entités. Des actions sont menées en ce sens (hors budget ADECA 75) comme le souhaite la DASES, comme par exemple la campagne de mails et de SMS en direction de populations ciblées organisée par la CPAM de Paris. Ce point sera évoqué en conclusion.

◆ Les actions auprès des professionnels des champs du social et de la santé

Le cahier des charges prévoit que la structure doit assurer l'information des médecins du travail, ainsi que les acteurs du milieu médico-social (pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmières, travailleurs sociaux, sages-femmes...) des modalités de déroulement des campagnes de dépistage qui les concernent, pour leur permettre d'inciter les personnes concernées à participer au programme.

Les actions menées par la chargée de projets en santé publique touchent les professionnels de santé à l'exception des médecins. En 2016, les actions ont visé les travailleurs sociaux du service polyvalent du 19^e arrondissement (cinq réunions de sensibilisation) et les

étudiants infirmiers de l'IFSI Rabelais (deux formations), ainsi que les travailleurs sociaux du centre d'action sociale du 18^e arrondissement.

Au total, les chiffres des contacts énoncés dans le bilan d'activité sont faibles à l'échelle de Paris : 100 personnes touchées en quartiers Politique de la Ville, 2000 personnes rencontrées dans les actions grand public, ainsi que 150 professionnels formés, soit au total environ 2250 personnes en 2016, le chiffre était de 4200 l'année précédente.

Il est rappelé que pour ces différentes actions de communication, le budget est limité à 10 000 € par dépistage par les cahiers des charges, des dépenses supérieures ne pourraient pas être acceptées par les financeurs.

Ces actions de sensibilisation et d'information de la population sont présentées au conseil d'administration dans le cadre du bilan annuel. Mais il serait bon de définir un programme pour l'année à venir qui pourrait être également présenté en début d'exercice. Une présentation des actions grand public et auprès des professionnels de santé a ainsi eu lieu en mai 2016 dans le cadre du Plan stratégique 2016.

Tableau 15 : Actions de communication ADECA 75 2013-2016

Nombre de :	2013	2014	2015	2016	Moyenne
Personnes bénéficiaires	1428	2954	3620	2000	2500
Professionnels de santé sensibilisés	114	191	410	150	216
Personnes mobilisées pour la mise en place d'actions	94 (84 professionnels et 10 habitantes)	98 (68 professionnels, 15 habitants, 15 jeunes)			96
Personnes rencontrées en quartiers Politique de la Ville			100	100	100
TOTAL	1636	3243	4130	2250	2815

Source : IGVP d'après Rapports d'activité ADECA 75

3.2.2. Les relations avec les professionnels concourant au dépistage

La structure de gestion doit :

- informer les médecins traitants et spécialistes, interlocuteurs privilégiés des patients, des modalités de déroulement des campagnes et les inciter à proposer l'examen de dépistage à la population cible lors des consultations ;
- organiser la formation des professionnels de santé grâce aux outils de formation approuvés par l'INCa ;
- transmettre les résultats des examens aux personnes dépistées et à leur médecin pour le cancer du sein et s'assurer qu'elles ont réalisé les examens complémentaires recommandés ;
- s'assurer que les professionnels ou organismes concourant au dépistage (pharmaciens, oncologues...) se conforment aux cahiers des charges relatifs à chaque programme.

La mise en place du dépistage organisé du cancer colorectal s'est accompagnée de nombreuses séances de formation des médecins traitants par l'ADECA 75 (médecin coordinateur et référent DOCCR, avec un gastroentérologue). Actuellement la formation est faite par les délégués de l'Assurance maladie avec les documents de l'INCa.

Les instructions de 2001 prévoyaient qu'un rapport annuel sur les actions de sensibilisation et d'information des médecins et de la population et un rapport annuel sur la formation des praticiens devaient être fournis aux tutelles. Ces documents ne sont pas établis. Il est désormais prévu que la structure communique ses observations aux ARS et aux organismes d'assurance maladie sur la conformité des professionnels aux cahiers des charges. Nous n'avons pas eu connaissance de telles observations, mais les fonctions de vérification de la conformité sont bien assurées d'après les fiches de poste et les instructions diffusées (par

exemple la formation des radiologues fait l'objet d'une attestation par l'organisme [.....]).

Il est par ailleurs recommandé d'impliquer les professionnels par exemple en assurant leur participation aux comités scientifiques par programme, ce qui est fait (à l'exception de la catégorie des médecins traitants généralistes).

3.2.3. La constitution et la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées

L'ADECA 75 a passé un contrat avec une société spécialisée [.....] : cet hébergeur de données personnelles de santé est agréé depuis 2012 au titre de l'article L.1111-8 du code de la santé publique par l'ASIP (Agence française de la santé numérique). Il a créé un logiciel métier adopté par une large majorité des structures de gestion (Neoscope), qui permet de constituer et mettre à jour les fichiers exigés par le cahier des charges :

- une base de données des professionnels de santé ;
- les fichiers de référence de la population concernée :

Les fichiers de la population du département ciblée par dépistage mis en œuvre sont constitués à partir des fichiers transmis par les différents organismes d'assurance maladie et les autres régimes spéciaux d'assurance maladie⁴² et mis à jour tous les trois mois.

La tenue et la mise à jour du fichier comportent également le retrait des doublons, des personnes décédées ou ayant changé d'adresse : l'ADECA 75 reçoit en retour par la Poste de volumineux sacs de plis non distribués (NPAI) qui représenteraient 5 % des invitations. Contrairement à certains autres départements, elle n'organise pas de recherches pour retrouver les patients et les causes de la non-distribution (erreur d'adressage, problème de distribution...) et n'a pas passé de marché pour ce faire. Des recherches sont cependant faites dans le cadre du suivi lorsque le pli retourné contient les mammographies que l'ADECA 75 a envoyées à la patiente.

- les fichiers des personnes dépistées qui contiennent les résultats des examens de dépistage, ainsi que les données transmises par les médecins.

Le logiciel utilisé permet de gérer les invitations des populations-cibles au dépistage, de saisir les résultats des mammographies et d'envoyer des courriers aux médecins traitants et aux patients, et d'assurer le suivi épidémiologique des patients. Il reçoit les résultats du dépistage du côlon transmis par le laboratoire centre de lecture.

La société assure également la formation des agents à l'utilisation du logiciel et en assure la maintenance. On note donc un risque de dépendance envers un fournisseur qui a la mainmise sur l'ensemble des procédures et des données utilisées par la structure.

⁴² La convention du 19 février 2003 prévoit la transmission des fichiers de la population cible, des professionnels de santé et d'un fichier de contrôle a posteriori selon une norme d'échange.

3.2.4. Les relations avec les personnes dépistées, le recueil des données et la transmission des résultats aux personnes concernées

La structure assure grâce aux fichiers fournis par l'Assurance maladie l'envoi des différents courriers de la campagne des deux programmes de dépistage : lettre d'invitation individuelle, lettre d'information de l'examen négatif, lettre informant que le résultat est anormal et invitant à pratiquer les examens complémentaires, lettre de suivi à moyen terme des anomalies, lettres de relance... Ces courriers doivent être conformes aux modèles nationaux de l'INCa.

Les programmes informatiques sont formatés pour organiser les lancements d'invitations et les relances selon un échéancier organisé à l'avance

Les envois de masse (lettres d'invitation) sont effectués une fois par mois avec un contrôle de la structure sur les courriers envoyés par le routeur lors de la signature du bon à tirer.

Le personnel effectue la saisie des résultats de chaque examen pour le DO CS sur le logiciel car les comptes rendus sont sous forme papier : ils ne sont pas automatiquement enregistrés comme dans le cas du cancer colorectal. Les mammographies discordantes en seconde lectures sont scannées. Les lettres d'information sont envoyées individuellement par l'ADECA 75, celles faisant part d'un résultat positif étant signées par le médecin.

La structure constitue un recueil de données en liaison avec l'InVS et les anatomopathologistes et assure également la conservation de ces données.

Au regard de la loi Informatique et liberté, les traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par la structure de gestion ayant pour finalité le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal étaient encadrés par une autorisation unique de la CNIL n° AU-043 adoptée le 11 juin 2005.

Ces traitements relèvent désormais d'une norme simplifiée NS-059 avec un champ d'application élargi au cancer du col de l'utérus approuvée par une délibération de la CNIL du 13 juillet 2017⁴³. Sont notamment visées la constitution des fichiers des personnes concernées et invitées, la réalisation des opérations de suivi de ces personnes, la gestion des contacts avec les médecins et les centres de lecture et l'évaluation des programmes de dépistage. La délibération définit les garanties en matière de finalité du traitement, de nature des données traitées, de durée de conservation (jusqu'à la fin du suivi), de destinataires autorisés et d'information et droits des personnes concernées. Elle impose également un haut niveau de sécurité et de traçabilité des actions au regard de la sensibilité des informations collectées, en particulier en cas de recours à une plateforme électronique de recueil, d'échange et de mise à disposition des résultats.

Les organismes concernés sont invités à effectuer un engagement de conformité à la NS-059 pour mettre les traitements en œuvre, mais ceux qui avaient adressé à la commission une déclaration de conformité dans le cadre de la décision unique de 2015 en sont dispensés (art. 8). Les courriers actuellement utilisés par l'ADECA 75 mentionnent de façon classique les droits d'accès, de rectification et d'opposition reconnus par la loi du 6 janvier 1978. Par contre il ne semble pas évident que les professionnels de santé affichent tous ces éléments dans leurs cabinets comme le prévoit l'article 6 de la norme.

⁴³ Délibération n° 2017-215 du 13 juillet 2017 portant adoption d'une norme destinée à simplifier l'obligation de déclaration des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité le dépistage organisé du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus mis en œuvre par les structure de gestion conventionnées.

3.2.5. La gestion optimale des moyens financiers au travers de l'utilisation du budget type

Ce point sera examiné dans la partie consacrée à l'étude comptable et financière de l'association. Les structures de gestion doivent adresser leurs demandes budgétaires sur la base d'un budget prévisionnel type au plus tard le 1er décembre, qui donne lieu à une consolidation régionale.

3.2.6. L'évaluation interne et l'assurance qualité du programme

La structure de gestion s'engage à respecter le protocole d'assurance qualité défini dans les cahiers des charges de chacun des dépistages. Par ailleurs la structure de gestion s'assure du respect des obligations définies dans le cahier des charges par l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de ce programme, et signale les manquements constatés aux tutelles.

Selon l'organisation internationale de normalisation ISO, la qualité peut être définie comme « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites ». L'assurance qualité, c'est l'engagement du prestataire envers l'utilisateur (ici, les pouvoirs publics) lui garantissant la fiabilité du service rendu par la mise en œuvre de procédures validées (conformité à des règles de bonnes pratiques et contrôlées). La qualité peut ainsi se mesurer dans trois domaines : la structure, et nous avons déjà remarqué que les moyens humains étaient conformes aux recommandations, les processus mis en œuvre comparés aux standards recommandés (pratiques professionnelles, organisation), enfin les résultats qui mesurent la qualité des prestations opérées. Le contrôle qualité va mesurer l'écart de délivrance entre la qualité voulue définie par le cahier des charges et la qualité délivrée par l'entreprise, au moyen des contrôles de conformité.

Des éléments concrets de contrôle interne dans l'activité des agents de la structure sont à noter :

- existence de très nombreuses instructions détaillées dans tous les domaines d'activité : les process sont décrits dans le détail parfois avec des schémas ou des copies d'écran (saisies informatiques) ; les tâches font l'objet d'un échéancier (ainsi l'infirmière envoie les lettres de relance une fois par mois), les dossiers discordants en second lecture sont scannés...;
- plusieurs cadres ont dans leurs fonctions l'attribution le « suivi qualité des procédures internes et des programmes » (médecin, infirmière DO CS, coordinateur DO CCR, responsable administratif et financier) : des contrôles et vérifications sont opérés par sondage sur le travail des agents, le respect des délais prescrits par les cahiers des charges, le rangement et le classement ; les courriers aux médecins sont systématiquement signés par le médecin coordinateur ; l'information est diffusée lors d'une réunion de service hebdomadaire ;
- les attributions de l'ADECA 75 comportent des tâches de contrôle afin de s'assurer de la qualité technique des prestations : suivi qualité des cabinets de radiologie dont les appareils doivent être vérifiés tous les six mois, vérification des formations suivies par les radiologues (seconde lecture, mammographies numériques...), vérification de la bonne utilisation des fiches d'interprétation par ceux-ci, ...;
- plus généralement, les nombreuses règles écrites sont portées à la connaissance des acteurs du programme qui s'engagent à respecter les cahiers des charges ;
- en outre, des contrôles de codages et de cohérence sont intégrés dans les logiciels utilisés par la structure.

En revanche, aucun plan de formation des agents de la structure, ni de liste des formations suivies, n'a été présenté. Les agents seraient surtout formés à l'utilisation du logiciel par

la société prestataire, et les besoins en formations en informatique ou en statistiques auraient été couverts.

3.2.7. La contribution à l'évaluation du dispositif en transmettant les données et indicateurs d'évaluation et de pilotage

L'ADECA 75 doit transmettre les indicateurs d'évaluation et de pilotage des programmes à l'InVS, aux services déconcentrés de l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, selon les modalités définies par le cahier des charges spécifique à chaque programme.

La définition des procédures d'évaluation des programmes de dépistage est confiée à l'InVS par l'annexe I, Première partie, § VI à l'arrêté ministériel du 29 septembre 2006 sur les missions des structures de gestion. L'évaluation du programme a pour objectif de produire des indicateurs de suivi de l'activité, de la qualité des tests et examens et du suivi, sur des données agrégées et individuelles. L'évaluation réalisée par l'InVS permet de vérifier la conformité de la mise en œuvre des programmes aux spécifications du cahier des charges national, de disposer d'indicateurs d'activité précoce et, à terme, de mesurer l'impact des programmes en termes de mortalité évitée. L'InVS publie chaque année un rapport d'évaluation du programme national.

Deux fois par an l'ADECA 75 envoie ses données agrégées à l'InVS et au printemps les données anonymisées concernant chaque patient. L'ADECA 75 effectue aussi des statistiques pour le tableau de bord de l'ARS. L'examen des données communiquées peut conduire à des débats techniques entre l'InVS et la structure.

L'évaluation et le pilotage sont basés d'une part sur des indicateurs européens d'évaluation des programmes de dépistage des cancers du sein, et d'autre part sur des indicateurs spécifiques à la France. Ces indicateurs sont présentés dans l'annexe III A à l'arrêté de 2006 qui résulte d'un décret récent n°2016-1645 du 1er décembre 2016 - art. 4 (V). Les indicateurs relatifs au cancer colorectal sont présentés de façon beaucoup plus succincte dans l'annexe IV modifiée par arrêté du 23 septembre 2014⁴⁴. Les principaux indicateurs figurant dans les cahiers des charges font l'objet d'une présentation résumée en annexe 11.

Certains indicateurs sont associés à des valeurs à atteindre (ex : objectif de taux de participation), d'autres à ne pas dépasser (ex : 1 % de clichés techniquement insuffisants), ce qui peut amener la structure à prendre des mesures appropriées pour les respecter, par exemple une « troisième lecture » par un autre radiologue que le second lecteur).

3.2.7.1. Indicateurs pour le dépistage du cancer du sein

◆ Les indicateurs d'évaluation et de pilotage nationaux

Ces indicateurs de pilotage pour le dépistage du cancer du sein sont très nombreux. Ils sont de cinq types dont les plus importants sont cités ci-après :

A/ L'indicateur d'impact du programme : le taux de participation

Deux taux sont calculés : le taux de participation INSEE et le taux de participation invitées pour le cancer du sein, c'est-à-dire le nombre de femmes dépistées par rapport à la population INSEE de référence d'une part, et par rapport aux fichiers d'invitation constitués par la structure de gestion à partir des fichiers transmis par l'Assurance maladie, d'autre part (« Fichier caisses »).

Le « taux de participation INSEE », calculé partout de façon identique, permet des comparaisons entre territoires (calcul annuel et moyenne de participation sur deux ans par

⁴⁴ Un « Guide du format des données et définitions des indicateurs de l'évaluation du programme national » de dépistage organisé du cancer colorectal a été publié par l'InVS (édition octobre 2013).

période glissante). En raison des stratégies d'invitation différentes d'un département à l'autre et parfois différentes d'une année sur l'autre dans un même département, et parce que les femmes déjà venues au dépistage sont invitées ensuite à la date de mammographie antérieure, il est utile de calculer un taux de participation sur deux ans.

Le taux de fidélisation est fondamental, car il démontre l'intérêt des patientes pour le programme, mais il n'est pas mis en valeur dans les comptes rendus d'activité (nombre de femmes venant au rang $n + 1$ du dépistage, rapporté au nombre de femmes venues au rang n de dépistage).

B/ Les indicateurs d'organisation de la structure de gestion

Ils doivent permettre l'évaluation du contexte logistique : délai entre la date de mammographie et la date d'envoi des résultats aux femmes (1L et 2L), pourcentage de perdues de vue, délai entre la date de mammographie positive et la date du premier traitement pour les cas de cancers, délais entre la date de la mammographie et l'arrivée du dossier à la structure de gestion, délais entre la date de la mammographie et la date de la deuxième lecture, délai entre la date d'arrivée des clichés à la structure de gestion et la date de deuxième lecture, délais entre la date d'arrivée des clichés à la structure de gestion et la date d'envoi des résultats.

Et pour le contexte départemental : délai entre la date d'envoi de l'invitation et la date de réalisation de la mammographie, délais entre la date de mammographie et la date du diagnostic confirmé de cancer.

C/ Les indicateurs de qualité du programme

A côté des indicateurs de dépistage avant ou après bilan de diagnostic, sont recensées les reconvoctions : taux de femmes rappelées dont la mammographie a été jugée positive par le second lecteur / nombre de femmes dépistées (taux souhaitable inférieur à 3 %) ; le pourcentage de clichés techniquement insuffisants (CTI) par rapport au nombre de clichés relus en deuxième lecture doit être inférieur à 1 %.

D/ Les indicateurs d'analyse des pratiques

Ils concernent l'échographie (qui ne fait pas partie des examens de dépistage mais doit être pratiquée dans certains cas) et le bilan de diagnostic.

E/ Les indicateurs d'efficacité

Ce sont les résultats qui sont également mis en valeur dans le bilan d'activité : taux de détection (taux de cancers détectés par les radiologues 1/ en première ou 2/ en seconde lecture/nb de femmes dépistées ; taux de cancers détectés après un examen de contrôle/nombre de femmes dépistées ; taux de détection de cancers de bon pronostic). Enfin on recense le taux de cancer de l'intervalle (cancer survenu dans les 24 mois après une mammographie de dépistage organisée classée normale ou bénigne).

◆ Les informations à produire pour les caisses d'assurance maladie et l'Etat

Les tutelles reçoivent également d'autres éléments complétant les informations transmises à l'InVS et le rapport annuel d'activité mentionnant les activités de sensibilisation et la formation des praticiens au dépistage, essentiellement des données quantitatives :

- **l'activité de dépistage** (nombre de femmes invitées et décomposition par classes d'âge, caisses d'Assurance maladie ; nombre de femmes dépistées, nombre de femmes recensées dans les fichiers d'invitation, nombre d'invitations envoyées, de relances, de deuxième lecture) ;
- **l'état des lieux du parc mammographique et l'organisation des procédures de lecture** (nombre de radiologues premiers lecteurs, de sites agréés pour le dépistage, d'appareils de mammographie dans les secteurs public et privé) ;

- **l'organisation de la deuxième lecture** (nombre de radiologues second lecteurs, de centres de deuxième lecture, nombre de séances hebdomadaires de lecture, nombre annuel de dossiers vus en seconde lecture, nombre de négatoscopes, rémunération unitaire de la deuxième lecture et financement complémentaire).

Ces éléments se retrouvent dans le bilan d'activité rendu public chaque année par l'ADECA 75.

3.2.7.2. Evaluation et suivi du programme de dépistage du cancer colorectal

Les indicateurs cités dans le cahier des charges sont :

- **Le taux de participation à la campagne de dépistage (source InVS)**

Calculé par l'InVS, ce taux de participation permet de réaliser des comparaisons entre départements. Le calcul préalable du taux d'exclusion est important pour définir le taux de participation, qu'il permette d'exclure certaines personnes du dépistage définitivement (pour des raisons médicales) ou temporairement (du fait de symptômes ou de la réalisation d'une coloscopie dans les cinq années précédentes).

Le guide européen d'assurance qualité pour le dépistage et le diagnostic du cancer colorectal recommande un taux de participation de niveau acceptable de 45 % et un niveau souhaitable de 60 % (65 % dans le Plan cancer).

- Le taux de résultats positifs (détection d'hémoglobine dans le prélèvement) ;
- Le pourcentage de coloscopies réalisées chez les personnes ayant un résultat positif et étant éligibles pour la coloscopie : un pourcentage de 90 % doit être visé ;
- Le nombre et la nature des complications imputables aux coloscopies ;
- Les résultats des coloscopies et des examens anatomo-cytopathologiques : les cancers sont ici dénombrés.

Les indicateurs d'activité de dépistage sont envoyés aux instances de pilotage national, en particulier l'Assurance maladie et l'INCa :

- nombre de personnes invitées par classes d'âge, par sexe et par régimes d'assurance maladie en N-1 ;
- nombre de personnes dépistées ;
- nombre de personnes recensées dans les fichiers d'invitation ;
- nombre d'invitations initiales envoyées ;
- nombre de prélèvements biologiques lus ;
- nombre de résultats positifs ;
- nombre d'exclusions ;
- nombre de refus documentés.

Les structures de gestion participant également par leurs informations aux enquêtes et études menées par l'InVS et/ou l'INCa. A son initiative, des études et des essais sont effectués par l'ADECA 75 (par exemple dans un arrondissement sur les modes d'invitation, envoi de coupon-réponse, envoi direct de test pour le cancer colorectal, etc.)

3.2.8. Le retour d'information vers les professionnels de santé

La structure de gestion est chargée de faire retour aux radiologues des résultats individuels de leur activité pour l'année précédente sous pli cacheté, avec les statistiques globales des radiologues du département. Le praticien pourra ainsi s'évaluer. Une liste des éléments chiffrés à produire figure dans la circulaire. Des réunions doivent être organisées

au moins une fois par an dans le cadre des comités scientifiques des structures de gestion avec les acteurs du programme et les radiologues chargés des premières et deuxièmes lectures.

Des réunions de radiologues deuxièmes lecteurs sont organisées par le médecin coordinateur de l'ADECA 75 malgré une participation assez faible (la moitié des deuxièmes lecteurs), mais il n'est pas fait état de réunions de l'ensemble des radiologues premiers lecteurs. Les instructions ne prévoient pas de retour d'information vers les médecins traitants pour le dépistage du cancer colorectal. Les tests utilisés qui ont été distribués par ces derniers seront décomptés à partir de 2017 dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publics (ROSP).

3.2.9. L'assurance de ses activités

Le personnel de la structure de gestion est astreint au secret professionnel ou médical et doit assurer la confidentialité des données dont il a connaissance. Cette obligation est rappelée à l'article 13 des statuts de l'association. Une fiche de procédure sur le secret professionnel et médical est remise aux agents de l'ADECA 75 avec la conduite à tenir (demande de remise de dossier en main propre, renseignements téléphoniques...).

Chaque praticien doit être assuré en responsabilité civile professionnelle et prévenir son assureur qu'il participe au programme. La structure de gestion doit être assurée pour l'ensemble des risques liés à l'organisation du dépistage (non transmission ou erreur de transmission du résultat, erreur d'imputation d'un résultat), comme le médecin coordinateur. L'ADECA 75 a transmis aux rapporteurs la liste des polices d'assurances souscrites qui comprend une assurance responsabilité dirigeant (MATMUT).

Un Guide juridique à destination des acteurs du dépistage (programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal) réalisé par l'INCa en septembre 2011 énumère les mesures à prendre et les précautions utiles pour respecter les textes et les principes applicables à l'activité de la structure de gestion (loi informatique et libertés, secret médical, etc.). Il traite notamment de la gestion des fichiers, de l'utilisation des modèles de courriers des programmes nationaux de dépistage organisé, de la gestion des refus et exclusions, des responsabilités dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, des responsabilités communes aux programmes, de l'archivage, des modalités d'assurance. Les différents cas sont envisagés : absence d'une personne dans le fichier de la population-cible transmis par l'Assurance maladie (la SDG est exonérée et l'Assurance maladie responsable pour perte de chance seulement en cas de faute de sa part), responsabilité du radiologue second lecteur (il doit vérifier la concordance entre l'identité de la femme sur le dossier et les clichés) et de la structure de gestion (responsable de la gestion administrative du dépistage et aussi des modalités du bon retour des clichés à la patiente, qui doivent donc être couvertes par l'assurance), etc.

Ce Guide souligne que l'envoi des résultats doit impérativement être opéré par la structure, dont le personnel est astreint au secret professionnel ou médical, et non par un prestataire extérieur, contrairement aux invitations. Il est également nécessaire que la structure assure la traçabilité des courriers qu'elle a envoyés aux personnes ayant un résultat positif non suivi d'examens complémentaires (ultime relance). L'utilisation de plis recommandés est prévue par les instructions internes.

3.2.10. La constitution de la liste des radiologues participant au programme

784 radiologues exercent à Paris début 2017. Sur 105 cabinets de radiologie parisiens agréés pour le dépistage organisé, 98 % pratiquent la mammographie numérique. L'activité est très concentrée : 20 centres assurent 50 % des mammographies du dépistage organisé, 8 dépassent les 1000 mammographies.

Les radiologues (secteur privé libéral, PH, PHSP, Centres de lutte contre le cancer, etc.) désirant participer au programme de dépistage du cancer du sein se manifestent auprès de la structure de gestion. Celle-ci recueille les informations concernant leur formation spécifique au dépistage ainsi que celle des manipulateurs et vérifie que les installations ont fait l'objet d'un contrôle de qualité externe. Le radiologue doit signer la convention ad hoc avec l'Assurance maladie dans laquelle il prend des engagements (réalisation de 500 mammographies par an minimum, transmission des mammographies à la structure de gestion pour double lecture, transmission des éléments de suivi des personnes dépistées et des données relatives à l'évaluation du programme). La liste est actualisée tous les six mois et est diffusée aux médecins généralistes, aux gynécologues et aux caisses d'assurance maladie du département⁴⁵.

3.2.11. La stratégie d'invitation et les modalités d'entrée dans le dépistage

La CRC avait observé en 2006 que « *La marge de manœuvre de la structure de gestion est réduite* », mais elle existe, par exemple en matière de « stratégie d'invitation ». Ainsi la structure définit une stratégie d'invitation avec une année forte et une année plus faible qui se succèdent (les statistiques sont établies sur deux exercices pour neutraliser cet effet). Certaines structures lancent la totalité de leurs invitations au dépistage du cancer colorectal en deux vagues annuelles.

Les femmes principalement domiciliées dans le département de Paris sont invitées par la structure de façon échelonnée sur les deux années de chaque campagne par le courrier de prise en charge. Une relance est effectuée dans un délai de six mois pour les femmes n'ayant pas réalisé la mammographie après la première invitation. Les femmes ayant participé et les absentes seront réinvitées 20 à 22 mois après la date de la précédente invitation.

Second mode d'entrée dans le dépistage, les « demandes manuelles » : les médecins généralistes et spécialistes informés invitent les patientes à bénéficier de la mammographie et peuvent leur donner le bon de prise en charge grâce à leur connexion au site Neonet.

La structure de gestion doit vérifier les critères d'inclusion dans le programme : absence de mammographie depuis moins de deux ans, de survenance d'une anomalie déjà détectée ou de prise en charge pour un cancer du sein ou de suivi en raison de facteurs de risques particuliers.

Pour le cancer colorectal, les invitations prennent en compte les informations concernant l'inéligibilité des personnes ciblées transmises par l'Assurance maladie ou grâce au suivi des personnes dépistées. La remise de kits de dépistage peut également être opérée par d'autres professionnels de santé que le médecin traitant : ces « stratégies complémentaires de santé » doivent être communiquées à l'INCa et à l'InVS. Le premier courrier de relance est envoyé au maximum 5 mois après la première invitation et le second après neuf à dix mois (12 mois maximum).

⁴⁵ Des annexes au cahier des charges pour les structures de gestion (faisant lui-même l'objet de l'annexe IIIA à l'arrêté de 2006) définissent les caractéristiques et performances des installations de mammographie (1), la classification d'interprétation des images mammographiques infracliniques (2) et la fiche d'interprétation nationale (3). L'annexe IIIB définit le cahier des charges pour les radiologues (décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 - art. 4(V)). Un arrêté du 24 janvier 2008 a permis l'introduction de la mammographie numérique dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein dans les conditions définies par une nouvelle annexe 3 bis ; ces dispositions ont été abrogées et remplacées par un autre arrêté du 16 novembre 2016 relatif à la mammographie numérique dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein.

3.2.12. Les procédures de suivi après dépistage anormal ou techniquement insuffisants

La structure de gestion s'assure du suivi des résultats et de la prise en charge des personnes dépistées positives, selon des périodicités variables.

Pour le cancer du sein, les procédures de suivi concernent :

- les dépistages suspects (mammographie et/ ou clinique) après première ou deuxième lecture

En cas de résultat suspect après première ou deuxième lecture, les procédures de suivi sont identiques. Si un an après la mammographie et après des relances auprès de la femme et de son médecin, aucune information sur les examens complémentaires et la prise en charge médicale n'est renseignée, la femme est considérée comme « perdue de vue ». Le pourcentage de femmes perdues de vue après mammographie positive doit être le plus faible possible car il a un impact direct sur l'efficacité du programme : la structure de gestion doit insister auprès des radiologues pour obtenir le retour de suivi (fiche de bilan du diagnostic différé) et au bout de neuf mois effectuer une demande d'information auprès de la femme et de son médecin, avec relance, une nouvelle mammographie de dépistage devant être effectuée 24 mois après la première au terme de la surveillance ou si la surveillance n'a pas été pratiquée. Les délais de sollicitation sont réduits en cas de lésion suspecte détectée après bilan.

- les clichés techniquement insuffisants (CTI)

En l'absence de nouvelles sous un mois du radiologue et de la femme, une relance est effectuée (radiologue, femme, médecin traitant) pour que le cliché soit refait dans les six mois.

- les refus de bilan diagnostique immédiat après première lecture (cas rare)

Relance et nouvelle invitation deux ans plus tard si la femme ne donne pas suite.

- les échographies anormales, avec mammographie et examen clinique non suspect

Le dépistage reste négatif mais le passage en seconde lecture est impératif pour vérifier que le cliché n'est pas techniquement insuffisant et que la mammographie ne contient pas d'anomalie suspecte.

Pour le cancer colorectal, des courriers de relance doivent être adressés aux médecins et à la personne pour le suivi des résultats positifs a priori non explorés, un an après l'envoi du résultat positif et les personnes sont considérées comme perdues de vue au bout de deux ans si aucun contact n'a été possible avec elles ni aucune donnée de suivi obtenue.

On voit donc que d'un côté, l'ADECA 75 travaille selon des normes quasiment « industrielles » (envoi d'invitations au dépistage pour des centaines de milliers de personnes) ; et que d'un autre côté, elle doit assurer un suivi individuel et personnalisé des patients avec une démarche plus « qualitative », les deux aspects étant soumis à des exigences d'assurance qualité étant donné les enjeux de santé publique.

3.3. Les résultats d'activité de l'ADECA 75

Mettons les chiffres dans leur contexte en citant les résultats atteints pour la France entière. Seront ensuite examinés les chiffres atteints par l'ADECA 75 pour le département de Paris avec une mise en perspective sur l'Ile-de-France.

3.3.1. Les résultats nationaux en matière de dépistage organisé

Les résultats de l'évaluation du dépistage de l'année N-1 d'après les données et résultats transmis chaque année par les structures de gestion font l'objet d'un rapport InVS (Santé publique France) publié au premier semestre de l'année N + 1.

Pour le cancer du sein, le taux de participation de référence indiqué dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 4/203 du 21 janvier 2003 est de 60 %, le Plan cancer de 2003 fixant un objectif de 80 % de participation (la loi Santé de 2004 le confirmant).

Le guide européen d'assurance qualité pour le dépistage et le diagnostic du cancer colorectal recommande un taux de participation de niveau acceptable de 45 % et un niveau souhaitable de 65 % (60 % dans le Plan cancer).

Tableau 16 : Taux de participation au dépistage organisé (France entière)

En % de la population	2004	2008	2013	2014	Objectif Plan cancer pour 2013	Objectif européen	Objectif ARS IDF ⁴⁶
Année							
Cancer du sein	40,2	52,5	51,6	52,1	65	70	60
Année	2009	2010-2011	2012	2013-14	PC pour 2013	Objectif européen	Objectif ARS IDF
Cancer colorectal	33,8	32	31,7	29,8	60	45 % acceptable, 65 % souhaitable	50

Source : IGVP

Parmi les pays qui ont un système comparable à celui de la France, ceux du Nord de l'Europe obtiennent des pourcentages de participation beaucoup plus élevés : de 62 à 87 % (Danemark, Finlande, Islande, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Angleterre, Suède)⁴⁷.

3.3.1.1. Les résultats nationaux en matière de dépistage du cancer du sein

Tableau 17 : Evolution du taux de participation au dépistage organisé et nombre de départements impliqués pour le dépistage du cancer du sein

ANNEE	1999	2000	2001	2002	2003	2004
TAUX DE PARTICIPATION (%)	40	39	28,5	24,4	34	40,2
NOMBRE DE DEPARTEMENTS	30	32	32	34	67	96

Source : IGAS, rapport n° RM 2009-064P

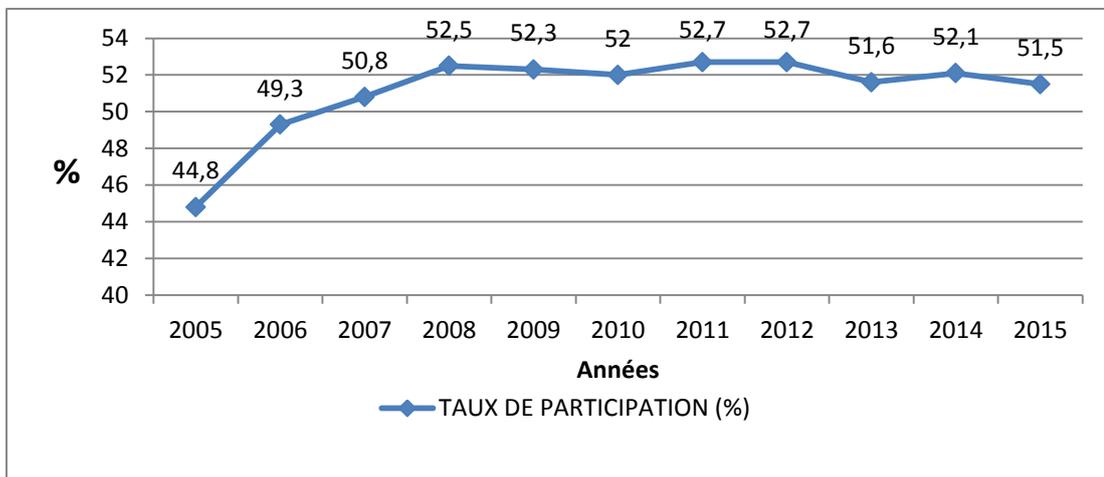
⁴⁶ Projet régional de santé 2011 - Plan stratégique - 1.2.1.2. Renforcer l'accès aux dépistages organisés et au repérage du handicap.

⁴⁷ Annexe 3 au Rapport du Comité d'orientation de la concertation citoyenne et scientifique sur le cancer du sein de septembre 2016 : tableau comparatif sur le dépistage dans 90 pays.

ANNEE	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TAUX DE PARTICIPATION (%)	44,8	49,3	50,8	52,5	52,3	52	52,7	52,7	51,6	52,1	51,5
NB DE DEPARTEMENTS	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : IGVP d'après Santé publique France Evaluation des programmes de dépistage des cancers 10/2016 et IGAS susvisé

Graphique 3 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (France entière)



Source : IGVP

Afin de neutraliser les stratégies d'invitation, les taux présentés sont calculés sur deux ans, ce qui reflète mieux la participation des femmes. Le taux de participation est calculé en pourcentage de la population cible (moyenne nationale). Sur la période 2013-2014, près de 5 millions de dépistages (4 964 925) ont été réalisés.

Tableau 18 : Evolution du taux de participation au DO du cancer du sein sur 2 ans

2005-2006	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
46,9	52	52	52,1	52,3	52,7	52,1	51,9	51,8

Source : Santé publique France Evaluation des programmes de dépistage des cancers 10/2016

Depuis 2008 on observe donc une stabilité globale des taux de participation au dépistage organisé autour de 52 %. Les objectifs visés ne sont pas atteints même si on peut tempérer cet échec en ajoutant le taux de dépistage individuel estimé à 10 % (étude 2009 de la Haute autorité de santé), ce qui rapproche le résultat du taux de 65 % visé par le Plan cancer.

Sur le territoire, l'hétérogénéité de la participation perdure avec des écarts entre départements allant de 27,2 % à Paris à 63,7 % en Indre-et-Loire, y compris au sein d'une même région. Une trentaine de départements se trouvent dans la fourchette 58/64 % de participation. La Région Ile-de-France a un taux proche de 40 %.

En ce qui concerne les classes d'âge, depuis 2011-2012, la participation des femmes de 65-69 ans dépasse désormais celle des femmes de 60-64 ans.

◆ Les résultats

En 2013-2014, 36 899 cancers ont été enregistrés soit un taux global de 7,4 cancers pour 1000 femmes dépistées. Parmi 100 cancers dépistés, 2,8 l'ont été grâce à la deuxième lecture parmi les femmes effectuant un premier dépistage et 6,4 parmi les dépistages subséquents.

3.3.1.2. Les résultats du dépistage organisé du cancer colorectal

◆ La participation

Le programme français est à la fois un succès et un échec⁴⁸ : un succès car la France est un des seuls pays à proposer un dépistage organisé sur l'ensemble de son territoire depuis 2009, un échec si on considère le taux de participation médiocre malgré l'implication des médecins généralistes (31 % en 2012-2013, 29,8 en 2013-2014), et les inégalités significatives de participation liées au sexe, à l'âge, au département, au niveau socio-économique, au régime d'assurance maladie, etc. Le taux observé est éloigné de ceux rencontrés dans les pays de l'Europe du Nord : 61 % en Ecosse et 71 % en Finlande. Il conduit à une réduction de mortalité de 8 % seulement. Il faudrait une participation de la population d'au moins 50 % pour réduire de 15 % le risque de décéder d'un cancer colorectal.

Le taux de dépistage du cancer colorectal est loin des objectifs institutionnels (le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45 % pour que le programme de dépistage soit coût-efficace) et de plus il s'avère en baisse. Comme pour le cancer du sein, il existe des différences très importantes selon les régions et les départements. L'Ile-de-France et les trois régions méditerranéennes affichent les taux les plus bas, l'Alsace et la Bourgogne des taux supérieurs à 40 %. Les taux de participation sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, les premières étant sensibilisées depuis plus longtemps grâce au dépistage du cancer du sein. Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, la participation la plus faible est observée pour les sujets les plus jeunes (moins de 60 ans) de la population cible : un effort de sensibilisation au dépistage doit donc viser les sujets les plus jeunes.

Le HCSP estime que la substitution du test au gaïac par les tests immunologiques, plus efficaces et mieux acceptés, et le renforcement des actions d'information et de mobilisation devraient permettre d'améliorer le taux de recours au dépistage du cancer colorectal.

Le nouveau test est plus sensible ce qui permet de détecter 2 fois plus de cancers et 2,5 fois plus d'adénomes avancés (tumeurs bénignes) que le précédent : il a aussi pour mérite d'augmenter la simplicité d'emploi et l'acceptabilité du test en réduisant le nombre d'échantillon recueillis et analysés (un au lieu de six). Plus simple, plus sensible et plus fiable, il présente des avantages en termes de performance diagnostique, de balance bénéfices-risques et d'efficience.

◆ Les résultats

5 millions de tests ont été réalisés sur deux ans (2011-2012) dont 103 700 se sont révélés positifs, le taux de positivité se révélant conforme à l'attendu des normes européennes (2,2 %). La diminution des tests positifs était cohérente avec la préparation des campagnes de dépistage qui permettent d'identifier et d'exclure de la population cible du dépistage les personnes représentant des lésions (pré)cancéreuses et de les orienter vers un suivi plus spécifique.

En 2012-2013, le niveau de réalisation d'une coloscopie après un test positif est de 87,1 %. Mais seuls 26,7 % des coloscopies sont réalisées conformément aux recommandations européennes dans un délai de 31 jours (délai médian : 59 jours). Le programme a permis de dépister 16 059 personnes ayant un adénome avancé et 6211 personnes ayant un cancer colorectal (soit 3,3 et 1,3 pour mille personnes dépistées). Ce taux de détection dépend

⁴⁸ [...], « Dépistage du cancer colorectal par test immunologique quantitatif de recherche de sang occulte dans les selles : une révolution ? » - Revue Hépatogastro oncologie et digestive, 2015, volume 22, numéro 2, p. 119.

fortement de l'incidence départementale des cancers et de la performance des programmes départementaux à détecter ces lésions.

Le pourcentage de personnes "perdues de vue" 24 mois après les tests était de 8,2 %.

3.3.1.3. Evaluation des résultats du dépistage organisé des cancers

La participation de la population aux deux dépistages organisés est en diminution, demeure inférieure aux objectifs européens, est inégale entre les départements et est insuffisante pour réduire la mortalité concernée.

◆ Les raisons, rappelées dans le rapport d'évaluation sur 10 ans de politique de lutte contre le cancer (2004-2014) du HCSP, sont multifactorielles :

- les difficultés d'accès aux radiologues, la faible démographie médicale dans certaines zones qui peuvent entraîner un délai important entre l'envoi de l'invitation et la réalisation de la mammographie ;
- la carence d'information des patients et des professionnels de santé ;
- les différences sociales et culturelles.

Le principal déterminant de la participation au dépistage du cancer du sein est le suivi gynécologique régulier. Le choix du dépistage organisé est lié aux campagnes d'information pour plus de 50 % des personnes sondées, ou à un cancer chez un proche (20 %). D'après les études, les femmes qui ont une situation sociale défavorisée ont une incidence moindre (elles sont moins touchées proportionnellement), mais souffrent d'une mortalité plus élevée.

- les déterminants psychologiques (désir de « ne pas savoir », doute sur l'efficacité de la radiologie, manque de temps, oubli, sentiment de ne pas être concernée, crainte de l'irradiation et des effets secondaires) ;
- pour le cancer du sein, la coexistence du dépistage organisé et du dépistage individuel ne permet pas de réduire les inégalités observées ;
- pour le cancer colorectal, la difficulté d'utilisation et la faible sensibilité du test au gâïac ont conduit les gastroentérologues à préconiser un dépistage par coloscopie ;
- les professionnels de santé sont moins impliqués dans le dépistage du cancer du sein que dans celui du côlon pour lequel un effort de formation a été fait ;
- le pilotage des structures de gestion n'est pas clair, leurs liens directs avec l'INCa marginalisant les ARS qui devaient favoriser une animation régionale ;
- les médecins coordinateurs départementaux ne sont pas tous suffisamment formés et les structures de gestion ne sont pas suffisamment impliquées dans la formation des professionnels de santé et dans la communication en direction des publics-cibles ;
- la controverse sur l'intérêt en terme bénéfices-risques du dépistage : l'espace occupé par les opposants au dépistage sur les réseaux sociaux est démesuré par rapport aux enjeux de santé publique concernés et ne permet pas une information pluraliste et équilibrée de la population ;
- Le choix du dépistage individuel au détriment de l'image sociale du dépistage organisé.

Les femmes au profil urbanisé et d'un bon niveau éducatif se méfient d'un dispositif de masse, estimé moins fiable qu'un rapport spécifique et privilégié avec un spécialiste. L'exemple de Paris montre un taux inverse entre densité de gynécologues et taux de dépistage organisé, ce qui peut traduire le doute des gynécologues sur l'efficacité du dispositif et une stratégie de captation de leur clientèle.

Plusieurs solutions pour accroître la participation au dépistage, et à l'intérieur de celui-ci le dépistage organisé, ont été trouvées :

- le passage du test au gaïac au test immunologique du cancer colorectal qui en améliore la « valeur prédictive positive » (VPP) : c'est en fait la capacité du test à prédire positivement le cancer ;
- l'introduction en 2008 de la mammographie numérique qui représente 89 % du total des clichés en 2013-2014, avec un taux de clichés techniquement corrects de quasiment 100 % ;
- la mobilisation des médecins a été mise en œuvre grâce :
 - à leur sensibilisation et des programmes de formation par l'Assurance maladie et l'INCa ;
 - à l'intégration du cancer du sein dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles puis dans la rémunération variable à la performance (rémunération sur objectifs de santé publique - ROSP) depuis 2013 ;
 - à la rémunération offerte sur la base du nombre de tests de dépistage du cancer colorectal distribués et lus en centres agréés, qui va de de 60 € pour 10 à 20 tests jusqu'à 1030 € pour 101 à 200 tests⁴⁹. Le dépistage du cancer colorectal fait partie du ROSP depuis 2017.

En revanche, la solution du déremboursement partiel du dépistage individuel a été écartée par le Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (INCa 2012). L'accord de bon usage des soins (ACBUS) publié le 24 mars 2002 signé par les organisations représentatives médicales et les organismes d'assurance maladie n'a pas conduit à l'exclusion de l'activité de mammographie pour la tranche d'âge concernée par le dépistage organisé.

La souplesse et la réactivité de fonctionnement des structures de gestion ont facilité le déploiement rapide des deux programmes de dépistage actuellement généralisés sur l'ensemble du territoire. L'évaluation fait cependant ressortir une forte hétérogénéité des organisations, des moyens déployés et des résultats obtenus. Cette hétérogénéité concerne l'ensemble des missions prévues au cahier des charges : les missions nécessaires au fonctionnement quotidien des programmes (gestion des fichiers, de l'information et de la sensibilisation de la population et des professionnels de santé, gestion budgétaire...) étaient les plus performantes.

3.3.1.4. Résultats en Ile-de-France pour le dépistage du cancer du sein d'après la synthèse du tableau de bord de l'INCa

La mortalité du cancer du sein évolue à la baisse de façon significative de 2005 à 2013 en Ile-de-France, la diminution étant encore plus marquée pour Paris dont le taux reste néanmoins supérieur à la moyenne régionale (63 pour 100 000).

Le taux de participation INSEE est de 39,4 %, en diminution depuis 2009, mais le taux est de 68 % si on inclut l'activité mammographique hors dépistage organisé, très forte en particulier à Paris (toutes ces mammographies ne sont pas des mammographies de dépistage, certaines sont à visée diagnostique et par ailleurs certaines données ne sont pas recueillies : sections locales mutualistes,...). 6 % des femmes sont dépistées hors département, ce qui implique davantage de gestion des dossiers pour les structures.

Le taux de fidélisation au dépistage organisé est bas (21,2 %), en particulier pour Paris (11 à 12%). Ce ne sont pas les mêmes femmes qui font leur dépistage au cours de campagnes

⁴⁹ Cette rémunération représentait 148 250 € en 2013 et 98 455 € en 2014 pour respectivement 1555 et 1540 médecins parisiens indemnisés.

successives. Assez logiquement, les femmes « fidèles » sont celles qui habitent dans un département où les chiffres du dépistage organisé sont élevés : la forte participation conduit à un fort taux de fidélisation.

L'efficacité du programme s'évalue en taux de cancers détectés : 7 pour mille, valeur stable depuis 2005, dont 34,3 % de très petite taille (norme de 30 %). 7,3 % des cancers détectés le sont par le second lecteur.

En qualité organisationnelle, la disponibilité de résultats normaux est de 10 jours (norme = 15 jours maximum), 15 pour ceux qui ont fait l'objet d'une deuxième lecture. L'accès au traitement a lieu dans les deux mois en cas de tumeur maligne pour 50 % des femmes. Le taux de CTI est de 0,2% (norme de 1%).

Le nombre moyen de sollicitations mises en œuvre par les structures par femme dépistée est de 1,5, avec un taux plus élevé pour Paris. Cet indicateur montre le niveau d'activité déployé par les structures pour faire adhérer les femmes au système, qui a un coût puisqu'il est opéré par courriers de relance. Il est par ailleurs avéré que les départements les mieux dotés quantitativement (mammographes, densité de médecins généralistes, de gynécologues et de radiologues) ont les taux de participation les plus bas.

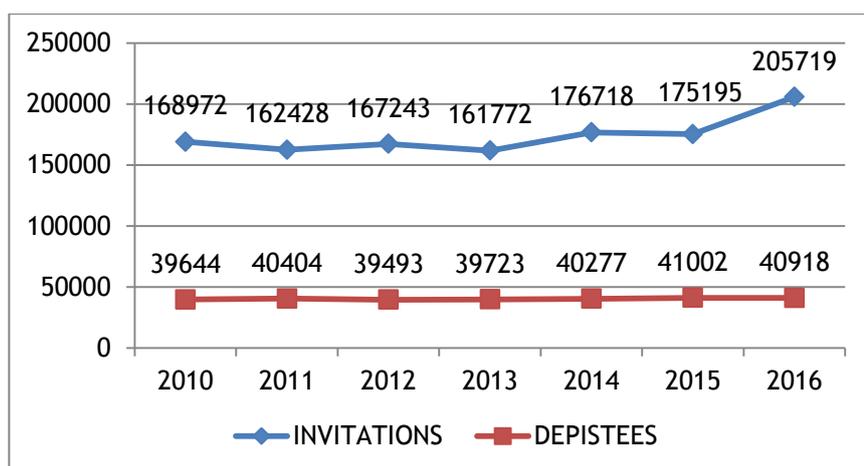
3.3.2. L'activité de l'ADECA 75 : participation et résultats

3.3.2.1. Les résultats d'activité de l'ADECA 75 pour le dépistage du cancer du sein

◆ La participation

A Paris, la population cible éligible s'élève à 319 473 femmes en 2016, selon le critère de la date de l'anniversaire ou de la dernière mammographie connue. 205 719 femmes ont été invitées dans l'année selon un rythme mensuel soit 64 % de la population cible : le chiffre est en augmentation de 18 % par rapport à 2015 (55 % de la population cible). Les chiffres des dernières années montraient une progression plutôt régulière (les années fortes se différenciant peu des années faibles) :

Graphique 4 : Nombre d'invitations et de femmes dépistées



Source : IG d'après éléments ADECA 75

En 2016 le nombre de femmes invitées chaque mois est en moyenne de 17 143 (14 520 en 2015). Le nombre de femmes relancées six mois après la première invitation est considérable : 115 773 en 2016 (après 120 191 en 2015).

Bien évidemment, du fait de ce décalage dans le temps, la relance 2016 concerne une partie des femmes sollicitées en 2015. Mais si on compare les relancées aux invitées de la

même année, cela représente plus de 56 % des invitées (68 % en 2015), soit 9644 invitations par mois.

Au total, il y a donc en 2016 321 406 invitations et relances envoyées (26 777 lettres par mois).

Tableau 19 : Dépistage du cancer du sein - Exercice 2015

CRITERE	NOM-BRE	%	CRITERE	NOM-BRE	%	CRITERE	NOM-BRE	%
POPULATION CIBLE FEMMES ELIGIBLES 50/74 ANS = 315 380								
POPULATION FEMMES INVITEES (= 55 % de la population cible)	174 245	100 %	POPULATION FEMMES DEPISTEES (= 23,53 % de la population invitées)	41 002	100 %	DOUBLE LECTURE	38 900	94,9 %
<i>Invitation et/ou relance automatique</i>	171 797	98,59 %	<i>Invitation et/ou relance automatique</i>	26 642	65 %	<i>Dont CTI</i>	81	0,2 %
				12 403	30,2 %	ANOMALIES	2 102	5,1 %
<i>Invitation manuelle sur demande patiente ou médecin</i>	2 938	1,37 %	<i>Invitation manuelle sur demande patiente ou médecin</i>	1 927	4,7 %	ECHOGRAPHIE	19 665	100 %
<i>Invitation par le site d'éligibilité neonetif.org</i>	50	0,02 %	<i>Invitation par le site d'éligibilité neonetif.org</i>	30	0,1 %	<i>Dans le cadre du bilan immédiat d'une anomalie radiologique ou clinique</i>	3 707	18,9 %
			REPONSES POSTALES (inélégibilités) (5,54 % des femmes invitées)	9 663	100 %	<i>Suite à une mammographie normale</i>	15 958	81,2 %
			<i>Mammographie de moins de 2 ans</i>	9 120	94,38 %	CANCERS DIAGNOSTIQUES (= 0,47 % des femmes dépistées)	193 (chiffre provisoire)	100 %
			<i>Antécédent cancer du sein</i>	477	4,93 %	<i>Dont cancers découverts après un classement positif en 1ère lecture</i>	9	4,6 %
			<i>Suivi gynécologique</i>	370	3,82 %			
			<i>Antécédents familiaux</i>	132	1,31 %			
			<i>Déménagement</i>	127	1,31 %			
			<i>Refus</i>	32	0,33 %			
			<i>Décès</i>	16	0,16 %			

Source : IG d'après éléments ADECA 75

Le taux de participation INSEE est calculé en rapportant le nombre de femmes dépistées dans l'année à la moitié de la population INSEE féminine de la tranche d'âge estimée pour l'année (300 821 femmes). Il est toujours supérieur au taux de femmes invitées sur la période examinée.

Tableau 20 : Nombre de femmes dépistées (cancer du sein)

ANNEE	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NOMBRE DE FEMMES DEPISTEEES	40 404	39 493	39 723	40 277	41 002	40 918
TAUX DE PARTICIPATION INSEE %	27,50	26,80	26,80	26,90	27,60	27,2
TAUX DE PARTICIPATION INVITEES %	27,40	23,50	24,40	22,70	23,50	19,9
TAUX DE REPONSES A L'INVITATION (mammographies + réponses postales) %	35,30	32,60	31,90	29,00	29,10	20,5
TAUX DE PARTICIPATION FRANCE ENTIERE %	52,7	52,7	51,6	52,1	51,5	ND

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

Le taux de participation femmes invitées est en 2016 de 19,9 % seulement, (40 918/205 719) contre 23,5 % l'année précédente. Le taux de participation INSEE (27,2 %) toujours inférieur à 30 %, est plus stable car le dénominateur varie peu : pour les invitations il y a des années plus ou moins fortes et le phénomène se reproduit d'une année sur l'autre puisque les invitations ont lieu en grande partie deux mois avant la date anniversaire de la première mammographie, tous les deux ans. En 2016, la participation est quasi identiques à celle de 2015 (41 000 femmes) alors qu'il y a eu 30 524 femmes invitées de plus, d'où une différence de 4 points entre les deux années en taux invitées, alors que le taux Insee varie beaucoup moins.

Le taux de réponse à l'invitation permet de mesurer l'impact total des sollicitations en ajoutant les réponses postales au nombre de mammographies : on voit que le taux de réponses postales n'est pas négligeable (5,6 % en 2015).

Tableau 21 : Pourcentage de femmes invitées dépistées (cancer du sein) à Paris de 2006 à 2016

ANNEE	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TAUX DE PARTICIPATION DOCS (%)	23,3	22,5	26,3	25,5	23,3	24,7	23,5	24,4	22,7	23,5	19,9

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

Les réponses postales déclarant un motif de refus de dépistage sont au nombre de 8735 en 2016, donc 4,24 % des femmes invitées (hors relance).

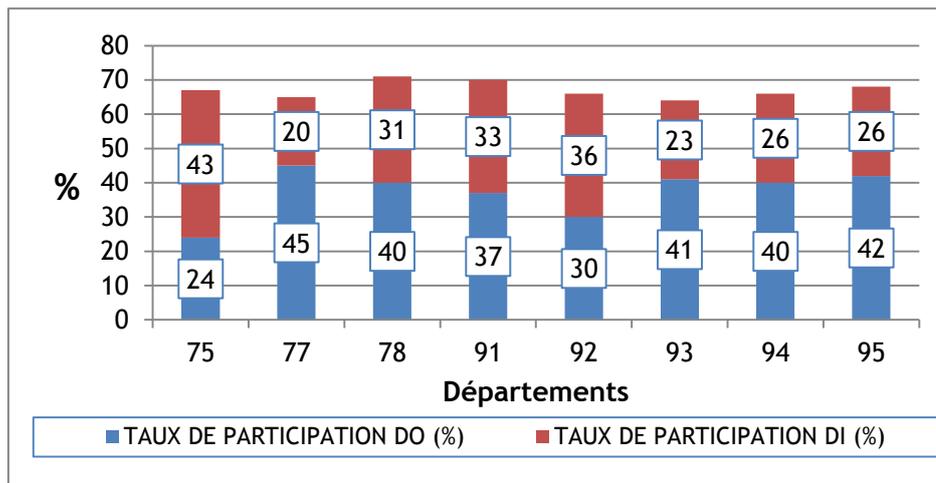
Le taux de participation est très inférieur aux chiffres du niveau national : cette faible participation au dépistage organisé est compensée à Paris par une couverture globale avoisinant les 65 % grâce au dépistage individuel. Les derniers chiffres disponibles concernent l'année 2013 seulement :

Tableau 22 : Taux de couverture dépistage organisé + dépistage individuel (chiffres 2013)

DEPARTEMENT	75	77	78	91	92	93	94	95
TAUX DE PARTICIPATION DO (%)	24	45	40	37	30	41	40	42
TAUX DE PARTICIPATION DI (%)	43	20	31	33	36	23	26	26
TAUX DE PARTICIPATION TOTAL (%)	67	65	71	70	66	64	66	68

Source : *Rapport d'activité 2013 ADECA 75*

Graphique 5 : Couverture du DO + DI dans les départements de la région Ile-de-France (2013)



Source : IGVP d'après document ADECA 75

La moyenne de participation au dépistage organisé est de 39,8 % en Ile-de-France sur 2013-2014. En comparaison des autres départements de la région francilienne, la divergence apparaît significative : seul Paris présente un taux de dépistage individuel supérieur à 40 % et un taux de dépistage organisé inférieur à 30 %. Toutefois on retiendra que le taux de participation globale au dépistage parisien est comparable à ceux des autres départements d'Ile-de-France.

Les chiffres du dépistage organisé sont stables sur les cinq derniers exercices : environ 40 000 femmes dépistées par an et son plutôt en augmentation (le nombre de femmes dépistées est en moyenne de 38 600 par an de 2004 à 2016 - années pleines).

Le rythme mensuel du dépistage organisé montre une courbe superposable aux précédentes tous les ans : le nombre de mammographies est d'environ 3000 par mois, il baisse en juillet, mois pendant lequel l'ADECA 75 n'envoie pas d'invitations, pour connaître son étiage en août où beaucoup de centres de radiologie sont fermés. Les mois de septembre à novembre connaissent la fréquentation la plus importante (4610 mammographies en octobre 2016), ce qui correspond au rattrapage du creux estival et à la campagne de communication nationale annuelle « Octobre rose ».

La répartition des femmes dépistées par régime d'Assurance maladie est également à peu près constante : 25 % pour la Caisse primaire d'assurance maladie, 15 % pour le régime des indépendants, 22 % pour la Mutualité sociale agricole et 21 % pour les autres (le total étant inférieur à 100 %).

Par tranche d'âge avec un intervalle de cinq années, la courbe était quasiment croissante les années précédentes, celle de 2016 est plus heurtée avec un démarrage assez fort suivi d'un ralentissement (55/60 ans) et un creux pour la-dernière tranche (70/74 ans) :

Tableau 23 : Répartition des femmes dépistées par tranche d'âge

TRANCHE D'AGE	50-55	55-60	60-65	65-70	70-74
TAUX DE PARTICIPATION DO (%)	25,27	23,12	25,2	26,4	23,4

Source : Rapport d'activité 2016 ADECA 75

L'entrée des femmes dépistées dans le système de dépistage organisé se fait essentiellement grâce aux invitations automatiques (65 %) et par la relance automatique (30 %) au bout de six mois, les autres modes étant résiduels (invitation manuelle, invitation par le site d'éligibilité). On constate une grande stabilité de ces différents modes d'entrée sur les derniers exercices.

Tableau 24 : Modes d'entrée dans le dépistage organisé du cancer du sein

ANNEE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 (%)
FEMMES DEPISTÉES DO	39643	40404	39493	39723	40227	41002	40 918	100
INVITATIONS AUTOMATIQUES	27061	27639	28819	25645	26641	26642	26889	65,7
RELANCE AUTOMATIQUE	10302	10280	10034	11409	11505	12403	12403	30,3
INVITATION MANUELLE	1526	1659	1773	1618	1586	1927	1595	3,9
INVITATION PAR SITE D'ELIGIBILITE	754	826	767	1051	545	30	---	---

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

La part des mammographies numériques qui était de 51 % en 2008, première année où elle était autorisée, n'a fait que progresser ces dernières années :

Tableau 25 : Mammographies numériques

ANNEE	2012	2013	2014	2015	2016
PART DES MAMMOGRAPHIES NUMERIQUES (%)	82	82	90,5	93,6	97,9

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

Enfin, l'indicateur d'organisation de la structure de gestion relatif au délai moyen entre la date de la mammographie et l'envoi des résultats à la femme est de 12,86 jours, respectant le délai maximum de 15 jours fixé dans le cahier des charges. Ce délai est en diminution constante. Le responsable administratif et financier tient un tableau de suivi du niveau d'activité, dans lequel sont entrés le nombre de dossiers reçus des radiologues, et qui mentionne le nombre de jours écoulés depuis l'arrivée du plus ancien dossier.

Tableau 26 : Délais de réalisation des mammographies

Délai en jours entre 2 dates	Mammographie/ deuxième lecture	Deuxième lecture / envoi aux femmes	TOTAL
2016	10,2	2,56	12,76
2015	10,8	2,06	12,86
2014	10,8	2,4	13,2
2013	12,9	2,9	15,8

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

◆ Les résultats- Le diagnostic

Tableau 27 : Nombre de mammographies (L1 L2 CTI Echographies)

Nombre de mammographies	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
1ère lecture	39 723		40 277		41 002		40 918	
deuxième lecture	37 671	94,8	38 311	95,1	38 900	94,9	38 818	94,9
CTI (% L2)	112	0,3	60	0,15	81	0,2	78	0,2
Echographie (% L1)	13824	34,8	18 103	45	19 665	48	20 202	49,3

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

En 2016, sur les 40 918 mammographies réalisées par les radiologues en première lecture, 38 818 soit 94,9 % ont bénéficié de la double lecture : le pourcentage est identique à celui

de l'année précédente. Seuls 78 clichés relus ont été classés « CTI » (0,2 %), en dessous du seuil de 1 % (mais avec une troisième lecture dans 143 cas : 67 n'ont pas été confirmés).

Suite à ces mammographies, 19 665 femmes ont eu une échographie, soit près de la moitié (49,4 %) des femmes dépistées. Si on peut comprendre que 3441 (17,5 %) en aient bénéficié dans le cadre du bilan immédiat d'une anomalie radiologique ou clinique, 16 717 soit 82,7 % l'ont eu suite à une mammographie normale. Dans ce dernier cas, seule la moitié des femmes avait des seins de densité 3 ou 4 justifiant l'échographie sans anomalie (52,6 %). Rappelons que l'échographie ne fait pas partie de l'examen non payant de dépistage.

Pour les 40 918 femmes dépistées en 2016, 99 cancers ont été diagnostiqués (0,47 %) ⁵⁰. 9 sur 193 (0,02 % du total des femmes dépistées) ont été découverts après un classement positif en première lecture.

Tableau 28 : Cancers diagnostiqués

Cancers	2013	2014	2015	2016
Nombre total de cancers diagnostiqués L1+L2	275	269	275	99
Nombre de cancers diagnostiqués en 2 ^{ème} lecture	13	12	11	1
% Nombre cancers L2/total cancers	4,7	4,5	4	1
% Nombre cancers/nb de femmes dépistées	0,69	0,66	0,67	0,24

Source : Rapports d'activité ADECA 75

La moyenne des cancers détectés de 2013 à 2015 (années pleines) est de 273 par an. Le chiffre de 2016 semble en baisse par rapport aux exercices précédents mais il s'agit d'un chiffre provisoire dans l'attente des résultats des examens complémentaires (biopsies...). En effet, les chiffres des cancers diagnostiqués sur une année, dont ceux de la deuxième lecture, sont mis à jour dans les rapports d'activité suivants. Pour 2015 on constate que 41 000 dépistages ont permis de diagnostiquer 275 cancers (6,7 pour mille), dont une dizaine en deuxième lecture. Selon les indications de l'ADECA 75, le chiffre définitif pour 2016 serait de 176.

En 2013-2014, au niveau national, 36 899 cancers ont été enregistrés soit un taux global de 7,4 cancers pour 1000 femmes dépistées (taux assez comparable à celui de Paris sur les mêmes années : 6,7).

◆ La géographie du dépistage du cancer du sein à Paris

Une étude non datée a été effectuée par une interne de santé publique missionnée par le Bureau de la prévention et des dépistages [.....] pour le Centre médico-social Belleville : « Dépistage du cancer du sein à Paris - Etat des lieux, facteurs liés à l'adhésion et propositions d'actions ». La DASES en a fourni une présentation Powerpoint aux rapporteurs, qui n'ont pas eu connaissance d'une étude similaire sur le cancer colorectal, mais on sait que la réorganisation de ce dépistage ne date que de 2015.

Selon cette étude, la situation parisienne montre une surincidence du cancer du sein en Ile-de-France depuis 1980 (106,1 en taux standardisé en 2005 contre 101,5 en France)⁵¹.

Le taux de mortalité parisien est également supérieur à ceux reconnus en France et en Ile-de-France (420 décès annuels à Paris sur les 11 000 décès en France), bien que ces taux soient tout trois en décroissance.

⁵⁰ Il s'agit d'un chiffre provisoire puisque le retour de l'information (compte rendu anatomo-pathologique, résultat des biopsies) peut prendre plusieurs mois.

⁵¹ Selon l'étude, les données parisiennes ne sont pas disponibles.

L'étude montre une disparité supérieure à 5 % par rapport à la moyenne régionale pour les 6^e (sous-mortalité), 14^e, 18^e et 20^e arrondissements (surmortalité).

- La participation aux dépistages

L'étude confirme les constats déjà présentés, pour l'année 2013 : la participation au dépistage montre des chiffres faibles en taux annuel de dépistage organisé pour les 300 000 femmes concernées (293 244) : 26,8 % en 2013 (taux INSEE), 24,4 % en taux rapporté à la population invitée. Ce chiffre est contrebalancé par une participation importante au dépistage individuel qui tourne autour de 38,5 % (chiffre Assurance maladie). Le dénombrement est difficile car le codage « DI / dépistage individuel » par les médecins comprend non seulement les mammographies de dépistage mais aussi de diagnostic, et la fréquence des mammographies individuelles est inconnue.

La participation globale DO+DI est légèrement inférieure à la moyenne nationale (65 % en 2012). Il y a plus de 30 % des Parisiennes concernées qui ne bénéficient d'aucun dépistage.

L'étude montre des disparités inter-arrondissements :

- . 7 arrondissements ont un faible taux de dépistage global (< 59 %) : 1 2 10 12 18 19 20
- . 7 arrondissements ont un fort taux de dépistage global (> 63 %) : 3 5 6 7 15 16 17
- . 6 arrondissements sont dans la zone intermédiaire (59 à 63 %) : 4 8 9 11 12 13 14.

Les constatations sont différentes pour le dépistage organisé :

- . 7 arrondissements ont un fort taux de dépistage organisé (> 25 %) : 11 12 13 14 15 19 20
- . 8 un fort taux de dépistage individuel (> 40 %) : 3 5 6 7 8 9 16 17
- . et les 5 autres ont un taux intermédiaire : 1 2 4 10 18.

La participation maximale au dépistage organisé est de 29,6 % dans le 20^e et pour le dépistage individuel de 46,8 % dans le 16^e.

Ces éléments peuvent se traduire dans le tableau ci-dessous :

Tableau 29 : Taux de participation au dépistage dans les 20 arrondissements de Paris en 2013

ARRDT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Dépistage global	Red	Red	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Red	Red	Red
Dépistage organisé	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Red	Red	Red	Red	Red	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Yellow	Green	Green

Légende 1ère ligne Dépistage global		Légende 2e ligne Dépistage organisé	
Fort taux DG	Green	Dépistage organisé majoritaire	Green
Faible taux DG	Red	Dépistage individuel majoritaire	Red
Taux intermédiaire	Yellow	Résultat intermédiaire	Yellow

Source : IGVP d'après document DASES Dépistage du cancer du sein à Paris

L'interprétation des cases de couleurs est la suivante : sur la 2^e ligne, le 1^{er} arrondissement a un faible taux de dépistage global (faible : couleur rouge ; fort taux : vert ; intermédiaire : orange) et à l'intérieur de ce taux, la 2^e ligne montre qu'il a un taux de dépistage organisé intermédiaire (couleur jaune : cf. la légende en 2^e colonne), etc.

Il ressort donc de cette étude que le dépistage global est plus fort au centre et à l'Ouest, et le dépistage organisé dans les arrondissements périphériques et l'Est parisien. Les arrondissements les moins favorisés sur le plan socioéconomique connaissent un faible taux de dépistage global mais le dépistage organisé y est majoritaire (ex : 19^e et 20^e arrondissements). Les arrondissements à la population aisée peuvent connaître un taux de dépistage global favorable mais le dépistage organisé y est minoritaire, les femmes favorisant le dépistage individuel (5 6 7^e arrdts).

L'étude rappelle les éléments d'explication de la non-participation aux dépistages en général (facteurs individuels et collectifs) ou au dépistage organisé, mais délivre assez peu d'informations sur les particularités parisiennes. On retiendra cependant la faible participation des femmes de 50 à 54 ans (un peu moins de 60 %, contre 60 % ou plus pour les autres tranches d'âge), et un suivi médical qui fait intervenir le début du dépistage individuel dès 45 ans et les désincite à pratiquer le dépistage organisé.

La densité de l'offre de soins à Paris est un facteur positif mais sa composition peut expliquer une partie des difficultés du dépistage.

Au 1^{er} janvier 2015⁵² Paris recense 24 155 médecins inscrits au tableau de l'ordre. La capitale a une densité médicale particulièrement forte : 10,9 médecins généralistes pour 10 000 habitants, concentrant 10 % des spécialistes de la France entière.

Les chiffres cités dans l'étude ont un peu plus anciens :

Tableau 30 : Nombre de médecins à Paris

2013	Radiologues Secteur 1	Secteur 2	Gynécologues secteur 1	S2 et NC	Généralistes secteur 1	S2 et NC
Paris	111	205	63	492	1166	631
France	4438	806	2181	3087	48 823	3657
Total Paris/France	316 / 5244		555 / 5228		1737 / 52 480	

Source : Etude DASES dépistage du cancer à Paris

Soit 14 radiologues pour 100 000 habitants (contre 8 pour la France entière) mais seulement 5 pour 100 000 hab. en secteur 1 conventionné (contre 6,8 en France entière : or les radiologues sont obligés de pratiquer un tarif secteur 1 pour les mammographies dans le dépistage organisé). La densité est de 24 pour 100 000 hab. pour les gynécologues (contre 8 pour la France), et 79 pour 100 000 hab. pour les généralistes (contre 82). Par contre on relève un faible taux d'adhésion au système de désignation de médecin traitant (73,5 % contre 85,7 % en 2008). De plus, un pourcentage élevé des généralistes pratique la médecine générale en exercice particulier (26 %). Ces facteurs limitent la distribution des kits de tests immunologiques.

⁵² Atlas national de la démographie médicale 2015 cité par le rapport d'activité de l'ADECA 75.

- Les pistes de réflexions proposées :

1/ Augmenter la participation au dépistage organisé des femmes des arrondissements socio-économiquement défavorisés adhérant au dépistage individuel afin de ne plus passer à côté des cancers dépistés seulement en seconde lecture ;

2/ Amener au dépistage organisé les 30 % de parisiennes qui n'ont aucun suivi.

Le rapport présente des propositions d'actions susceptibles d'être impulsées par la Ville de Paris pour toucher cette population cible :

1/ L'ADECA 75 et l'ARS IDF devraient diriger leurs actions vers les professionnels de santé pour lutter contre les préjugés par une information scientifiquement validée et orienter leur discours sur la qualité et la double lecture du dépistage organisé ;

2/ Les acteurs locaux et les associations devraient agir envers les femmes de 50 à 74 ans isolées et précaires.

Selon l'étude de telles actions sont menées dans le 19^e arrondissement et d'autres méthodes d'action pourraient être envisagées :

1/ Depuis 2010 dans le quartier Flandre Rose à l'initiative d'ADECA 75 et d'ESPACE 19.

Un comité de pilotage a été constitué. Les objectifs sont d'évaluer l'impact d'une mobilisation soutenue et générale d'un quartier sur l'augmentation de la participation au dépistage organisé, développer l'adhésion du public et des professionnels, rendre accessible le dépistage ; la méthode : rendre l'information disponible et impliquer les professionnels.

Les indicateurs sont relatifs au processus (nombre de personnes rencontrées) et aux résultats (participation au DOCS) : le taux de participation est supérieur de plus de 5 points à celui atteint en dehors du quartier Flandre (32,2 % contre 26,9 % en 2013). Pour 2015 était prévu l'intégration de femmes relais dans le comité de pilotage et la poursuite de l'évaluation (pérennisation de l'action, transférabilité).

2/ Un autre projet est décrit : « Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités de Santé ». La méthode (méta-programme) fait intervenir une analyse des projets et politiques de santé et un travail d'intégration des données et observations qui conduisent à réorganiser les interventions.

3/ Projet PRADO (en Picardie) : projet d'accompagnement au dépistage organisé du cancer colorectal : une aide personnalisée aux personnes socioéconomiquement défavorisées avec contact téléphonique et déplacement à domicile pour relayer l'information conduit à une augmentation notable de la probabilité individuelle de participation.

La proposition finale d'action consiste en :

1/ Un diagnostic territorial partagé avec les acteurs ;

2/ Un objectif : la réduction des inégalités sociales de recours au DOCS ; l'évaluation de l'impact des actions mises en place ;

3/ La méthode : essai randomisé avec deux groupes d'IRIS⁵³.

Les objectifs recourent ceux de la DASES qui a commandé l'étude et on peut regretter que ces réflexions qui semblent dater de quelques années n'aient pas été croisées avec celles de l'ADECA 75 pour qu'une méthode commune soit définie et mise en œuvre puis généralisée le cas échéant sur le territoire parisien afin d'augmenter la participation au dépistage organisé.

⁵³ Ilot regroupé pour l'information statistique.

3.3.2.2. Le dépistage du cancer colorectal◆ La participation

La population cible est de 620 827 hommes et femmes résidant à Paris et âgés de 50 à 74 ans relevant essentiellement de la CPAM (88 %). 283 009 Parisiens ont été invités en 2016. La même année, 393 102 lettres de relance ont été envoyées pour rattraper les relances non expédiées l'année précédente suite au changement de test de dépistage. 1279 invitations manuelles sur demande téléphonique ont été envoyées ainsi que 1175 tests dans des cas particuliers sur dérogation de l'ARS (patient sans médecin, demande de médecin spécialiste...).

Pour l'ADECA 75 le remplacement du test a eu lieu en plusieurs temps. En août 2014 l'ADECA 75 cesse de commander des tests Hémocult. La population restant à inviter jusqu'au 31 décembre l'a été en septembre 2014. En octobre, les médecins de Paris sont informés de l'arrêt de la campagne de dépistage par test Hémocult au 31 janvier 2015.

La campagne a été arrêtée pendant plus de six mois, la mise en commande du nouveau test par les médecins traitants ayant démarré en avril 2015 et le nouveau test ayant été utilisé à partir de mai 2015 avec une participation réduite : 2520 tests opérés.

L'ADECA 75 a décidé de continuer à lire le reliquat des tests Hémocult après la date d'arrêt officiel afin de ne pas causer de perte de chance pour le patient en cas de test positif.

En juin 2015 les invitations ont repris pour les patients prioritaires, les médecins parisiens ayant commencé à être approvisionnés avec le nouveau test. En septembre 2015, envoi des invitations pour le rattrapage des invitations stoppées en septembre précédent. En décembre 2015 : invitations pour les relances, dans l'ordre chronologique.

Il y a donc eu interruption des invitations de septembre 2014 à juin 2015 (10 mois en fait). Le rattrapage des invitations et des relances et les invitations à partir de septembre 2015 ont représenté 800 000 envois (ce chiffre n'est pas détaillé dans les documents mais est cité pour montrer l'ampleur de la diffusion).

Tableau 31 : Tests du cancer colorectal réalisés en 2016

	NOMBRE
NOMBRE TOTAL D'INVITES	283 009 + 396 102 = 679 111
NOMBRE DE PERSONNES EXCLUES POUR RAISONS MEDICALES	31 302
TESTS RECUS	66 603
Dont TESTS NON ANALYSABLES	1 512
Dont TESTS NEGATIFS	62 137
Dont TESTS POSITIFS	2 954

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

On perçoit donc une importante augmentation du nombre de tests reçus par rapport à l'exercice 2015 (66 000 tests contre 21 000). Le chiffre de tests non analysables figurant dans le rapport d'activité 2016 p. 34 (qui ne prend pas en compte des « tests NA non refaits ») diffère de celui du tableau des ininterprétables (1512 contre 4480 dans le tableau descriptif des motifs qui ont rendu les tests ininterprétables p. 36 du rapport ; les totaux de test faits diffèrent légèrement dans les deux tableaux : 66 488 et 66 603). Il est vraisemblable que le chiffre le plus important comprend les tests initialement ininterprétables, qui ont été refaits par la suite et figurent dans le premier tableau sous leur résultat définitif positif ou négatif.

Le nombre de médecins formés ayant remis au moins un test est assez stable, mais les statistiques ne sont pas présentées de la même façon d'une année sur l'autre. On note une forte augmentation de leur activité en 2016, faisant suite à la reprise de l'approvisionnement.

Tableau 32 : Test du cancer colorectal remis par les médecins aux patients

Année	2013	2014	2015	2016
Nb médecins parisiens ayant remis au moins un test	1555	1540	1342	2601
Nb médecins non parisiens	1022	879	508	ND
% médecins parisiens ayant remis moins de 10 tests	33,8	43,2	ND	54,8
Nombre moyen de tests remis par médecin parisien	ND	ND	12,1	22,5

Source : Rapports d'activité ADECA 75

Il est mentionné que seuls 12,1 % des participants ont fait le test sans relance, le solde (87,9 %) l'a effectué après relance (3 à 6 mois après le premier envoi).

Il serait intéressant de formaliser les raisons précises pour lesquelles le premier appel a si peu de succès puisqu'en définitive une très grande majorité des personnes qui font le test ont été relancées. On a noté plus haut que les femmes dépistées n'étaient que 30 % à avoir effectué leur mammographie suite à une relance.

Dans le cadre du cancer colorectal, contrairement au cancer du sein, le faible taux de dépistage organisé n'est pas rattrapé par celui du dépistage individuel qui n'existe pas.

Cela étant, pour l'année 2016 il est difficile de généraliser les conclusions à partir des chiffres constatés en raison de l'importance de la population relancée spécifiquement cette année-là, qui est supérieure au nombre des invités et qui comprend les réinvités de l'année et le rattrapage de l'année antérieure.

◆ Les résultats

Tableau 33 : Dépistage du cancer colorectal - Exercice 2015

CRITERE	HOMMES		FEMMES		TOTAL	%
	NOMBRE	%/TOTAL	NOMBRE	%/TOTAL		
POPULATION CIBLE HOMMES ET FEMMES ELIGIBLES 50/74 ANS - INSEE	129 218	46,22 %	150 411	53,78 %	279 628	
POPULATION CIBLE HOMMES ET FEMMES ELIGIBLES 50/74 ANS - Assurance maladie	143 867	47,68 %	157 812	52,31 %	301 679	
NOMBRE DE PERSONNES INVITEES	181 594	48,20 %	195 136	51,79 %	376 730	
NOMBRE DE PERSONNES AYANT REALISE UN TEST DE DEPISTAGE (% / POP CIBLE INSEE)	9 867	7,63 %	11 774	7,82 %	21 641	7,73 %
NOMBRE DE PERSONNES AYANT REALISE UN TEST ANALYSABLE (% / POP CIBLE INSEE)	9 292	7,19 %	11 060	7,53 %	20 352	7,23 %
NOMBRE DE PERSONNES AYANT REALISE UN TEST NON ANALYSABLE (% / NB PERS AYANT REALISE TEST DE DEPISTAGE)	852	8,63 %	1 026	8,71 %	1 878	8,67 %
NOMBRE DE PERSONNES AYANT UN TEST POSITIF (% / NB PERS AYANT REALISE UN TEST ANALYSABLE)	511	5,5 %	477	4,3 %	988	4,9 %
NOMBRE DE COLOSCOPIES REALISEES SUITE A UN TEST (% / NB TESTS POSITIFS)	ND	ND	ND	ND	433	45 %

Source : Rapport d'activité 2015 ADECA 75

Le taux de participation INSEE est égal au nombre de tests effectués comparé à la population INSEE de référence de femmes et d'hommes âgés de 50 à 74 ans divisée par deux de laquelle on soustrait le nombre de personnes exclues pour raisons médicales. On calcule le taux de participation sur la base des fichiers caisses de la même façon (population invitée - exclusions médicales).

On constate que davantage de femmes que d'hommes réalisent le test : elles sont plus nombreuses et elles ont déjà l'habitude du dépistage avec le cancer du sein.

Tableau 34 : Les taux de participation

ANNEE	2013	2014	2015	2016
population cible INSEE	274 985	276 232	279 628	281 952
population cible CPAM invitée	253 418	244 651	301 679	283 009
exclusions médicales	40 192	36 753	37 127	31 302
tests réalisés dans l'année	40 094	30 984	20 163	66 488
taux de participation INSEE (%)	17,1	12,9	8,3	26,5
taux de participation CPAM (%)	18,8	14,9	7,6	26,4
réponses postales (exclusions)	15 843	10 743	7 040	9 085
taux d'activité annuel (%)	16,88	13,25	6,84	24,3
taux de sollicitation annuel (%)	22,1	17,1	9,0	26,7

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

Les indicateurs de participation au programme calculés par périodes de deux années glissantes ne sont pas mentionnés sur les rapports annuels de l'ADECA 75.

Pour déterminer le **taux d'activité annuel de la structure**, on retire les « réponses postales » de la population invitée (sans en retirer pour ce calcul les exclusions médicales). Les réponses postales mentionnent également des motifs d'exclusion médicale, mais non connus avant l'envoi des invitations. La première raison d'exclusion dans les réponses postales est la réalisation d'une coloscopie dans les cinq dernières années (75 % en 2014).

Le **taux de sollicitation** annuel compare les réponses (tests réalisés+ réponses postales) au nombre de personnes invitées dans l'année.

Tableau 35 : Délai entre la date d'invitation et la date de test

ANNEE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Délai moyen (jours)	94	167	44	68	54	ND	ND

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

On constate que ce délai est assez erratique.

Tableau 36 : Nombre annuel de tests de dépistage du cancer colorectal

ANNEES	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de tests faits	32 584	43 492	34 482	40 094	30 084	20 163
Nombre d'invitations et de relances	734 809	899 481	826 053	774 748	293 683	450 730
Ratio %	4,4	4,8	4,2	5,1	10,2	4,5

Source : *Rapports d'activité ADECA 75*

Le nombre annuel de tests faits sur les cinq derniers exercices est assez variable et à tendance à diminuer. Il est cependant proportionnel aux nombre d'invitations et de relances envoyées sauf en 2014.

Tableau 37 : Participation par tranches d'âge (2014)

TRANCHE D'AGE	50-55	55-60	60-65	65-70	70-74	75+
Taux de participation (%)	23,9	20,4	19,4	20,9	13,4	2

Source : Rapport d'activité ADECA 75 2014

Par tranches d'âge, on enregistre des pourcentages à peu près égaux autour de 20 % avec un déclin sensible dans la dernière tranche (identique en 2013 et 2014).

La ventilation mensuelle des tests réalisés montre le même creux estival que pour le dépistage du cancer du sein et des pics de test réalisés en mars et en octobre, correspondant aux campagnes de sensibilisation nationales au dépistage des cancers (Mars bleu et Octobre rose).

Tableau 38 : Tests positifs du cancer colorectal

ANNEE	2013	2014	2015	2016
nombre total	40 094	30 984	20 163	66 000
tests non analysables	1327	1134	503	4840 ?
tests négatifs	38 250	29 432	18 695	?
tests positifs	517	418	965	2954
% tests positifs/total tests	1,3 %	1,3 %	4,8 %	4,4 %

Source : Rapports d'activité ADECA 75

Sur les 66 488 personnes ayant réalisé un test de dépistage en 2016, 4840 tests se révèlent non analysables : une fois sur deux (53 %), la cause est l'absence de date de prélèvement à inscrire sur le tube, une fois sur quatre (24 %) l'utilisation d'un tube périmé.

Le taux de personnes ayant un test positif (2954) est de 4,4 % (ceci par rapport au nombre total de tests, ce qui est compatible avec le pourcentage défini par les normes nationales soit 4,7 %). Ce chiffre montre aussi la plus grande sensibilité du test immunologique par rapport au test Hémocult.

Tableau 39 : Suites données aux tests positifs

ANNEE	2013	2014	2015	2016
Nombre de tests positifs	517	418	965	2954
Nombre de coloscopies réalisées	267	245	433	1607
% coloscopies/tests positifs	51,6	58,6	44,9	54,4
Nombre de gastroentérologues ayant réalisé une coloscopie après un test	115	110	ND	ND

Source : Rapports d'activité ADECA 75

Les procédures de suivi des cas positifs mises en place montrent la réalisation d'une coloscopie dans environ la moitié des cas (les rapports d'activité ne font pas état des statistiques définitives pour les années écoulées). Or selon les recommandations européennes, le niveau acceptable du pourcentage de réalisation d'une coloscopie après un test positif est de 85 % (niveau souhaitable : 90 %), dans un délai de 31 jours au plus.

Le dépistage a permis de détecter respectivement 23, 19, 22 et 104 cancers sur quatre ans. De 2007 à 2015, 282 personnes avec un cancer colorectal ont été détectées (soit en moyenne 31 par an).

En dehors des 104 cancers, le suivi a permis de repérer d'autres situations à risque en 2016 : 203 personnes avec des adénomes, 381 avec des adénomes à risque et 91 avec des polypes bénins, soit au total 779 pathologies à risque. Enfin le coordinateur du dépistage du cancer colorectal signale un délai moyen de 74 jours entre le test positif et la réalisation de la coloscopie.

En conclusion, on relève que la participation des Parisiens sollicités par l'ADECA 75 au dépistage organisés est faible, ainsi que les résultats :

Tableau 40 : Résultats d'activité de l'ADECA 75 par rapport aux normes

2016 DEPISTAGE ORGANISE	Références européennes	Participation Paris ADECA 75	Participation France 2014	Participation Ile-de- France 2014
CANCER DU SEIN	70 %	27,2 %	51,5 %	39,8 %
CANCER COLORECTAL	45 % acceptable, 65 % souhaitable	26,5 %	29,8 %	?

Source : IGVP

Les résultats doivent s'interpréter au regard de normes bien établies. Il n'existe pas de taux-cible impératif pour les structures de gestion ; en revanche, la Caisse nationale d'assurance maladie a un objectif dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion passée avec l'Etat, l'ARS ayant aussi des objectifs en la matière. De l'aveu de nos interlocuteurs, les CPAM n'atteignent jamais les objectifs de dépistage fixés. Les pourcentages indiqués dans les documents consultés par les rapporteurs ne sont pas toujours identiques (il existe des taux de dépistages pour l'OMS, l'Union européenne, les instances françaises...) ni constants dans le temps.

Le Plan cancer de 2003 fixait un objectif de 80 % de participation pour faire baisser la mortalité de 20 %, celui de 2009 a pour objectif d'augmenter de 15 % la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés pour atteindre un taux de 65 % pour le cancer du sein et de 60 % pour le cancer colorectal. Le Plan 2014 dit qu'il faut arriver « *aux objectifs de participation* », ceux qui sont cités étant 65 % pour le cancer du sein et 45 % pour le cancer colorectal (recommandation européenne). Il apparaît d'ailleurs assez critiquable comme le font maints documents de dire que les objectifs en matière de dépistage du cancer du sein sont atteints à Paris en ajoutant les résultats du dépistage organisé et du dépistage individuel, alors que les seuls objectifs officiels chiffrés sont ceux du dépistage organisé.

Ces taux doivent permettre aux campagnes d'être « coût-efficaces » c'est-à-dire d'obtenir le maximum de bénéfices en réduction de la mortalité et de réduire au minimum les risques. Or les facteurs qui incitent ou désincitent les patients à participer aux campagnes de dépistages sont multiples et dépendent des divers partenaires institutionnels et libéraux et des patients eux-mêmes. Dès lors, l'ADECA 75 ne peut être tenue comme seule responsable de l'insuffisance des taux de participation, alors qu'elle met en œuvre une politique de santé définie sur le plan national et dont l'universalité a peut-être trouvé ses limites. Par contre, il faut être attentif à la progression de ces taux d'une année sur l'autre. Dans le cas du dépistage du cancer colorectal, on a noté la vive reprise de la participation après le changement de test, qui devrait se poursuivre.

4. LES FINANCES ET LA COMPTABILITÉ DE L'ASSOCIATION

L'examen de la situation comptable et financière de l'association porte sur les quatre derniers exercices, de 2013 à 2016. Sera examinée à titre préliminaire l'organisation de la fonction comptable et financière, puis seront présentés l'évolution du résultat comptable, la répartition des produits et des charges d'exploitation, la structure financière, l'analyse des écarts entre les budgets prévisionnels et réalisés, et les résultats analytiques. Des développements particuliers concerneront les postes de dépenses les plus importants (loyer et affranchissements) et l'étude des coûts de gestion proposée par l'ADECA 75.

Les comptes sont excédentaires en 2014 et 2015 mais déficitaires en 2013 et 2016 de plus de 30 000 €.

4.1. Organisation de la fonction comptable et financière

4.1.1. Organisation générale

La fonction financière et comptable est supervisée par le directeur administratif et financier (ou responsable administratif et financier- RAF) qui est épaulé par une assistante administrative et comptable. Conformément à l'article 9 des statuts, le président ordonne les dépenses. Les délégations de signature ont été autorisées par un acte écrit du président du 1^{er} septembre 2014, selon les modalités suivantes :

- Le vice-président [.....] a délégation pour l'ordonnancement ;
- Le trésorier a délégation pour les paiements ;
- Le responsable administratif a délégation pour l'ordonnancement dans la limite de 10 000 €, le paiement dans la limite de 15 000 € : paiement des salaires, des charges sociales, des impôts, des honoraires des médecins vacataires, des factures de routage et des factures de laboratoires pour la lecture des tests ;
- Le médecin coordinateur dispose de la même délégation que le précédent.

Le texte de la délégation de signature prohibe à juste titre les subdélégations.

Ces délégations sont en partie soit inutiles soit irrégulières au regard des statuts :

- Le responsable administratif « agit sur délégation du président du conseil d'administration » en application de l'article 7 et la délégation pour l'ordonnancement lui a été consentie à juste titre ; en revanche, pour les paiements, il devrait avoir délégation du trésorier ;
- le trésorier tient par contre ses pouvoirs directement des statuts (article 9 : « il effectue tout paiement et perçoit toute recette sous la responsabilité du président ») : la délégation est donc inutile ;
- aucune possibilité de délégation n'est prévue par les statuts en faveur d'un des vice-présidents ou du médecin coordinateur.

Le principe étant « pas de délégation sans texte », il faudrait modifier les statuts pour rendre ces délégations régulières.

Recommandation 6 : Revoir les modalités d'organisation des paiements au sein de l'équipe dirigeante de l'association et le cas échéant modifier les statuts de l'association.

L'association paye ses fournisseurs comptant par virement bancaire, les chèques n'étant utilisés que rarement pour les nouveaux cocontractants. Les paiements se font à 30 jours en cas de retard de versement des dotations. [.....]. *La phrase qui précède a été occultée conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

La comptabilité est gérée sur le logiciel CIEL. L'association établit chaque année en application de l'article L. 612-4 susvisé un bilan, un compte de résultats et une annexe. Elle dispose d'une comptabilité analytique qui permet de répartir les coûts imputables les différents types de dépistage. L'association a recours aux services d'un cabinet d'assistance comptable et fiduciaire qui clôture les comptes, élabore les contrats de travail, les bulletins de salaire, les bordereaux de cotisations, et assure une veille juridique. Elle dispose aussi d'un commissaire aux comptes chargé de certifier les comptes annuels, ce qui est obligatoire en application de l'article L. 612-4 du code de commerce pour les associations ayant reçu annuellement d'une personne publique une subvention dont le montant est au moins égal à 153 000 €⁵⁴. Il a été nommé pour une période de six exercices par délibération de l'assemblée générale du 14 juin 2016. Une autre délibération du même jour renouvelle dans ses fonctions le commissaire aux comptes suppléant, qui doit également être nommé en vertu du texte susvisé.

Les comptes ont été certifiés sans réserve en 2014, 2015 et 2016.

En vertu du caractère non commercial de son activité, elle n'est pas fiscalisée et verse donc la taxe sur les salaires. Conformément à l'article 20 de la loi n°2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif, l'annexe aux comptes annuels comporte les rémunérations des trois plus hauts cadres dirigeants bénévoles et salariés ainsi que leurs avantages en nature (ce qui est obligatoire pour les associations dont le budget annuel est supérieur à 150 000 € et qui reçoivent des subventions publiques supérieures à 50 000 €). [.....]. *La phrase qui précède a été occultée conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.*

Le responsable administratif et financier suit régulièrement l'exécution budgétaire avec un certain nombre de tableaux de bord :

- tableau de suivi financier, qui reprend en réalisé les postes du budget avec les dépenses (DCS, DCCR, structure) et les recettes (subventions demandées - versées - factures et remboursements des factures) ;

Un exemplaire de ce tableau a été fourni au 24 août 2017. On remarque que les recettes réelles sont rapprochées des subventions demandées, or en ce qui concerne le département de Paris, le montant inscrit est de plus de 100 000 € supérieur à ce qui va être versé (879 553 € au lieu de 760 000 € votés). Cette somme n'a aucune réalité puisque la subvention accordée en 2016 était de 801 000 € et le montant demandé par l'association elle-même de 865 000 €. Or à cette date l'association aurait dû être au courant du montant voté par le Conseil de Paris de juillet 2017 et le budget recadré en conséquence (d'autant plus que le président de l'ADECA 75 siège au Conseil de Paris). La direction des finances et des achats insiste sur le fait que les budgets de l'association doivent être réajustés à la réalité du montant de subvention voté par le Conseil de Paris et non au niveau de celui demandé (cf. p. 39 la position identique de la DASES).

- tableau de suivi du versement des subventions pour l'année en cours avec un récapitulatif et un développé par financeur avec la date des versements reçus ;

Ce tableau fait état des montants réellement votés ou décidés, mais le solde des subventions à venir est calculé par rapport aux montants budgétés et non aux sommes réellement décidées par les financeurs.

⁵⁴ Décret n° 2006-335 du 21 mars 2006 fixant le montant des subventions et des dons reçus à partir duquel les associations et les fondations sont soumises à certaines obligations, pour les exercices comptables ouverts à compter du 1^{er} janvier 2006.

- compte de résultat synthétique (récapitulatif pour l'exercice 2017 et comparaison avec 2016) ;
- tableau de suivi du versement des subventions par année (tableau récapitulatif avec une colonne « prévisionnel » pour l'année en cours);
- tableau de suivi budgétaire, qui compare pour chaque année les dépenses prévisionnelles et réalisées pour chaque poste - DCS, DCCR, structure (tableau récapitulatif 2009-2016).

Ces tableaux ont le mérite d'exister et d'être utilisés.

4.1.2. Les procédures d'achat de l'association

Le règlement intérieur de l'association fixe les règles concernant les achats et le choix des fournisseurs. L'article 2.3-« Questions financières » dispose que :

« Le bureau de l'association prend toutes les mesures nécessaires pour que l'association, pour ses achats, ses contrats, et d'une manière générale pour tout son fonctionnement, utilise des procédures de mise en concurrence et de choix présentant des garanties comparables aux procédures des marchés publics.

Le bureau de l'association établit les règles de consultation et de choix des fournisseurs. Il a seul compétence pour les opérations concernant des biens immobiliers, ainsi que pour les opérations dépassant le montant prévu par le code des marchés publics ».

Ces dispositions appellent trois séries d'observations.

En premier lieu, aucun document établissant que le bureau a effectivement arrêté les règles de consultation des fournisseurs n'a été communiqué.

En second lieu, la référence aux « procédures de mise en concurrence et de choix » comparables à celles des marchés publics n'est pas d'usage pour les achats de l'association. Le directeur administratif et financier a indiqué aux rapporteurs que, pour les achats importants, les pratiques consistaient plutôt en un partage d'informations au niveau régional avec ses homologues des autres structures départementales, lors de leurs rencontres régulières (une fois par trimestre) : les références des fournisseurs offrant le meilleur rapport qualité-coût sont échangées. Par ailleurs, l'ADECA 75 et la structure homologue de Seine-et-Marne (A.D.C. 77) auraient envisagé de monter un groupement de commandes pour les fournitures, mais ce projet n'a pas eu de suite. Enfin, le montage d'un « groupement de commandes » entre structures proches géographiquement pour le routage des invitations n'a pas non plus été mis en œuvre. On peut être surpris qu'il n'existe pas de consignes écrites sur les modalités de choix des fournisseurs, étant donné le nombre important de fiches de processus existantes.

En troisième lieu, il convient de s'interroger sur la soumission de l'association au code des marchés publics (ou aux règles de mise en concurrence applicables à certains « pouvoirs adjudicateurs » jusqu'à l'intervention de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, qui a mis fin à la dualité des régimes applicables).

La nature associative de l'ADECA 75 faisait obstacle à l'application à ses commandes des dispositions de l'ancien code des marchés publics, applicable seulement à l'Etat et à ses établissements publics et aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics administratifs. Par contre, il apparaît que l'ADECA 75 était bien soumise aux règles de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics. En effet, étaient considérés comme « pouvoirs adjudicateurs » soumis aux dispositions de l'ordonnance :

Article 3 - .../...

« 1° Les organismes de droit privé ou les organismes de droit public autres que ceux soumis au code des marchés publics dotés de la personnalité juridique et qui ont été créés pour satisfaire spécifiquement des besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel ou commercial, dont :

- a) Soit l'activité est financée majoritairement par un pouvoir adjudicateur soumis au code des marchés publics ou à la présente ordonnance ;
- b) Soit la gestion est soumise à un contrôle par un pouvoir adjudicateur soumis au code des marchés publics ou à la présente ordonnance ;
- c) Soit l'organe d'administration, de direction ou de surveillance est composé de membres dont plus de la moitié sont désignés par un pouvoir adjudicateur soumis au code des marchés publics ou à la présente ordonnance ».

Il apparaît que l'ordonnance s'appliquait à l'ADECA 75 dans la mesure où celle-ci tire la quasi-totalité du financement de son activité soit de personnes morales soumises au code des marchés publics (département de Paris ou Etat-ARS), soit d'un pouvoir adjudicateur soumis à l'ordonnance (CPAM). Ainsi en 2015 ces dotations et subventions atteignaient 1 844 139 € sur des produits d'exploitation se montant à 1 854 699 € (99,43 %) (critère a). Le critère du contrôle de la gestion (b) est plus délicat à apprécier car si les structures doivent respecter les cahiers des charges et suivre la procédure budgétaire APACCHE, elles jouissent d'une autonomie organisationnelle et budgétaire et le contrôle ne s'effectue qu'a posteriori ; enfin, on doit considérer de façon plus certaine que le critère organique (c) n'est pas rempli puisque 8 membres du conseil d'administration seulement sur 49 représentent le département de Paris et 10 membres les caisses d'assurance maladie qui sont des organismes de droit privé exerçant une mission de service public. Même en considérant que certains professionnels de santé représentent des organismes publics (AP-HP), ce qui est rien moins qu'évident au regard de la rédaction adoptée (« un membre représentant les cardiologues de l'AP-HP », par exemple), on n'atteindrait pas la moitié des 49 membres nécessaires. Mais peu importe puisque les critères qui ont été énumérés sont alternatifs et non cumulatifs⁵⁵.

Depuis le 1^{er} avril 2016⁵⁶ ce sont les dispositions de l'ordonnance 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, ratifiée par l'article 39 de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016, qui s'appliquent aux « pouvoirs adjudicateurs » et aux « entités adjudicatrices ». Les critères énumérés ci-dessus ont été repris à l'article 9 de l'ordonnance de 2015 et dans la mesure où ils sont inchangés, on doit considérer que l'ADECA 75 est soumise aux dispositions applicables aux « pouvoirs adjudicateurs » qui englobent désormais également les personnes de droit public. L'article 1^{er} de l'ordonnance impose le respect de grands principes fondamentaux de l'achat public :

- le principe de liberté d'accès à la commande publique ;
- le principe d'égalité de traitement des candidats ;
- le principe de transparence des procédures.

L'ordonnance impose en second lieu le respect de certaines procédures de mise en concurrence et d'obligations de publicité variables en fonction de l'objet du marché, de l'acheteur concerné et de la valeur estimée du marché. L'ADECA 75 serait concernée par l'obligation de publicité adaptée, au-dessus de 25 000 € HT pour les fournitures et services

⁵⁵ A noter que le II. de l'article 3 prévoyait la possibilité pour les pouvoirs adjudicateurs « d'appliquer volontairement les règles de passation ou d'exécution prévues par le code des marchés publics », ce qui rappelle la rédaction adoptée dans les statuts de l'ADECA, mais qui n'est de toute façon pas suivi en pratique.

⁵⁶ En application du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.

et également pour les travaux. Le seuil du montant des marchés obligeant à avoir recours à une procédure formalisée (209 000 € HT pour les fournitures et services) n'est dépassé que pour les prestations d'affranchissement des invitations (232 138 € en 2015, 317 489 € en 2016)⁵⁷. Des dépenses contractées vis-à-vis d'un seul fournisseur approchent ce seuil et pourront le dépasser en fonction de l'activité (200 000 € en 2016 pour la société de routage). L'ADECA 75 n'effectue pas de travaux d'un montant soumis au seuil réglementaire (5,225 M€ HT).

Recommandation 7 : Soumettre à l'avenir les achats de l'association aux dispositions de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

Cette recommandation est approuvée par la direction des finances et des achats dans sa réponse au rapport provisoire. Elle impliquerait la modification de l'article 2.3. du règlement intérieur, mais le président de l'association estime que les révisions statutaires seraient peu appropriées quand il s'agit d'une dernière année d'exercice (cf. aussi recommandation n° 6)

4.1.3. La procédure budgétaire et les modalités de financement des structures de gestion

4.1.3.1. La procédure budgétaire

Selon le paragraphe III. Moyens financiers du cahier des charges de 2006, « *le budget de la structure de gestion est notamment financé par une dotation des organismes d'assurance maladie et par l'Etat. Il peut être complété par d'autres financements (conseils départementaux, Ligue contre le cancer, etc.).* »

La procédure de remontée d'information permettant de demander les subventions aux administrations a varié depuis 2002 (par exemple dans son calendrier) mais l'idée maîtresse reste la même : les structures doivent adresser leurs demandes budgétaires sur la base d'un budget prévisionnel standard, actuellement informatisé (procédure APACCHE).

Les modalités en sont fixées par circulaire du ministère de la santé aux directeurs généraux des agences régionales de santé⁵⁸. En application de celle du 3 mars 2017, les structures devaient transmettre aux ARS les demandes prévisionnelles budgétaires 2017 pour le 24 avril 2017 via le fichier APACCHE version 2.2., ainsi que le montant des subventions réellement perçues en 2016 (ARS, AM, autres financeurs). L'ADECA 75 transmet sa demande via APACCHE en décembre une fois le budget prévisionnel voté par son conseil d'administration.

Les structures de gestion doivent ensuite transmettre le budget définitif voté par leur instance décisionnelle et le budget réalisé 2016 avec les comptes 2016 certifiés (les comptes de l'ADECA 75 ont été arrêtés le 13 mars 2017 par le commissaire aux comptes).

Le dialogue de gestion prend place avec l'ARS et les autres financeurs : directeur coordonnateur régional de la gestion du risque général de l'Assurance maladie, référent de l'association régionale des caisses de Mutualité sociale agricole (ARCMSA) et les représentants des CPAM, MSA et du régime social des indépendants (RSI). Ce dialogue de gestion prend la forme d'une réunion au début du deuxième trimestre, une fois les

⁵⁷ Les administrations publiques passent régulièrement des appels d'offres pour la location/maintenance de machines à affranchir et d'outils de suivi de la dépense postale ainsi que sur la fourniture et la location/maintenance de matériels de traitement du courrier.

⁵⁸ Instruction n° DGS/SP5/2017/75 du 3 mars 2017 relative à la campagne de financement 2017 des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal et des sites préfigurateurs du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

comptes de la structure arrêtés. Le budget et la solidité financière de la structure sont examinés.

On voit donc que la dernière étape pour arrêter le budget est très courte : un mois du 24 avril (date la plus tardive) au 29 mai.

Le budget prévisionnel doit donner lieu à une consolidation budgétaire réalisée d'abord au niveau régional, puis au niveau national, ce qui permet d'assurer une comparaison des besoins et de l'activité des structures de gestion d'un département à l'autre.

Sont ensuite transmis au niveau central (direction générale de la santé et caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - CNAMTS) les différents fichiers APACCHE (données budgétaires prévisionnelles et réalisées 2016, données prévisionnelles 2017, note de présentation du montant prévisionnel accepté pour chaque structure de gestion). La circulaire demande expressément que soient précisées dans cette note toutes les actions visant à rationaliser les coûts des structures (mutualisation des moyens d'investissement, fonction support, fourniture(s), groupements d'achat) ainsi que l'engagement des conseils départementaux.

◆ Le fichier APACCHE que la structure doit servir comprend :

- les données d'identification de la structure ;
- les informations générales (données financières (résultat, FDR), autres financements, informations sur les investissements ;
- les données d'activité et prévisionnelle (présentées séparément pour les cancers du sein et colorectal : population INSEE, invitée, relancée, dépistée, taux d'activité) ;
- données sur les ressources humaines ;
- les charges directes liées au cancer du sein (gestion de la population invitée, seconde lecture, suivi des résultats, autres charges : formation, informatique, communication) ;
- des tableaux différents regroupent les charges directes dues au cancer colorectal (achats et mise à disposition des tests, gestion des invitations, traitement des résultats, frais d'envoi et de traitement des résultats, autres charges (formation, informatique, communication) ;
- le coût complet du dépistage du cancer colorectal (charges directes, charges RH).
- les charges à répartir entre le DO CS et le DO CCR : locaux, charges d'exploitation, assurances, honoraires, publicité, déplacements, impôts, charges financières, dotation aux amortissements, charges indirectes à répartir, etc.
- enfin, un tableau synthétique avec le montant des coûts complets pour chaque dépistage et la répartition des recettes de financement.

4.1.3.2. Les règles de répartition des dépenses

Les règles de financement déterminées par la circulaire permettent de distinguer les dépenses imputables à l'Etat et à l'Assurance maladie. On rappellera les règles initiales avant d'examiner celles qui sont actuellement en vigueur en 2017.

◆ Les règles initiales de financement des dépistages organisés

Pour le cancer du sein, avant 2008, l'Assurance maladie prenait en charge :

- en totalité, la rémunération de la seconde lecture selon le mode de calcul suivant :
Population dépistée en N-1 × 98 % × 4 euros (tarif plafond⁵⁹)
- les frais de gestion de la structure à raison d'un coût de 9 € par population dépistée⁶⁰.

La délégation de l'Etat couvrait, en complément de la dotation de l'Assurance maladie, le financement de l'activité en complément du forfait de 9 + 4 euros par mammographie réalisée. La part des deux institutions se calcule automatiquement dans APACCHE.

Pour le cancer colorectal, dans la limite de son enveloppe nationale, l'Assurance maladie prenait en charge avant 2017 :

- à 100 % les tests au gâïac avec un plafond de 2,87 euros par test ;
- à 100 % la lecture du test par un laboratoire avec un plafond de 4,50 euros ;
- 50 % des « charges de fonctionnement » liés au dépistage organisé du cancer colorectal après déduction des autres financements.
- l'indemnisation des médecins généralistes pour la remise du test au gâïac à leurs patients : cette recette versée par la CPAM n'est pas perçue par les structures de gestion et ne doit donc pas figurer dans le budget prévisionnel.

L'Etat prenait à sa charge 50 % des « charges de fonctionnement » liées au dépistage organisé du cancer colorectal après déduction des autres financements (département).

Lorsqu'une structure de gestion organise les deux programmes de dépistage (sein et côlon), le coût total DO CCR était égal au coût complet DO CCR + 50 % du coût complet SG, idem pour la partie DO CS).

Le budget de l'ADECA 75 incluait donc des dépenses neutralisées par des remboursements calculés en fonction de l'activité (lecture des mammographies, participation aux frais de gestion avec un montant fixe par personne dépistée, achat des tests au gâïac).

◆ Les modifications opérées

Depuis 2008, l'Assurance maladie prend à sa charge en totalité le coût de la seconde lecture des mammographies de dépistage du cancer du sein selon le calcul ci-dessus (98 % des dépistées X 4 €). En pratique la dépense est payée à l'ADECA 75 sur présentation de facture.

Il est ensuite simplement indiqué par la circulaire de 2017 que « *le coût du dépistage du cancer du sein est réparti entre l'ARS et l'Assurance maladie* ».

Selon les indications de l'ADECA 75, une fois imputée le coût de la seconde lecture, le reste des dépenses imputables au dépistage du cancer du sein est donc pris en charge à parts égales par l'Etat et l'Assurance maladie, déduction faite des subventions des autres financeurs (donc celle du département de Paris). L'Assurance maladie finance le dépistage selon une clé de répartition entre ses régimes (85 % régime général, 7 % régime agricole, 4 % régime des indépendants, 4 % autres régimes).

⁵⁹ Dans les budgets de l'ADECA 75, il est indiqué que le Département de Paris prend en charge un « complément de rémunération » de 0,5 € par mammographie lue (autrement dit la subvention couvre ce complément mais le calcul n'est pas explicité dans la demande de subvention, ni dans la convention ADECA 75-département).

⁶⁰ La convention ADECA 75-Caisses d'assurance maladie du 19 février 2003 indique que les organismes signataires subventionnent 13 € par femme dépistée.

Pour le cancer colorectal, le passage au test immunologique en 2015 a eu pour conséquence la signature d'un marché par la CNAMTS avec un prestataire unique (groupement CERBA-DAKLAPACK) et une participation directe de l'Assurance maladie aux dépenses :

- l'achat des kits de dépistage est directement assuré par la CNAMTS auprès du fournisseur ;
- les frais d'analyse des tests par le laboratoire sont directement réglés par le régime d'assurance maladie de la personne dépistée.

Les structures n'ont donc plus à prendre en charge ces dépenses, ni les frais d'affranchissement des prélèvements vers les laboratoires. Avant 2015 les tests étaient achetés par l'ADECA 75 et conditionnés par un Centre d'aide par le travail, puis envoyés aux médecins, avant remboursement par l'Assurance maladie. La circulaire annonce donc une réduction de 7 % de subventions de fonctionnement des structures de gestion en 2017 pour tenir compte de cette prise en charge et des réductions de crédits du fonds national de prévention inscrits dans la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour 2014-2017. La CNAM prévoit de reprendre en charge l'envoi des invitations en 2018.

◆ Le calcul pratique

- Les dépenses sont saisies dans APACCHE ;
- En fonction du nombre de deuxièmes lectures et jusqu'en 2017 d'achat et de lectures de tests, APACCHE calcule le remboursement de l'Assurance maladie ;
- La subvention du Conseil de Paris est soustraite (elle comprend les dépenses hors cahier des charges : deuxième lecture et à une époque coût du visiteur médical) ;
- C'est seulement à ce stade que les dépenses relatives au coût de fonctionnement des dépistages se répartissent à parts égales entre l'Etat et l'Assurance maladie.

On remarque donc que les sommes versées par le département s'imputent sur les « autres financements » et non sur les sommes dues par l'Etat⁶¹.

En fait selon [.....] de la CNAM, pour déterminer la part de l'Assurance maladie, on part de l'existant et on applique un taux directeur. C'est en 2010 après l'achèvement du processus de montée en charge des dépistages qu'on a introduit le taux directeur, donc on est parti du budget 2010. Pendant longtemps on a pratiqué une augmentation de 2 %, puis l'an passé a été opérée une baisse de 7 %. On retire du budget les contributions facultatives (départements), puis on peut prendre deux options pour réaliser le dialogue de gestion : application du taux directeur ou discussion sur le « budget vérité » de la structure.

4.1.3.3. Les modalités de financement

Une fois les montants des contributions arrêtés, les crédits sont versés en plusieurs étapes :

Pour l'Etat selon les termes de l'instruction de 2017 :

- 80 % du montant annuel de la subvention prévisionnelle acceptée pour 2017 à l'issue du dialogue de gestion donc en mai ;
- le solde de 20 % en novembre 2017 en fonction des ressources de la structure et après examen de leur situation financière en liaison avec l'Assurance maladie.

⁶¹ Une demande de modification de cette répartition pour que la Ville assume 50 % des charges dues par l'Etat puisqu'il s'agit de crédits délégués avait été repoussée en 2009 (courrier de la DRASS à l'ADECA 75 du 26 novembre 2009) : cela aurait abouti à une augmentation de la contribution de l'Assurance maladie.

De façon relativement surprenante, le ministère indique que « *les subventions de fonctionnement versées aux structures de gestion par les ARS et l'Assurance maladie complètent les ressources dont elles disposent* ». En effet, l'ordre des priorités est inversé par rapport à la citation du cahier des charges sur le même sujet. Il est vrai qu'à Paris le département est le contributeur essentiel (46 % des ressources). De fait, la circulaire traite longuement de l'hypothèse du désengagement d'un contributeur et des moyens d'y faire face (ajustement du fonds de roulement en fonction du niveau de la trésorerie et en particulier du versement des fonds ARS/AM, prélèvement sur le fonds de roulement). La circulaire envisage la révision du solde de la dotation (20 % des crédits) en fonction de la dépense réelle de l'année précédente et des comptes certifiés (qui ont normalement été transmis en mai). Le ministère invite les ARS à garder des contacts étroits avec les financeurs locaux pour connaître leurs intentions.

Il ressort donc de ces développements que la structure doit être sollicitée en priorité en cas de retrait d'un contributeur local et que l'ensemble des dépenses doit être justifié.

Pour la CNAM, le versement de la dotation se fait avec deux avances, étant entendu que les versements sont calculés sur 80 % de l'année précédente (avec rattrapage sur le solde ce qui permet d'imputer la diminution de la subvention d'une année sur l'autre :

Mars : 40 %	Juillet : 40 %	Solde en décembre : 20 %
-------------	----------------	--------------------------

◆ Les restrictions et préconisations budgétaires

Les investissements supérieurs à 500 € sont financés par l'ARS et l'Assurance maladie de manière différée par le paiement des dotations aux amortissements.

Les dépenses de personnel devront respecter l'évolution de la grille indiciaire de la fonction publique en l'absence de convention collective ou d'accords locaux.

En outre, la circulaire prévoit que les activités spécifiques de la structure de gestion qui n'entrent pas dans le cahier des charges doivent figurer dans un « budget annexe de la structure de gestion » : ces dépenses hors cahier des charges ne seront pas financées sur les crédits de l'Etat et de l'Assurance maladie :

- autre dépistage ;
- 3^e lecture de clichés de radiologie ;
- 3^e relance des patients ;
- rémunération des anatomo-cytopathologistes ;
- rémunération des professionnels de santé ;
- contrôle de qualité des cabinets de radiologie ;
- formation des radiologues, manipulateurs et des secrétaires en radiologie.

Les activités de recherche, expérimentation, ou d'évaluation peuvent être financés dans le cadre des appels à projet organisés par l'INCa.

Il a été demandé de façon réitérée dans les circulaires ministérielles que les dépenses de communication soient plafonnées à 20 000 €, compte tenu des campagnes médiatiques nationales organisées par l'Etat, l'INCa mettant gracieusement à la disposition des structures les supports de campagne.

Ces dépenses sont inscrites à hauteur de 10 000 € par type de dépistage dans les budgets successifs de l'ADECA 75.

4.2. Le compte de résultat : produits et charges

4.2.1. Évolution du résultat comptable

Tableau 41 : Comptes de résultat ADECA 75

	2013	2014	2015	2016
Prestations de service				
Produit des activités annexes				
Subvention	1 999 497	2 005 206	1 844 139	1 730 725
Report des ressources non utilisées	-	18 451	2 465	158 493
Reprises sur prov. et transferts de charges			7 703	
Autres produits	3 194	1 501	392	1 982
Total Produits d'exploitation	2 002 691	2 025 158	1 854 699	1 891 200
Autres achats et charges externes	1 356 482	1 284 166	1 089 473	1 214 113
Impôts, taxes et versements assimilés	51 358	30 984	30 801	41 887
Charges de personnel	570 797	509 445	527 807	621 601
Dotations aux amortissements	42 365	44 990	44 726	36 365
Dotations aux provisions	15 972	14 695	-	14 988
Engagement à réaliser sur ressources affectées	-	120 000	191 277	
Autres Charges	300	51	-	201
Total Charges d'exploitation	2 037 274	2 004 331	1 884 084	1 929 155
RESULTAT D'EXPLOITATION	- 34 583	20 827	- 29 385	- 37 955
Produits financiers	-	-	-	
Charges financières	-	-	-	
RESULTAT FINANCIER	-	-	-	-
RESULTAT COURANT AVANT IMPÔT	- 34 583	20 827	- 29 385	- 37 955
Produits exceptionnels	8 474	-	64 325	7 188
Charges exceptionnelles	4 635	15 756	3 000	
RESULTAT EXCEPTIONNEL	3 839	- 15 756	61 325	7 188
RESULTAT NET	- 30 744	5 071	31 940	- 30 767

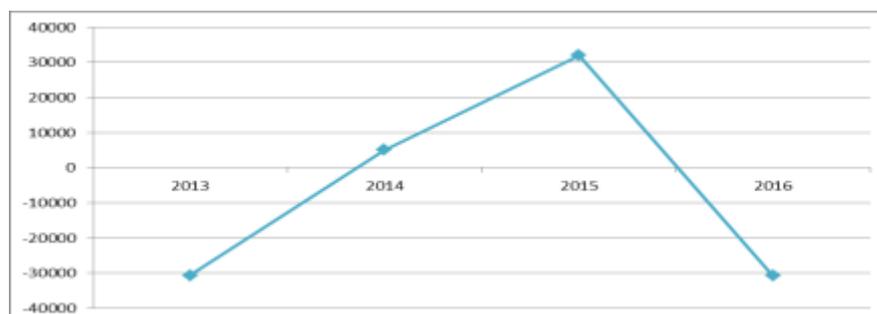
Source : Comptes annuels ADECA 75

Tableau 42 : Évolution du résultat comptable ADECA 75

	2013	2014	2015	2016
Résultat comptable	-30 744,00	5 071,00	31 940,00	-30 767,00
Total des produits	2 011 165,00	2 025 158,00	1 919 024,00	1 898 388,00
Total des charges	2 041 909,00	2 020 087,00	1 887 084,00	1 929 155,00

Source : Comptes annuels ADECA 75

Graphique 6 : Évolution du résultat comptable de l'ADECA 75



Source : Comptes annuels ADECA 75

Le compte de résultat de l'ADECA 75 est constitué pour l'essentiel d'éléments d'exploitation, les éléments financiers étant inexistantes et les éléments exceptionnels peu importants.

Les résultats comptables observés sur les quatre années étudiées sont très hétérogènes et dépendent beaucoup des montants des subventions perçues et de la maîtrise de certains postes de dépenses, comme le montre l'analyse des écarts entre budgets prévisionnels et réalisés.

Tableau 43 : Comparatif budget prévisionnel et réalisé

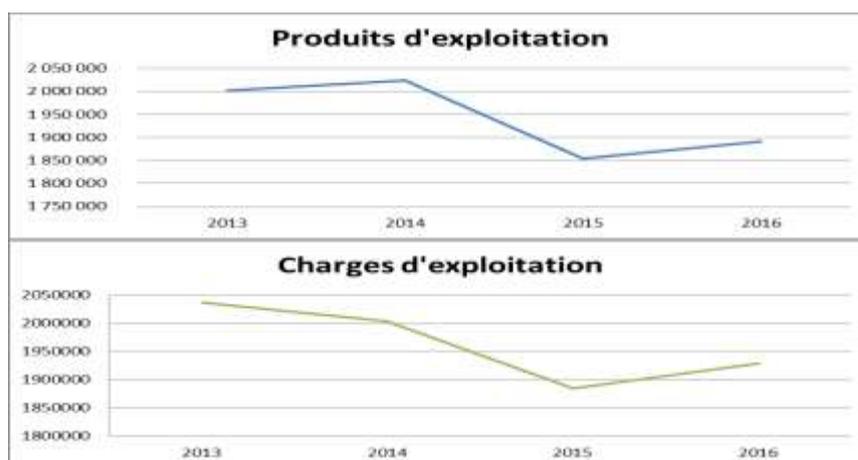
	2013		2014		2015		2016	
	Budget	Reel	Budget	Reel	Budget	Reel	Budget	Reel
CHARGES	2 207 324	2 041 909	2 163 516	2 020 087	2 167 554	1 887 084	1 829 854	1 929 155
Autres achats et charges externes	1 529 847	1 356 482	1 486 839	1 284 166	1 458 916	1 089 473	1 157 130	1 214 113
Impôts, taxes	48 100	51 358	47 500	30 984	47 500	30 801	28 000	41 887
Charges de personnel	589 644	570 797	589 644	509 445	617 005	527 807	628 255	621 601
Charges financières	500	-	300	-	300	-	350	-
Charges exceptionnelles	-	4 635	-	15 756	-	3 000	-	-
Dotation aux amortissements et provisions	39 233	58 337	39 233	59 685	43 833	44 726	16 119	51 353
Autres charges	-	300	-	120 051	-	191 277	-	201
PRODUITS	2 207 323	2 011 165	2 163 516	2 025 158	2 167 554	1 919 024	1 829 854	1 898 388
Subventions d'exploitation	2 207 323	1 999 497	2 163 516	2 005 206	2 167 554	1 844 139	1 829 854	1 730 725
Autres produits	-	3 194	-	19 952	-	10 560	-	160 475
Produits financiers	-	-	-	-	-	-	-	-
Produits exceptionnels	-	8 474	-	-	-	64 325	-	7 188

On retombe sur les chiffres de résultat :

	2013	2014	2015	2016
Ecarts / charges	- 165 415	- 143 429	- 280 470	99 301
Ecarts / produits	- 196 158	- 138 358	- 248 530	68 534
Ecart total	- 30 743	5 071	31 940	- 30 767

Source : Budgets et comptes annuels ADECA 75

Tableau 44 : Évolution des produits et des charges d'exploitation de l'ADECA 75



Source : Comptes annuels ADECA 75

L'année 2014 a ainsi été marquée par un résultat d'exploitation bénéficiaire de 20 827 € grâce à une diminution de 5 % des achats et charges externes et une baisse de 11 % des charges de personnel (Cf. détail des évolutions des charges dans les chapitres suivants). Le rapprochement entre le budget prévisionnel et le budget réalisé fait apparaître un équilibre sur l'année 2014.

Les années 2013 et 2016 sont marquées par une exécution en perte due à une surestimation des subventions à percevoir.

En 2015 l'exécution dégage un résultat positif avec des montants de charges beaucoup moins importants que prévus du fait de l'interruption de l'activité sur le cancer colorectal. Le bénéfice de 31 940 € est dû au produit exceptionnel de 64 325 € correspondant pour grande partie à une régularisation de subvention de la CPAM.

L'association a subi une perte de 30 767 € en 2016. En fait une perte potentielle d'environ 168 000 € était attendue mais a été compensée par une reprise sur fonds dédiés. Elle provenait d'une insuffisance de subventions par rapport aux prévisions (65 869 €) et par un écart de 100 000 € sur les dépenses de dépistage du cancer colorectal pour laquelle les fonds dédiés avaient été réservés.

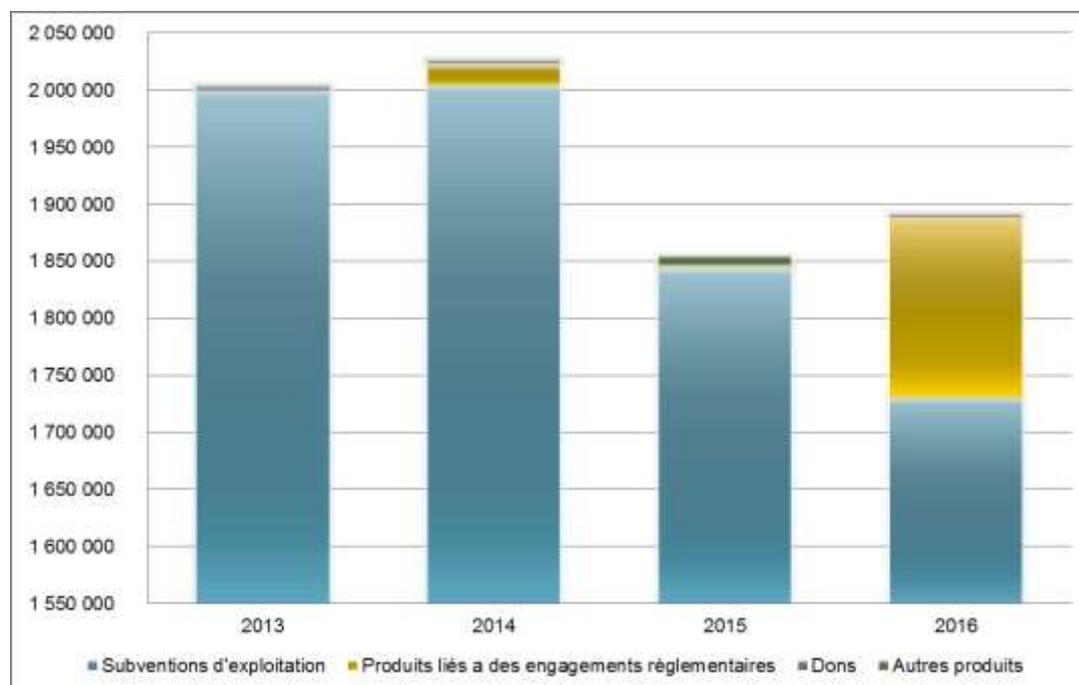
4.2.2. Répartition des produits d'exploitation

Tableau 45 : Détail des produits d'exploitation de l'ADECA 75

	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Subventions d'exploitation	1 999 497	99,84%	2 005 206	99,01%	1 844 139	99,43%	1 730 725	91,51%
Produits liés a des engagements règlementaires	-	0,00%	18 452	0,91%	2 465	0,13%	158 493	8,38%
Fonds dédiés sur activité colorectale	-	-	10 917	-	-	-	119 213	-
Reprise fonds dédiés cancer du sein	-	-	7 535	-	2 465	-	39 280	-
Dons	3 000	0,15%	1 500	0,07%	392	-	1 982	0,10%
Autres produits	194	0,01%	1	0,00%	7 703	0,42%	-	0,00%
TOTAL DES PRODUITS D'EXPLOITATION	2 002 691	100%	2 025 159	100%	1 854 699	100%	1 891 200	100%

Source : Comptes annuels ADECA 75

Graphique 7 : Répartition des produits d'exploitation de l'ADECA 75



Source : Comptes annuels ADECA 75

En quatre ans, les produits d'exploitation de l'association ADECA 75 ont subi une baisse d'un peu plus de 6 %.

Les recettes de l'association proviennent essentiellement des financements publics et parapublics puisque les subventions d'exploitation représentent en moyenne sur les quatre exercices étudiés 97 % du total des produits d'exploitation. A partir de 2015, on observe

une baisse des subventions versées de l'ordre de 8 % en 2015 puis de 14 % en 2016 par rapport à celles perçues en 2014.

Les fonds dédiés sur l'activité colorectale apparaissant sur l'année 2016 sont liés à l'utilisation des fonds mis de côté en 2014 et 2015 (cf. infra l'explication sur les engagements à réaliser).

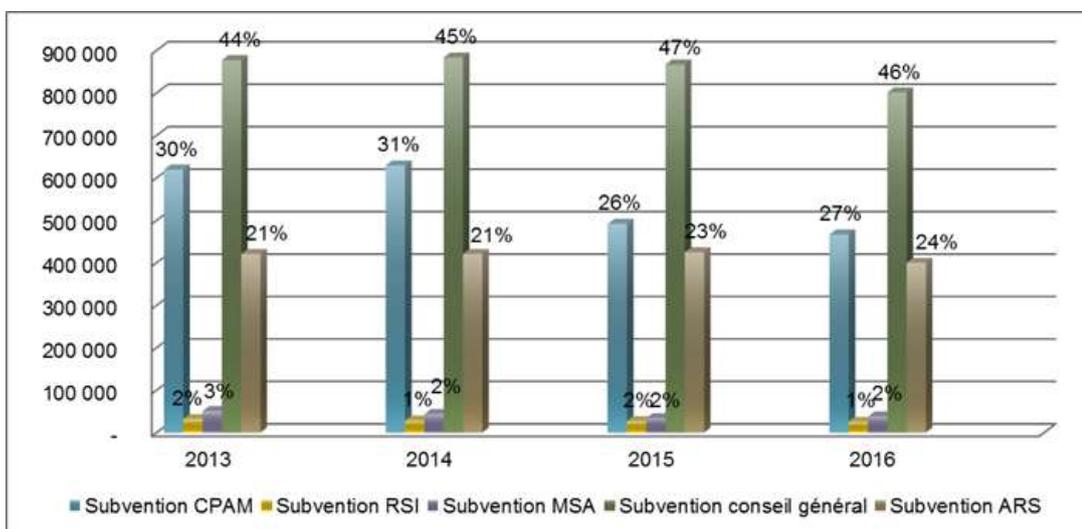
Comme le montre le tableau ci-dessous, la part la plus importante des subvention est celle du conseil départemental qui représente en moyenne 48 % de l'ensemble des aides perçues. Vient ensuite la subvention CPAM/MSA/RSI qui représente en moyenne 33 % des subventions totales. On note la diminution importante de la subvention CPAM qui passe de 619 459 € en 2013 à 466 431 € en 2016, soit une baisse de 25 %. Cette réduction s'explique par une décision de la CPAM prise au niveau national de baisser l'ensemble des subventions. La subvention de la Ville baisse de 9 % et celle de l'ARS de 5 % pendant la même période.

Tableau 46 : Détails des subventions perçues par l'ADECA 75

	2013	2014	2015	2016
Subvention CPAM	619 459	629 205	491 539	466 431
Subvention RSI	31 583	28 553	27 164	25 496
Subvention MSA	50 851	43 759	34 238	37 924
Subvention conseil général	877 074	883 158	866 627	801 000
Subvention ARS	420 530	420 530	424 572	399 874
Total des subventions d'exploitation	1 999 497	2 005 205	1 844 140	1 730 725

Source : Comptes annuels ADECA 75

Graphique 8 : Répartition des subventions perçues ADECA 75



Source : Comptes annuels ADECA 75

On peut présenter les subventions en regroupant celles versées par les différentes caisses d'assurance maladie :

Tableau 47 : Subventions perçues par l'ADECA 75

	2013	2014	2015	2016
Subvention CPAM-MSA-RSI	701 893	701 517	552 941	529 851
Subvention conseil général region IDF	877 074	883 158	866 627	801 000
Subvention ARS	420 530	420 530	424 572	399 874
Total des subventions d'exploitation	1 999 497	2 005 205	1 844 140	1 730 725

Source : Comptes annuels ADECA 75

Le rythme de versement des subventions n'est pas régulier et est variable d'un financeur à l'autre, ainsi que d'une année sur l'autre.

Tableau 48 : Echelonnement des versements de subvention à l'ADECA 75 - exercice 2017

SUBVENTIONS 2017	Montant budgété	Montant décidé/ voté	1ER T mars	2E T avril	3E T août et juillet	4E T	Total versements	Solde à venir/ montant budgété	Solde à venir/ montant décidé
Département de Paris	879553	760 000					0	879 553	760 000
ARS	432276	377503		159790	217713		377503	54 773	0
CPAM + régimes spéciaux	384726	384726		120536	120536		241072	143 654	143 654
MSA	30259	30259			11849		11849	18 410	18 410
RSI	17291	12395	12395				12395	4 896	0
TOTAL	1744105	1564883	12395	280326	350098	0	642819	1 101 286	922 064

Source : IG d'après tableaux financiers ADECA

Ainsi, sur l'année 2016, la CPAM a effectué des versements en juin puis en juillet puis le solde en décembre ; le conseil général a versé une partie de la subvention en mars puis le reste en novembre ; l'ARS quant à elle a envoyé la subvention en avril puis le solde en août. Le tableau ci-dessus incomplet car portant sur l'année en cours montre des versements à des mois différents et qui ne correspondent pas aux échéances définies par l'instruction de la DGS.

En tout état de cause, ces versements échelonnés permettent à l'association de maintenir une trésorerie positive tout au long de l'année.

4.2.3. Répartition des charges d'exploitation

Tableau 49 : Détail des charges d'exploitation ADECA 75

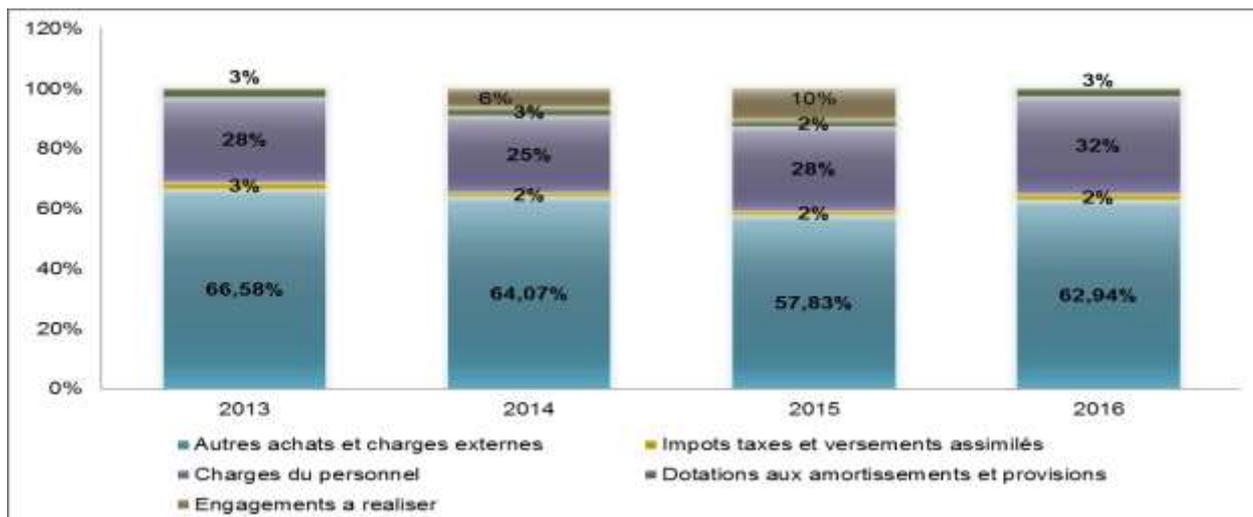
	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Autres achats non stockés	386 591	18,98%	356 033	17,76%	203 335	10,79%	201 584	10,45%
Loyer, charges locatives et entretien locaux	162 276	7,97%	161 466	8,06%	160 566	8,52%	152 762	7,92%
Assurances	5 803	0,28%	5 991	0,30%	5 719	0,30%	6 050	0,31%
Honoraires	34 305	1,68%	29 336	1,46%	26 433	1,40%	34 025	1,76%
Transport de biens et de personnes	58 374	2,87%	64 583	3,22%	80 490	4,27%	80 412	4,17%
Déplacements, missions et réceptions	5 534	0,27%	4 451	0,22%	3 557	0,19%	4 550	0,24%
Frais postaux et frais télécommunication	651 317	31,97%	602 930	30,08%	548 852	29,13%	677 692	35,13%
Autres services extérieurs	52 283	2,57%	59 376	2,96%	60 521	3,21%	57 041	2,96%
Impôts, taxes et versements assimilés	51 358	2,52%	30 984	1,55%	30 801	1,63%	41 887	2,17%
Charges de personnel	570 797	28,02%	509 445	25,42%	527 807	28,01%	621 601	32,22%
Engagement a realiser	-	0,00%	120 000	5,99%	191 277	10,15%	-	0,00%
Dotations aux amortissements	42 365	2,08%	44 990	2,24%	44 726	2,37%	36 365	1,89%
Dotations aux provisions	15 972	0,78%	14 695	0,73%	-	0,00%	14 988	0,78%
Autres Charges	300	0,01%	51	0,00%	-	0,00%	201	0,01%
Total Charges d'exploitation	2 037 275	100,00%	2 004 331	100,00%	1 884 084	100,00%	1 929 158	100,00%

En regroupant les lignes dans les principaux postes :

	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Autres achats et charges externes	1 356 483	67%	1 284 166	64%	1 089 473	58%	1 214 116	63%
Impôts taxes et versements assimilés	51 358	3%	30 984	2%	30 801	2%	41 887	2%
Charges du personnel	570 797	28%	509 445	25%	527 807	28%	621 601	32%
Dotations aux amortissements et provisions	58 337	3%	59 685	3%	44 726	2%	51 353	3%
Engagements a realiser	-	0%	120 000	6%	191 277	10%	-	0%
Autres charges	300	0%	51	0%	-	0%	201	0%

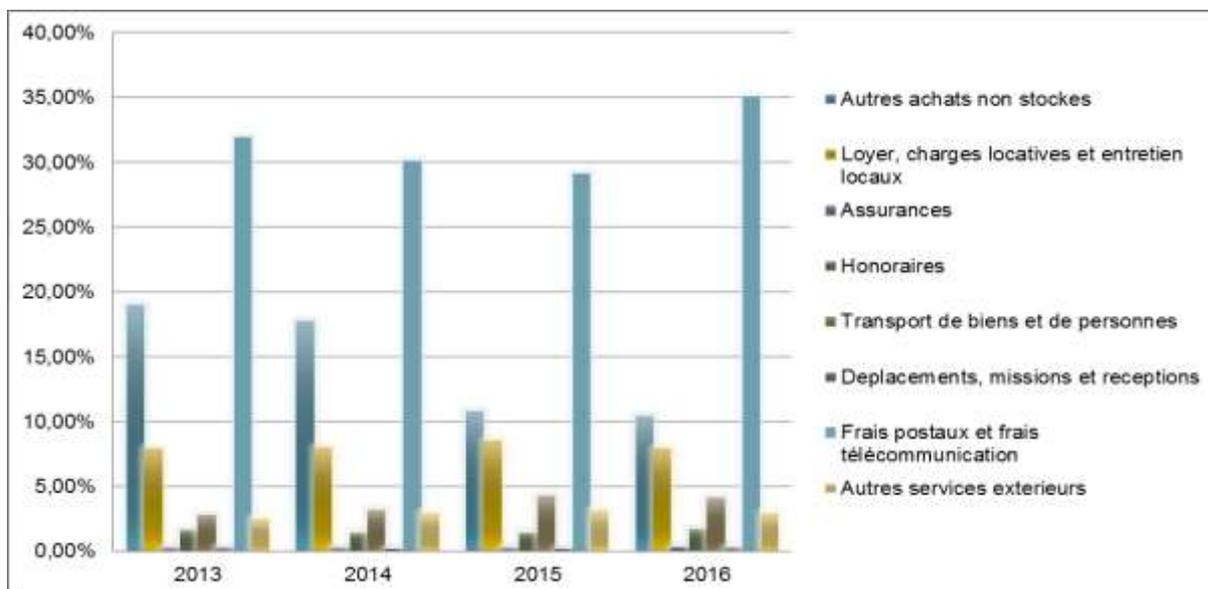
Source : Comptes annuels ADECA 75

Graphique 9 : Répartition des charges d'exploitation ADECA 75



Source : Comptes annuels ADECA 75

Graphique 10 : Détails des achats et charges externes



Source : Comptes annuels ADECA 75

Les charges les plus importantes de l'association sont les frais postaux et de télécommunication qui regroupent l'ensemble des charges liées à l'envoi des invitations aux dépistages et des tests de dépistage du cancer colorectal (678 K€ en 2016).

Comme le montre le tableau ci-dessous, les montants les plus élevés sont ceux des affranchissements (lettres de suivi, courriers aux patients, aux médecins et autres acteurs de la chaîne du dépistage) et du routage (adressage, mise sous pli des invitations et de la documentation jointe, dépôt à la Poste). Ces charges représentent en moyenne sur les quatre années 32 % des charges d'exploitation ; une négociation commune des tarifs postaux et des tarifs des routeurs pour tout ou partie des structures d'Ile-de-France aurait sans doute permis d'utiles économies d'échelle. On observe une baisse du poste frais postaux et télécommunication en 2015 de 9 % pour augmenter de 23 % en 2016. La diminution de 2015 s'explique par l'arrêt du dépistage du cancer colorectal au niveau national. Ainsi certaines charges telles que le routage des invitations et les impressions ont baissé. L'augmentation de 2016 est due à l'inverse à la reprise du dépistage avec le nouveau test immunologique.

Tableau 50 : Détail des frais postaux et télécommunication ADECA 75

	2013	2014	2015	2016
Frais postaux enveloppes T	59 124,03 €	50 012,00 €	15 008,48 €	17 099,03 €
Frais postaux machine a affranchir	116 152,39 €	127 763,00 €	136 799,05 €	111 241,59 €
Affranchissements invitations	321 600,91 €	238 858,00 €	232 138,36 €	317 489,35 €
Routage invitation	101 750,14 €	97 906,00 €	92 817,45 €	121 844,14 €
Impression invitation	25 262,51 €	65 624,00 €	58 606,01 €	71 243,77 €
Frais envoie test mèdecins	13 993,43 €	11 136,00 €	2 925,41 €	3 919,73 €
Telephone	7 061,00 €	6 476,00 €	5 985,80 €	6 223,73 €
Internet	3 246,97 €	1 968,00 €	1 967,86 €	2 000,66 €
Autres frais postaux	3 126,34 €	3 187,00 €	2 604,00 €	26 630,07 €
Total frais postaux et télécommunication	651 317,72 €	602 930,00 €	548 852,42 €	677 692,07 €

Source : Comptes annuels ADECA 75

Les frais postaux sont en partie justifiés par la nécessité d'envoi de relances, les patients ne répondant pas lors de la première sollicitation. Or le taux de réponse aux rappels peut s'avérer important comme le montrent les chiffres ci-dessous pour le cancer colorectal sur 2015-2016. 38 % des personnes dépistées l'ont été suite à des relances postales, celles-ci représentant 44 % du total des invitations. Les chiffres sont comparables pour le cancer du sein (30 % de relances) Sur les neuf premiers mois de 2017, les dépistages suite à relance sont deux fois plus nombreux que ceux qui font suite à l'invitation : 19 000 contre 8600). Elles sont donc à la fois utiles et coûteuses, et il convient de s'interroger sur le moyen de donner un meilleur impact au premier courrier (des appels téléphoniques ou l'envoi de SMS comme l'a pratiqué l'Assurance maladie constituent une piste).

Tableau 51 : Invitations pour le dépistage du cancer colorectal 2015-2016

CCR 2015-2016	Nombre	% du total
Nombre d'invités	659 739	56 %
Nombre de relances	510 642	44 %
Nombre total d'envois	1 170 201	100 %
Nb de personnes dépistées suite à l'invitation	53 768	62 %
Nb de personnes dépistées suite à la relance	32 848	38 %
Nombre total de personnes dépistées	86 626	100 %

Source : ADECA 75

Les charges de personnel représentent en moyenne 28 % des charges d'exploitation. Ces charges augmentent en 2016 avec le retour à l'emploi à temps plein d'un médecin coordinateur.

Le poste autres achats et charges externes est essentiellement constitué des charges liées aux radiologues deuxièmes lecteurs d'un montant de 180 733 € en 2016. On trouve également dans ce poste de dépense les frais d'électricité et les achats de fournitures.

Les charges imputables aux locaux utilisés par l'association font l'objet De développements ci-dessous.

Les honoraires concernent pour majeure partie les honoraires du cabinet comptable en charge des comptes de fin d'année ainsi que les honoraires du commissaire aux comptes.

Les transports de biens et de personnes regroupent l'ensemble des frais de la société de coursiers qui assure la liaison avec les radiologues sur Paris et sur les autres départements. Les coursiers vont ramasser dans les autres structures franciliennes les mammographies des Parisiennes qui les ont réalisées chez un radiologue situé extra muros, et les coursiers portent à ces structures les mammographies réalisées à Paris par des résidentes non parisiennes. En effet la deuxième lecture doit être faite dans le département de résidence. Ces échanges font l'objet d'une tarification spécifique du coursier et d'un

décompte précis : en 2017, sur 10 mois, 776 mammographies avaient été reçues d'autres départements (une partie est envoyée par courrier) et 8729 avaient dû être retournées dans les structures. Les frais encourus, évalués à 14 000 €, ne sont pas facturés par l'ADECA 75 aux autres structures, ce qui aurait pu être envisagé puisque le poste « transports » passe en 4 ans de 58 000 à 80 000 €.

Les engagements à réaliser en 2014 et 2015 sont liés à l'arrêt du dépistage organisé du cancer colorectal au niveau national. De ce fait les fonds perçus par les différents organismes et qui ne sont pas utilisés sont placés dans ce compte.

4.3. Structure financière : le bilan et la trésorerie

L'association ADECA 75 a une situation financière très saine. En effet, elle dégage sur les quatre années étudiées un fond de roulement positif qui constitue un excédent de ressources permettant de financer son activité à court terme. Sur 2016, le fond de roulement permet de financer l'activité de l'association pendant 176 jours soit quasiment six mois de fonctionnement.

Tableau 52 : Structure financière de l'ADECA 75

	2013	2014	2015	2016
Capitaux permanents	882 053	1 003 367	1 202 040	1 020 581
- actif immobilisé	184 790	149 897	110 280	78 298
FOND DE ROULEMENT	697 263	853 470	1 091 760	942 283
Actif circulant	299 346	290 173	171 432	178 838
- dettes à court terme	268 531	260 389	218 180	214 586
BESOIN EN FOND DE ROULEMENT	30 815	29 784	- 46 748	- 35 748
Fond de roulement	697 263	853 470	1 091 760	942 283
- besoin en fond de roulement	30 815	29 784	- 46 748	- 35 748
TRESORERIE NETTE	666 448	823 686	1 138 508	978 031
	2013	2014	2015	2016
Charges de fonctionnement annuelles	2 037 275	2 004 331	1 884 084	1 929 158
Charges de fonctionnement journalières	5 659	5 568	5 234	5 359
Fond de roulement en jours de fonctionnement	123	153	209	176
Trésorerie en jours de fonctionnement	118	148	218	183

Source : Comptes annuels ADECA 75

Le besoin en fond de roulement est faible en 2013 et 2014 et devient négatif en 2015 et 2016. L'association n'a donc aucun besoin à financer.

La trésorerie, quant à elle, est très confortable (près d'un million d'euros) et représente en 2016 183 jours de fonctionnement, soit un peu plus de six mois d'activité. Une norme admise en matière de bonne gestion et d'équilibre financier est de disposer en réserve d'une trésorerie située entre 60 et 90 jours de charges d'exploitation : la direction des finances et des achats admet pour le type de structure privée auditée un seuil de trois mois d'activité. En dessous de cette fourchette, il est nécessaire de recourir à des avances de trésorerie ou de payer des agios bancaires. La Caisse primaire d'assurance maladie écrête la subvention lorsque la trésorerie dépasse 6 mois de fonctionnement (soit 180 jours). La circulaire ministérielle du 3 mars 2017 recommande quant à elle de fixer un seuil de quatre mois de fonctionnement pour le fonds de roulement. Ces limites sont donc dépassées par l'ADECA 75.

L'association ne réalise pas de placements financiers, ce qui est pratiqué par d'autres structures de la région, mais selon l'instruction ministérielle « *seuls les placements à capital sécurisé sont autorisés* ».

Dans sa réponse au rapport provisoire, le président de l'association souligne que l'association est obligée de recourir à ses réserves du fait de la baisse considérable des subventions depuis 2014. Il estime que la situation financière saine et la trésorerie qui ont permis de faire face à cette baisse jusqu'en 2017 se dégradent fortement en 2017 et 2018.

Les comptes 2017 n'entraient pas dans le cadre de l'audit réalisé pendant le second semestre de l'année et la situation en 2018 n'a pas non plus examinée, mais il est exact que la subvention parisienne a connu à nouveau une diminution en 2017 (760 000 € au lieu de 801 000 € en 2016). Le constat opéré en 2017 sur les exercices achevés reste celui d'une trésorerie abondante ; quant aux réserves, elles sont par construction issues des surplus des subventions attribuées les années précédentes par les collectivités publiques.

4.4. Les résultats analytiques et les coûts de gestion

4.4.1. Résultats analytiques

Le tableau ci-dessous permet la répartition des charges et des produits en fonction de l'activité.

Tableau 53 : Résultat par secteur d'activité

		Charges	Produits	Résultat	Résultat total
2013	Cancer Colo-rectal	830 385,62	955 199,01	124 813,39	-30 744,24 €
	Cancer du sein	804 329,12	1 044 298,08	239 968,96	
	Structure	407 195,04	11 668,45	-395 526,59	
2014	Cancer Colo-rectal	732 412,14	953 317,60	220 905,46	5 070,23 €
	Cancer du sein	898 561,20	1 088 667,21	190 106,01	
	Structure	405 941,24	-	-405 941,24	
2015	Cancer Colo-rectal	525 989,59	742 898,31	216 908,72	31 939,73 €
	Cancer du sein	957 326,23	1 142 486,65	185 160,42	
	Structure	403 768,72	33 639,31	-370 129,41	
2016	Cancer Colo-rectal	564 866,33	751 690,60	186 824,27	-30 767,29 €
	Cancer du sein	981 405,05	1 137 526,61	156 121,56	
	Structure	382 882,94	9 169,82	-373 713,12	

Source : Balances analytiques ADECA 75

La répartition analytique des charges nous permet de dégager un coût par femme dépistée du cancer du sein, qui est en moyenne d'environ 22,5 € sur la période avec une augmentation sensible sur 4 ans (+ 18,5 %), ainsi que le coût par femme invitée qui est en moyenne de 5 €.

Tableau 54 : Calcul de coût d'un dépistage du cancer du sein

	2013	2014	2015	2016
Nombre de femmes dépistées	39 723	40 277	41 002	40 918
Charges cancer du sein (€)	804 329	898 561	957 326	981 405
Coût par femme dépistée (€)	20,25	22,31	23,35	23,98

Source : Balances analytiques et rapports d'activité ADECA 75

Tableau 55 : Evolution du coût des femmes invitées dans le dispositif de DOCS

	2013	2014	2015	2016
Nombre de femmes invitées	161 772	176 718	175 195	205 719
Charges cancer du sein (€)	804 329	898 561	957 326	981 405
Coût par femme invitée (€)	5,0	5,1	5,5	4,8

Source : Balances analytiques et rapports d'activité ADECA 75

4.4.2. Les points en débat : le problème du loyer et la comparaison des coûts de gestion présentée par l'ADECA 75

4.4.2.1. Les locaux de l'association

La DASES s'interroge sur le poids du loyer des locaux dans le budget de l'ADECA 75, qui représente près du quart du montant de la subvention départementale, et pense qu'une économie serait possible sur ce poste.

L'association a déménagé en 2011 de locaux situés 3 place Adolphe Chérioux (15^e), pour le 82 rue Beaubourg (3^e). Les locaux situés au sixième étage d'un bâtiment de la CPAM de Paris étaient mis à disposition de l'ADECA 75 à titre gratuit. Le 25 juin 2009, la CPAM a indiqué à l'association qu'elle souhaitait récupérer les locaux concédés et a réitéré cette demande en laissant à l'association jusqu'à la fin du premier semestre 2011 au plus tard pour libérer les lieux.

Le dossier sur le déménagement transmis par l'ADECA 75 montre que des recherches sérieuses de relocalisation ont été effectuées en deux temps :

- un projet d'accueil sur le site de l'Hôtel-Dieu, plusieurs localisations et montages financiers ayant été envisagés.

Ce projet a échoué, les locaux proposés par l'AP-HP étant en définitive inadaptés à l'activité de l'ADECA 75 et lui faisant supporter le paiement des travaux et un loyer non différé ;

- une fois ce projet écarté, une recherche dans le secteur privé avec plusieurs visites dans plusieurs quartiers parisiens.

L'association n'a pas fait appel aux services de la Ville de Paris pour se reloger. Il existe sur le site Internet de la Ville une Commission d'Attribution des Locaux Associatifs (CALAss) dépendant de la DDCT (direction de la démocratie, des citoyen.ne.s et des territoires), mais elle n'était vraisemblablement pas en fonction en 2011 (la DDCT n'a pas répondu à nos sollicitations), et de toute façon les demandes de locaux associatifs à Paris dépassent de loin le nombre de locaux disponibles.

Le bail de location triennal consenti le 17 mai 2011 par la société civile de placement immobilier [.....] représentée par [.....] est de type commercial et est entré en avril 2017 dans sa dernière période triennale. Il comporte des bureaux de 279 m² situés au quatrième étage du 82 rue Beaubourg pour un loyer de 97 650 € HT HC, et un local archives pour 1200 € HT HC, ainsi qu'un emplacement de stationnement au troisième sous-sol (article VIII-1° du bail).

Les locaux comprennent trois grands bureaux paysagers (2 X 4 et 1 X 2 personnes par bureau), le bureau du directeur administratif, le bureau du médecin coordinateur, un bureau vacant (servant aux rangements) et une pièce de stockage, une salle de réunion de taille moyenne (12 personnes) et une grande pièce équipée de trois négatoscopes à enrouleurs où sont relues les mammographies.

Selon les données communiquées par l'ADECA 75, les locaux sont dévolus pour 79 m² aux activités administratives (28 %), pour 50 m² aux activités de dépistage du cancer colorectal (18 %), et pour 150 m² au dépistage du cancer du sein (54 %).

Les rapporteurs ont comparé les superficies occupées par les agents à celles qui sont recommandées par la norme NF X 35-102 sur les surfaces minimales et les aménagements des postes de travail (10 m² par personne, 11 m² pour ceux en « open space » = bureaux paysagers). Etant donné que la majorité des agents travaillent en open space, au total les surfaces attribuées sont plutôt inférieures à celles recommandées par la norme (- 5,88 m²). Mais en plaçant un agent situé en open space, par exemple un cadre, dans le bureau actuellement non occupé, la norme serait respectée et même dépassée (+ 5,12 m²). Retenons donc que les normes sont sensiblement respectées (certains bureaux sont trop grands, d'autres légèrement trop petits)⁶².

L'indemnité d'occupation des locaux CPAM était valorisée à 91 500 € pour 431 m² dans la convention Ville-Etat de 2005, mais les documents postérieurs émanant de l'ADECA 75 (Fiche « Déménagement ADECA 75 ») font état d'un loyer estimé de 106 103 € plus des charges de 14 700 €, soit au total 120 803 € en 2009, ce qui est inférieur de 25 % aux 158 000 € de 2016 (loyer + charges), pour une superficie supérieure de 35 %.

L'ADECA 75 fait observer que le loyer de 182 400 € en 2015 correspond à plusieurs postes :

. Le loyer lui-même de :	128 000 € par an, soit 10 550 € par mois, soit pour 279 m ² : 37,8 €/m ² par mois ;
. Les charges :	30 100 € ;
. Le parking	1 600 € ;
. L'entretien et le nettoyage :	10 200 € ;
. Les impôts locaux :	13 000 €.

Le déménagement est intervenu en dehors de la période sous revue et il n'y a pas lieu d'en contester l'opportunité, justifiée par le souhait de la CPAM de récupérer ses locaux qui n'étaient pas loués au prix du marché. Le transfert du siège a été voté à l'unanimité lors du conseil d'administration du 15 juin 2011, donc avec l'accord des représentants de la collectivité parisienne.

Le coût du déménagement d'environ 150 000 € tient compte des frais d'installation dus aux contraintes de la seconde lecture qui comprend l'installation technique spécifique des mammographes.

L'ADECA 75 a donc trouvé un espace de bureaux de bon standing, dans un quartier central facilement accessible (transports en commun, réseau viaire). Si elle ne reçoit pas de public, on peut admettre ses arguments d'un endroit accessible facilement pour les coursiers qui amènent les mammographies à partir de la centaine de cabinets de radiologie disséminés sur le territoire de Paris et de banlieue, et pour les radiologues qui viennent des différents quartiers de Paris et de banlieue procéder aux secondes lectures.

Selon une note de conjoncture sur l'immobilier d'entreprise d'une société spécialisée portant sur le 1^{er} semestre 2015, le loyer moyen en hors taxes hors charges au m² dans le secteur Paris Est était de 392 €, soit 32,6 €/m² mensuel, et 445 € pour le secteur Paris Ouest, soit 37 €/m² mensuel. Le loyer proprement dit serait donc inférieur à la moyenne du marché parisien pour une surface équivalente (36 €/m² mensuels hors taxes, l'association n'étant pas fiscalisée). Le niveau intrinsèque de loyer ne semble donc pas excessif.

En ce qui concerne la surface jugée surabondante, celle-ci a été réduite du tiers par rapport aux locaux CPAM (279 m² contre 431 m², soit 152 m² de moins). Les superficies pour les agents ne sont pas excessives, et la salle de lecture aménagée est indispensable (même s'il existe des projets de dématérialisation des transmissions de mammographies

⁶² Nous n'avons pas retenu les normes applicables aux espaces collectifs bruyants (15 m² par salarié), même si les agents donnent des renseignements téléphoniques, le bruit étant apparu très modéré lors de nos visites.

susceptibles de modifier les conditions de la seconde lecture⁶³). L'association ne possède pas de véhicule mais loue une place de stationnement au troisième sous-sol de l'immeuble à son bailleur ; celle-ci est réservée aux radiologues qui viennent lire les mammographies tous les jours ouvrés sur une plage variant de 11 heures à 19 heures. Il semble dangereux de supprimer cette facilité pour une économie négligeable (1200 € HT/an⁶⁴), si on observe qu'une petite moitié de ces médecins (neuf sur vingt) vient de banlieue.

Les locaux ne sont d'ailleurs pas suffisants pour stocker les archives de l'association, essentiellement les fiches d'interprétation individuelles. La société [.....] effectue une prestation pour l'ADECA 75 pour classer ses archives sur un site de conservation, pour un montant de 1500 €/an. Le contrat liant les deux entités n'a pas été fourni. L'archivage est un problème important pour les structures car l'article R.1112-7 du code de la santé publique fixe une durée minimale de 20 ans à la conservation des dossiers médicaux. L'archivage externalisé de documents avec données de santé à caractère personnel est soumis aux conditions énumérées par l'article L. 1111-8 CSP : l'hébergement doit faire l'objet d'un contrat aux dispositions définies par décret avec une société titulaire d'un agrément spécifique délivré par le ministère de la culture, ce qui est le cas de la société en question (arrêté du 16 juin 2015 publié au JORF du 7 juillet 2015, page 37⁶⁵).

En tout état de cause, la dénonciation du bail actuel, avec un préavis de douze mois et le paiement du loyer sur la période triennale restant à courir, et la nécessité de déplacer des machines fragiles avec un coût de déménagement et de réinstallation important (150 000 € en 2011) rendent illusoire l'idée d'un déménagement qui ne pourrait se concevoir que dans le cadre de la régionalisation. Cela fait partie de l'état des lieux qui est actuellement conduit par les services de l'Etat.

En conclusion, l'Inspection générale estime que si les dépenses de loyer ne sont pas négligeables, elles ne sont pas non plus déraisonnables eu égard aux surfaces nécessaires à l'activité, à la configuration des lieux et à la qualité de la localisation.

Eu égard à la position particulière de Paris dans la région d'Ile-de-France, étant donné sa population importante et sa localisation centrale, le président de l'association avait indiqué aux rapporteurs qu'il avait proposé d'accueillir dans les locaux de l'ADECA 75 la préfiguration de la nouvelle structure régionale pour voir comment mutualiser les locaux communs et organiser les antennes dans les départements.

Dans sa réponse au rapport provisoire, l'association confirme cette proposition qui permettrait d'assurer la transition en minimisant les frais et permettrait à l'équipe préfiguratrice de s'appuyer dans sa phase de démarrage sur les ressources et expertises de l'ADECA 75. Cette phase ne saurait être que temporaire et l'association indique qu'elle souhaite être accompagnée par la Ville, la CPAM et l'ARS pour envisager avec l'APHP une installation de la future structure régionale dans les locaux de l'Hôtel-Dieu pour renforcer les synergies avec le pôle santé publique-épidémiologie et le pôle ambulatoire pour le dépistage et la prévention des cancers de cet hôpital.

⁶³ Un appel à projet a été effectué par l'INCa pour expérimenter la dématérialisation des mammographies auprès des structures de gestion de Seine-Saint-Denis, des Yvelines et du Val-de-Marne. La dématérialisation amène à s'interroger sur les modalités de seconde lecture du programme (transmission sécurisée et lecture sur console qui n'est pas actuellement autorisée, sa généralisation ne pourrait avoir lieu sur la base de normes nationales de transmission, de qualité des équipements et de modalités de lecture).

⁶⁴ L'article VIII-6° du bail identifie ce montant pour des « archives » mais l'association nous a indiqué ne pas disposer d'un local archives en dehors des bureaux, il s'agit donc du parking.

⁶⁵ Arrêté du 16 juin 2015 portant renouvellement d'agrément pour la conservation d'archives publiques courantes et intermédiaires, cet agrément valant pour les données de santé à caractère personnel sur support papier, et ce quel que soit le statut des archives sur support papier, publiques ou privées, qui contiennent ces données de santé à caractère personnel, en application de l'article R. 1111-16 du code de la santé publique.

4.4.2.2. La comparaison des coûts de gestion présentée par l'ADECA 75

Dans son courrier du 14 avril 2015 à la Maire, le président de l'ADECA 75 souligne que « *la gestion rigoureuse de l'ADECA 75 lui permet d'être deux fois moins chère que les structures analogues des départements d'Ile-de-France* » selon les données comparatives ainsi présentées :

Tableau 56 : Comparaison des budgets et ETP des structures de gestion en Ile-de-France 2015

Département	Population cible	Nombre d'ETP	Population cible/ETP	Masse salariale (€)	Masse salariale/ETP (€)	Budget prévisionnel 2015 (€)	Budget/population cible (€)
77	370 000	12	30 833	740 000	61 667	1 970 000	5,3
91	300 000	8,4	35 714	451 000	53 690	1 616 385	5,4
93	380 000	12,6	30 159	754 531	59 883	2 300 000	6,1
92	382 000	10,8	35 370	515 000	47 685	1 766 000	4,6
95	300 000	11,5	26 087	557 285	48 460	1 919 014	6,4
MOYENNE	346 400	11,06	31 320	603 563	54 572	1 914 279	5,5
75	650 000	12,8	50 781	651 506	50 899	2 167 554	3,3

Source : ADECA 75

Le tableau met en rapport d'une part l'effectif de la population cible dans chaque département et d'autre part le nombre d'ETP employés par la structure locale, ainsi que son budget annuel.

Ce tableau est à l'avantage de l'ADECA 75 :

- la population cible gérée par ETP est nettement supérieure à la moyenne pour l'ADECA 75 (50 000 personnes par agent contre 31 000 en chiffres arrondis) : les 12,8 ETP de l'ADECA 75 s'occupent d'une population cible du double de la moyenne francilienne (650 000 personnes contre 346 000) ;
- la dépense par personne de la population cible dans le budget de la structure est de 3,3 € seulement pour l'ADECA 75 contre 5,5 € en moyenne pour le reste de la région.

Ce tableau est intéressant mais pose des problèmes de méthode :

- Il reste à compléter : il manque les départements 78 (Yvelines) et 94 (Val-de-Marne) ce qui risque de fausser les moyennes ;
- les chiffres ne sont pas ceux des budgets exécutés mais de prévisions (celui cité pour l'ADECA 75 n'est d'ailleurs pas celui qui figure dans les rapports annuels) ;
- le chiffre de population-cible ne correspond pas, pour Paris, à celui que l'on peut calculer sur la base du rapport d'activité 2015 (315 380 CS + 279 628 CCR = 595 008 et non 650 000, ce qui conduit à une différence de 10 %) ;
- l'exercice 2015 était atypique du fait de l'interruption de la campagne de dépistage du cancer colorectal.

Sur le fond :

- il s'agit d'un simple indicateur d'activité et non d'un indicateur de performance ;
- il conviendrait de s'assurer de la pertinence des ratios retenus car ils ne semblent pas faire partie des statistiques au niveau national, pourtant très nombreuses, tenues par Santé Publique France ;
- des critères de pondération seraient sans doute nécessaires étant donné les différences de situation entre les départements.

5. CONCLUSION : PERSPECTIVES DANS LE CADRE DE LA RÉGIONALISATION DES STRUCTURES DE GESTION

L'audit de l'ADECA 75 s'est déroulé pendant cette année 2017 dans un contexte mouvant :

- d'une part, le ministère de la santé a lancé le chantier prévu par le Plan cancer d'une réorganisation du dépistage des cancers au niveau régional.

Les structures départementales seront supprimées en tant que telles et s'intégreront dans une association ou un groupement d'intérêt public qui conservera des antennes locales, mais sans que ces dernières aient la personnalité morale. Sauf si l'ADECA 75 est choisie comme association « mère » au niveau régional, elle est donc destinée à disparaître en tant que telle, vraisemblablement en fusionnant avec les autres structures dans le cadre d'un nouveau GIP.

- d'autre part, la Ville entend réorganiser ses efforts consacrés au cancer avec la création d'une structure dédiée : sont évoquées la création d'une Mission cancer et celle d'un site ressource, avec la disparition des Accueils cancer sous leur forme actuelle (il existe ainsi une « Maison rose » à Bordeaux, sous forme associative⁶⁶).

Dans ce cadre, la Ville pourrait confirmer l'orientation déjà émise de son soutien aux actions de dépistage de manière préférentielle vers certaines populations défavorisées dans les quartiers sensibles. Cette action pourrait être effectuée par la structure qui succèdera à l'ADECA 75, qui continuera à intervenir dans le département, mais la Ville pourrait aussi choisir d'agir par le biais d'autres entités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le président de l'ADECA 75 propose que l'antenne parisienne de la structure de gestion de la structure de dépistage soit également chargée de la nouvelle Mission cancer avec ses missions d'accueil et de sensibilisation, ce qui éviterait d'avoir à créer une nouvelle structure dédiée et permettrait d'y consacrer les crédits transférés. Cette perspective mérite d'être étudiée, mais sans doute plus dans la perspective d'une association de l'ADECA 75 que d'une délégation du service, étant entendu que la Ville a récemment signé un plan local de santé qui contient un volet sur la promotion du dépistage des cancers et prévoit l'intervention de l'ADECA 75 (voir § 5.2.1.).

Après avoir exposé ce que sont les futures structures de gestion régionales et leurs échelons locaux, nous verrons dans quelle mesure et sous quelle forme la collectivité territoriale pourrait intervenir dans le cadre de la nouvelle organisation pour favoriser le dépistage dans les quartiers sensibles et auprès des populations délaissées.

5.1. Les modalités de la régionalisation du dépistage des cancers

Le Plan cancer 2014-2019 promeut la mise en place d'un schéma régional d'organisation du dispositif de dépistage dans lequel le niveau régional devra être en appui des échelons territoriaux et identifie un interlocuteur régional unique sur les programmes de dépistage auprès de l'ARS.

Ainsi, l'objectif 16 du Plan cancer 2014-2019 est d'« Optimiser les organisations pour une plus grande efficacité ». L'action 16.4 consiste à : « Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures » et prévoit de « Promouvoir dans un objectif d'harmonisation des pratiques et d'efficacité une organisation régionale des structures de gestion en appui des échelons territoriaux ».

⁶⁶ Dans sa réponse au rapport provisoire, la DASES indique que le projet de « Maison rose » est distinct du Centre ressource cancer proposé par la DASES.

Il s'agit de mettre en cohérence l'ensemble des structures de la cancérologie pour renforcer les interfaces permettant de fluidifier les structures de santé, afin de rendre le dispositif plus efficient au vu de la baisse des financements attendus (convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS sur la période 2014-2017). Le rapport de 2016 de l'INCa sur l'évolution du dispositif de dépistage des cancers prend en compte et les missions actuelles et leur évolution ainsi que les nouvelles missions (dépistage du cancer du col de l'utérus,...) pour proposer une répartition théorique entre l'échelon régional et l'échelon territorial.

5.1.1. Le constat opéré par les différentes instances de contrôle

Les interrogations sur le cadre organisationnel ne sont pas nouvelles. Dès 2009, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales demandait une nécessaire clarification des rôles dans l'organisation des dépistages. Les structures de gestion étaient considérées comme fragiles financièrement, isolées des dispositifs de cancérologie ou de santé publique (avec la difficulté de recruter un médecin coordinateur) et à l'organisation disparate, malgré les avantages que présentaient leur neutralité et leur véritable travail de mobilisation et de sensibilisation de terrain. La faible mutualisation entre les structures explique une partie du coût de fonctionnement important du dépistage organisé au regard du taux de participation obtenu. Leur financement devait être stabilisé en évitant les retards de versement des subventions ; le rôle et les missions des conseils généraux (financeurs et communicateurs) et surtout de l'Assurance maladie étaient à éclaircir. Enfin les médecins traitants devaient être davantage impliqués dans les différents types de dépistage (formation, rémunération, information sur les résultats). L'IGAS préconisait de renforcer la stratégie de pilotage national et régional avec un suivi particulier de chaque dépistage. La coordination du dispositif par un pilotage régional et la mutualisation de missions et de fonctions au niveau régional permettraient de réduire les écarts de coûts, d'harmoniser les pratiques et les systèmes d'information, d'encourager les interfaces entre prévention, dépistage et soins. Par contre, la dynamique de proximité auprès du public et des professionnels était à préserver.

Dans son rapport d'avril 2016 sur 10 ans de politique de lutte contre le cancer, le Haut Conseil de Santé Publique relevait que l'extension des missions des structures de gestion à deux autres types de cancer (cancer colorectal et du col de l'utérus) ne s'est pas accompagnée d'une harmonisation de leurs pratiques, que la tutelle (ministère et Assurance maladie), le pilotage (INCa et ARS) et les évaluations (INCa pour l'évaluation organisationnelle et InVS pour l'évaluation épidémiologique) étaient éclatées. Des appréciations critiques touchaient le manque de formation des médecins coordinateurs, d'implication des structures de gestion dans la formation des professionnels et autres acteurs, et de visibilité des structures. La nécessité de développer l'incitation au dépistage auprès du public, des médecins traitants et par une mobilisation citoyenne des organisations en capacité de toucher des populations exclues des démarches de dépistage (contrats locaux de santé) étaient soulignées.

Les recommandations portaient sur l'amélioration de la connaissance des inégalités territoriales du taux de participation pour développer des approches de proximité, l'harmonisation du fonctionnement des structures de gestion, la promotion de la formation des généralistes et du dépistage organisé dans leur pratique, l'amélioration de l'efficacité du dépistage grâce aux bilans de l'InVS et aux expériences étrangères, etc. Une stratégie claire devrait être déterminée et le pilotage et la coordination des structures responsables du dépistage renforcés.

5.1.2. Les étapes du processus de proposition pour l'évolution de l'organisation du dispositif de dépistage

La direction générale de la santé a saisi l'INCa le 21 juillet 2015 pour obtenir des éléments d'aide à la décision quant à l'évolution de l'organisation du dispositif de dépistage des cancers et de son système d'information, dans le cadre de l'organisation de la politique nationale de santé initiée par la mise en place des agences régionales de santé en 2009.

Le rapport remis en novembre 2016 par l'INCa après concertation avec les ARS, la CNAMTS et les autres acteurs du dépistage montre que l'enjeu consiste à définir une organisation plus efficiente dans ses moyens et systèmes d'information, qui doit 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).

Globalement, la mise en œuvre du dispositif dans les départements est jugée relativement satisfaisante au vu du déploiement des deux premiers dépistages organisés avec une mobilisation des professionnels de santé et une sensibilisation des populations concernées, mais elle est perfectible en raison des résultats hétérogènes obtenus et de coûts pouvant être optimisés. Les interfaces entre les acteurs doivent être améliorés pour fluidifier le parcours de santé, et l'articulation entre les niveaux territorial, régional et national être précisée. Ce constat amène à considérer une évolution, tant des missions que de l'organisation en place :

- un renforcement et une extension des missions, avec des fonctions dites « socles » identiques partout, et des fonctions « complémentaires » qui pourraient être ajustées par les ARS en fonction des besoins du territoire ;
- une dynamique de proximité à préserver et un échelon régional de pilotage relayé par un maillage territorial de dispositifs régionaux de dépistage, sur la base des nouvelles régions ; les antennes territoriales seraient en nombre plus limité que les actuelles structures de gestion.

L'évolution du dispositif entraînerait un repositionnement territorial des missions qui seraient modifiées selon le schéma-cible d'organisation suivant :

Tableau 57 : Schéma-cible de réorganisation de l'organisation des dépistages

ECHELON REGIONAL	ANTENNES LOCALES
les fonctions de supports et logistiques	la réalisation effective de la seconde lecture des mammographies
l'évaluation des programmes	les relations avec les professionnels de santé et la population-cible
l'organisation et le déploiement du système d'information unifié et permettant l'interface avec les autres SI (soins, AM, registres des cancers, SNDS)	le contrôle qualité
la coordination des expérimentations et de la recherche	
une large part de la coordination et du ciblage des actions vers la population cible	
la mission d'invitation sauf en cas de reprise au niveau national par l'Assurance maladie	
la mission de préfiguration régionale du dépistage du cancer du col de l'utérus	

Source : Rapport INCa 2016

Une labellisation des structures portant les dispositifs régionaux par l'INCa afin d'assurer une mise en œuvre harmonisée des programmes serait effectuée. La période de transition ne devra pas générer de rupture mais assurer la continuité des programmes. Les économies d'échelle dues à cette nouvelle organisation seront décalées alors que le calendrier de baisse des financements accordés aux structures de gestion (dotations des conseils départementaux et de l'Assurance maladie) est déjà établi.

5.1.3. Les directives de la direction générale de la santé

5.1.3.1. La première instruction de la direction générale de la santé : une seule entité par région et une structure juridique unique

Sur la base des propositions de l'INCa et après concertation, la DGS a transmis aux ARS une instruction n° DGS/SP5/2016/395 du 21 décembre 2016 relative à l'évolution des structures de gestion du dispositif de dépistage organisé des cancers.

L'instruction du 21 décembre 2016 rappelle que le Plan cancer 2014-2019 prévoit l'organisation régionale des structures de gestion en appui des échelons territoriaux afin d'accroître leur efficacité. Elle définit le schéma cible d'évolution de l'organisation du dispositif de dépistage en région qui doit être engagée par les agences en lien avec la direction de la coordination de la gestion du risque de l'Assurance maladie (DCGDR). L'évolution des missions (dépistage du cancer du col de l'utérus, suivi des populations à risque aggravé) implique une adaptation de l'organisation du dispositif. Celle-ci doit permettre l'amélioration du service proposé à la population et aux professionnels, l'harmonisation des pratiques, la mutualisation des moyens en gagnant en efficacité, en lisibilité et en cohérence globale du dispositif.

L'organisation actuelle de plusieurs structures par région doit évoluer en une structure régionale unique avec deux niveaux d'intervention du dispositif, régional et territorial (départemental ou interdépartemental). L'échelon régional sera « *pilote de sites territoriaux en fonction des besoins de chaque région à partir des structures de gestion déjà existantes* ». Il est donc clair que la nouvelle organisation supprime les anciennes structures de gestion mais s'appuie sur l'existant.

L'entité juridique retenue devra :

- organiser des missions de coordination régionale et des fonctions mutualisées au niveau régional ;
- organiser des missions territoriales de proximité en s'appuyant sur des sites territoriaux.

La répartition des fonctions entre les deux niveaux d'intervention est proposée, le niveau territorial étant chargé de l'information et de la formation des professionnels, de l'information des personnes dépistées et des actions de lutte contre les inégalités et enfin de relayer les actions de l'échelon régional : recueil de données, suivi de la qualité. Cette répartition n'était pas extrêmement claire, l'instruction ajoutant « *la régionalisation... doit s'accompagner du maintien d'un travail de proximité pour garantir l'efficacité de certaines missions, la mobilisation des professionnels, l'adhésion de la population et donc la participation... Il s'agit de poursuivre la dynamique créée par les structures en place* ».

Il était demandé aux ARS d'engager la démarche d'organisation du nouveau dispositif en liaison avec les structures de gestion de la région, en lien avec l'Assurance maladie et la MSA. Les aspects juridiques et organisationnels devaient faire l'objet d'un accompagnement tandis que l'INCa conduisait les travaux d'adaptation du système informatique à la nouvelle organisation. La date d'effet de la nouvelle organisation est fixée au 1er janvier 2019.

5.1.3.2. L'instruction de 2017 de la DGS : la répartition des missions entre niveaux régional et local

Une autre instruction de la DGS en date du 28 avril 2017⁶⁷ a rapidement suivi et propose le cadre organisationnel des nouveaux « centres régionaux de coordination des dépistages des cancers » (CRCDC) sur la base d'un projet de cahier des charges cible qui lui est annexé.

◆ Le cadre organisationnel

Les structures sont uniformément dénommées : « centre régional de coordination des dépistages des cancers d'Ile de France » (nom de la région) et au niveau départemental : « centre régional de coordination des dépistages des cancers d'Ile de France - Paris » (on ajoute le nom du territoire). Un nom d'usage sera défini et une charte graphique sera élaborée.

« *Chaque centre régional est une entité juridique unique constituée d'un échelon régional et de centres territoriaux* ». Il passera une convention avec l'ARS et les régimes de l'Assurance maladie pour déterminer son financement et ses modalités d'organisation et de mise en œuvre des programmes de dépistage des cancers.

Deux statuts sont proposés dans le cahier des charges : association ou groupement d'intérêt public (GIP)⁶⁸. Si une association est constituée, il est rappelé que les échelons territoriaux ne possèdent pas la personnalité morale et que la création de ceux-ci sera décidée par l'organe désigné par les statuts.

◆ Le pilotage et la gouvernance du dispositif de dépistage organisé des cancers

Le pilotage et la stratégie feront l'objet de dispositions précises qui manquaient selon les études précitées. Les programmes de dépistage organisé des cancers sont placés sous l'autorité du ministre en charge de la santé. Le pilotage stratégique est confié au directeur général de la santé en coordination avec la Sécurité sociale, les organismes d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, RSI), l'INCa et l'ANSP - Santé Publique France (ex-InVS). Le pilotage national opérationnel et technique sera assuré par l'INCa qui labellise les coordinations régionales de dépistage des cancers et assure l'évaluation organisationnelle des programmes de dépistage, l'évaluation épidémiologique restant dans les mains de Santé Publique France. Le pilote des programmes de dépistage organisé des cancers en région sera le directeur général de l'ARS en lien avec le DCGDR et les directeurs régionaux de la MSA et du RSI.

Le dispositif régional de dépistage organisé des cancers regroupe le centre régional de coordination de dépistage des cancers aux deux niveaux et l'ensemble des acteurs et professionnels qui y concourent.

⁶⁷ Instruction n° DGS/SP5/2017/143 du 28 avril 2017 relative à la mise en place des centres régionaux de coordination des dépistages organisés des cancers.

⁶⁸ Loi n° 2011-525 du 27 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit (articles 98 et suivants) et décret n°2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public.

Le GIP est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, comprenant plusieurs personnes morales de droit public, ou au moins une personne morale de droit public et des personnes morales de droit privé (mais pas de personnes physiques). Il exerce des activités d'intérêt général et n'a pas de but lucratif. La convention constitutive qui règle l'organisation et les conditions de son fonctionnement est approuvée par l'Etat. Les personnes morales de droit public ou de droit privé chargées d'une mission de service public doivent détenir la moitié de son capital ou des voix dans les organes délibérants (il peut être constitué avec ou sans capital). Il comprend obligatoirement une assemblée générale des membres et il peut être prévu un conseil d'administration.

Le fonctionnement est assuré par un directeur. Le personnel peut comprendre des agents mis à disposition par les membres, d'autres agents publics ou des personnels de droit privé recrutés directement par le groupement. Le maintien des clauses substantielles de leur contrat est prévu dans le cadre de la reprise des personnels de droit privé (art. L.1224-3 du code du travail). La transformation d'une personne morale en GIP n'entraîne ni dissolution ni création d'une personne morale nouvelle au plan fiscal et social, ce qui est de nature à faciliter les mutations. La comptabilité et la gestion sont tenues selon les règles du droit privé, sauf choix de la gestion publique, mais eu égard à ses missions de service public, l'instruction précise qu'un centre régional de coordination constitué sous forme de GIP serait régi par la comptabilité publique et son personnel soumis au droit public. Les GIP sont justiciables des juridictions des comptes.

La gouvernance du dispositif régional est confié à un comité de pilotage régional coprésidé par l'ARS et le DCGDR : il réunit au moins une fois par an des représentants des instances locales : l'ARS, l'Assurance maladie, les co-financeurs (le département de Paris y trouverait donc sa place), le CRCDC, les comités techniques. Il définit les axes de la stratégie régionale de dépistage en tenant compte du projet régional de santé.

◆ Les missions des centres régionaux de coordination de dépistage des cancers

Les missions sont décrites dans le cahier des charges annexé qui préfigure le cahier des charges définitif des CRCDC et sont résumées en annexe 12. Les échelons territoriaux appuient l'échelon régional et dans la plupart des cas contribueront à la réalisation des missions et fonctions régionales. Une répartition des actions comprises dans chaque mission entre les deux niveaux est proposée dans un tableau. La quasi-totalité des actions sont obligatoires, quelques-unes (expérimentations...) sont optionnelles. Si la mission est confiée au niveau régional, le niveau territorial apporte sa contribution, par exemple pour le suivi des personnes dépistées. Si la mission relève du niveau territorial, le niveau régional est chargé de sa coordination, par exemple pour l'information et la formation des professionnels.

Les invitations, la transmission des résultats et le suivi se feront au niveau régional. Les missions rattachées à l'échelon territorial sont les relations avec la population (information, sensibilisation, actions de lutte contre les inégalités, hors invitation et relances) et les relations avec les professionnels de santé (hors recueil et transmission de résultats), le contrôle qualité et le rôle d'alerte sanitaire. La seconde lecture des mammographies semble exclue, contrairement au premier projet de 2016.

De plus, « *en fonction des spécificités et des besoins de la région* », les missions sont soit réalisées par l'échelon régional, soit confiées par délégation à un des sites territoriaux mais qui assure alors cette fonction pour l'ensemble de la région. Ce système évite de laisser l'échelon local conserver à l'identique les attributions des structures de gestion actuelles. La préfiguration du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est calquée sur une telle organisation, l'ADOC 94 exerçant la fonction pour l'ensemble des départements franciliens.

◆ Le calendrier de déploiement de la nouvelle organisation

Fin du deuxième trimestre 2017	réalisation de l'état des lieux (RH, ratios financiers) permettant d'élaborer un projet régional d'organisation
Fin 2017 - début 2018	phase de diagnostic-analyse et propositions : volets organisationnel, juridique, économique et financier, social et RH, élaboration des travaux juridiques de projet de fusion des structures
1 ^{er} semestre 2018	publication du cahier des charges organisationnel par arrêté pour une entrée en vigueur au 1 ^{er} janvier 2019 ; élaboration par l'INCa des documents relatifs à la procédure de labellisation
2e semestre 2018	création des nouvelles entités juridiques régionales opérationnelles au 1 ^{er} janvier 2019

En Ile-de-France, pour chaque thématique (RH, gestion patrimoniale...) est organisé un dialogue entre les structures de gestion et la cellule méthodologique AM/ARS, des étapes techniques étant menées au sein de groupes de travail ou de rencontres bilatérales. Des propositions doivent être élaborées suite à l'état des lieux et au diagnostic pour conduire à l'installation du centre régional de coordination fin 2018.

L'objectif principal étant d'améliorer le taux de dépistage, la démarche doit servir à préserver les acquis existants, (démarche qualité), généraliser les bonnes pratiques spécifiques (analyses géographiques, partenariats associatifs), harmoniser par le haut le

taux de dépistage et les délais de prise en charge dans le contexte de résultats régionaux insuffisants. La structure régionale doit s'appuyer sur des équipes décentralisées composées à partir des équipes existantes. Les gains d'efficacité attendus de la régionalisation permettront de maintenir la performance du dispositif actuel et de contribuer à l'extension des dépistages.

Les travaux sont suivis par un COREG « préfiguration » (comité régional réunissant ARS, Assurance maladie et structures de gestion). Lors de la réunion des présidents de structures de la région le 3 avril 2017, il a été indiqué que pour le statut de la future entité, l'ARS et la DCGDR privilégient l'option GIP qui intégrerait dans une même structure tous les acteurs de la gouvernance notamment les actuels présidents (7 sur 8 structures sont des associations). Les présidents et médecins coordinateurs des structures de gestion ont communiqué lors de la même réunion une motion refusant la nouvelle organisation régionale et demandant le maintien des structures juridiques territoriales qui seraient gouvernées collégialement sous la forme d'une coordination régionale. Les représentants de l'ARS ont fait valoir que les instructions nationales devaient être appliquées pour ce qui est de la cible, mais il existe des marges de manœuvre sur les modalités de mise en œuvre qui font justement l'objet des groupes de travail.

5.2. La réorientation des efforts de la Ville de Paris en matière de dépistage des cancers

La disparition de l'ADECA 75 en tant que structure juridique dédiée au dépistage de cancers sur Paris semble donc inéluctable à l'horizon 2019, et l'interrogation porte donc sur le futur positionnement de la Ville de Paris vis-à-vis de la nouvelle entité régionale. Il semble en effet inutile de chercher à réorienter l'activité de l'ADECA 75 pour la durée d'un seul exercice.

L'évolution qui est souhaitée par la collectivité parisienne en matière de dépistage du cancer conduit à définir un objectif assez clair : il s'agit d'améliorer la situation des habitants des quartiers défavorisés en adoptant une communication ciblée dans certains arrondissements.

Cet objectif correspond aux orientations nationales et régionales et sa pertinence est démontrée par la réalité appréhendée de la situation parisienne.

5.2.1. Les orientations stratégiques

La volonté de mener une politique de dépistage orientée vers les populations fragiles ressort des orientations des autorités politiques et administratives parisiennes, mais aussi depuis longtemps des orientations des autorités sanitaires aux niveaux national et régional. La facilité d'accès au dépistage est en effet un élément essentiel pour augmenter le taux de participation.

◆ Les orientations nationales et régionales

Ainsi, l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi Santé de 2004 disposait que « *L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.* » L'article 34 de la loi Santé disposait expressément : « *Les mesures de dépistage du cancer porteront un programme spécifique destiné à favoriser l'approche et le suivi des populations confrontées à l'exclusion.* »

Dès avant, la circulaire DGS N°2002-21 du 11 janvier 2002 relative à la généralisation du dépistage organisé des cancers du sein soulignait qu'« *une bonne accessibilité au dépistage de l'ensemble de la population concernée, en particulier de personnes défavorisées, doit être recherchée* ».

La lutte contre les inégalités de santé relatives aux cancers sur le plan social aussi bien que territorial était absente du premier Plan cancer et le second n'a favorisé que les mesures touchant les patients en très grande difficulté sociale. Le Plan cancer pour 2014-2019 prévoit plusieurs actions ciblées à l'égard des populations en difficulté :

- « *Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage* » (action 1.7.) ce qui comprend :
 - « *Suivre et analyser spécifiquement en vue de mener des actions ciblées en lien avec les ARS, la participation aux programmes de dépistage de populations identifiées comme vulnérables ou ayant des difficultés d'accès : personnes en situation de précarité, de handicap,... personnes devant faire à des difficultés socioculturelles ou linguistiques* ».... « *produire, en lien avec les ARS, des analyses territoriales des inégalités face au dépistage des cancers par un géocodage des bases de données des programmes de dépistage, par une territorialisation des indicateurs relatifs au parcours de dépistage et par une identification des populations potentiellement moins participantes en intégrant les déterminants socioéconomiques et sanitaires...* » ;
- « *Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés* » (action 1.9.) :
 - « *apporter un soutien aux actions régionales et territoriales d'information des populations notamment celles ciblant des groupes de populations les plus éloignées du système de santé ou présentant des particularités linguistiques ou culturelles* ».

Le « Socle des propositions » présenté par l'ARS d'Ile-de-France dans le cadre du processus de régionalisation prévoit un maintien et un renforcement de la « Dynamique locale », travail à faire en lien avec tous les partenaires territoriaux dont les conseils départementaux, et qui vise deux objectifs : « *la réduction des inégalités sociales et impliquer davantage les usagers et les professionnels de santé, avec in fine une amélioration de la participation* » (compte rendu du 3 avril 2017).

◆ Au niveau parisien, la DASES et l'adjoint à la santé ont exprimé le même constat et les mêmes souhaits d'évolution

La sous-direction de la santé de la DASES a indiqué aux rapporteurs que la Ville souhaite que l'effort porte sur les populations vulnérables, et qu'il lui semblait que les modes de communication de l'ADECA 75 n'étaient pas tous adaptés faute de ciblage sur les quartiers défavorisés et d'adaptation des messages de sensibilisation aux populations vulnérables. Le courrier puis la lettre de relance ne suffisent pas et ne correspondent pas à l'approche de certaines populations. Les chiffres des contacts énoncés dans la fiche technique sont très faibles : 100 personnes touchées en quartiers Politique de la Ville en 2015 et 3620 personnes rencontrées au total (ainsi que 410 professionnels). Le Bilan 2016 conserve les mêmes ordres de grandeur : 100 personnes rencontrées en QPV, 2250 personnes touchées dans les actions grand public, 150 professionnels formés par l'ADECA 75.

Comme la DASES, l'adjoint au Maire chargé de la santé, rencontré par les rapporteurs, estime que les résultats de l'ADECA 75 sur le dépistage des cancers à Paris sont insuffisants, même s'il faut tenir compte des particularités du contexte épidémiologique parisien. L'association ne semble pas avoir de stratégie, de plan. Le sous-dépistage des populations défavorisées et le manque de liens avec les professionnels sont flagrants, même si l'ADECA 75 accomplit des actions positives, souvent menées en partenariat (participation à « Flandre rose », Côlon géant, etc.). Pour le Maire-adjoint, le rôle de l'ADECA 75 est d'être au plus proche du terrain et qu'elle se consacre essentiellement à la sensibilisation des populations-cibles et à l'action en direction des professionnels, le financement étant défini en fonction de ces objectifs, dans le cadre des accords avec l'ARS et la CPAM.

Les objectifs généraux de la Ville sont donc clairs mais on peut observer qu'ils n'ont pas été traduits dans la convention d'objectifs et que les actions de communication de

l'ADECA 75 déjà orientées vers les quartiers défavorisés reposent sur un budget contraint (un ETP et un budget de 20 000 euros par an), ce qui ne peut qu'en limiter les ambitions.

Pour sa part, le président de l'ADECA 75 a montré qu'il était sensible aux inégalités de répartition du dépistage organisé sur le territoire parisien puisqu'il a mis en place avec la CPAM le ciblage des messages SMS et par e-mail envers les femmes non dépistées.

Le contrat local de santé de Paris (CLS), dont la signature a été autorisée par le Conseil de Paris du 26 mars 2018, va dans le sens de ces orientations. En effet, ces contrats introduits par la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 et réaffirmés par la loi de Modernisation du Système de Santé du 26 janvier 2016 ont pour objectifs de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local.

Conclu pour la période 2018-2022, le CLS de Paris auquel sont parties la Ville, l'Etat, la CPAM et l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France s'appuie sur trois principes définis dans le programme régional de santé en Ile-de-France, qui sont au cœur de l'amélioration du dépistage des cancers dans la capitale :

- la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention,
- la mobilisation des politiques publiques en faveur de la prévention et de la promotion de la santé,
- l'approche territoriale comme niveau et comme levier de l'action.

Dans le cadre de l'axe stratégique des politiques qui contribuent à la santé, le plan prévoit comme objectif de « *favoriser l'accès à la prévention et au dépistage : vaccination et cancer* », et le décline ainsi :

- « *Mobiliser les professionnels et l'ensemble des partenaires autour de la promotion du dépistage organisé des cancers, en lien avec le plan "Paris contre le cancer" de la Ville et avec la structure porteuse du dépistage organisé (actuellement l'ADECA 75), la Ligue contre le Cancer et la CPAM ;*
- *Accompagner la régionalisation du dépistage organisé afin de garantir l'adéquation des stratégies territoriales de promotion du dépistage* » (objectif n° 1.10).

La fiche action n° 10 indique que les actions de dépistage devront être renforcées dans les quartiers Politiques de la Ville.

5.2.2. Esquisse des orientations à retenir pour la participation du Département de Paris aux activités de dépistages de la structure régionale

Dans le contexte actuel d'incertitude sur la future organisation du dépistage organisé et de sa répartition aux différents niveaux, seules des tendances globales peuvent être esquissées.

Un des buts de la régionalisation est d'augmenter les taux de participation, Paris est donc principalement concerné étant donné son bas taux de dépistage organisé (en dessous de 30 %).

Il n'existera plus qu'une seule structure juridique au niveau régional à partir de 2019. La Ville de Paris ne pourra favoriser que des actions se déroulant dans la capitale afin d'agir dans l'intérêt public local et aura deux options :

- conserver la compétence du dépistage des cancers déléguée par l'Etat, à moins d'un changement de la législation : cela implique la signature d'une nouvelle convention avec l'Etat qui remplacera celle de 2005 dont l'objet et les modalités sont devenues obsolètes. Il ne nous apparaît pas que la régionalisation des dépistages prive l'échelon départemental de toute pertinence comme le prouve la répartition des

compétences opérée par le cahier des charges, qui sont largement partagées aux deux niveaux ;

- renoncer à cette compétence complètement, ce qui est difficile étant donné l'implication publique récente des autorités municipale dans ce domaine et la volonté de redéfinir la politique de la Ville dans le domaine de la lutte contre le cancer.

La solution qui consisterait en une renonciation à la compétence déléguée en se limitant à une contribution volontaire de la Ville n'est pas réaliste au regard du contexte financier.

Il apparaît donc préférable que la Ville conclue une nouvelle convention avec l'Etat dans laquelle elle ne se bornerait pas à financer les actions en matière de dépistage des cancers sur le territoire mais qui approuverait la politique municipale ci-dessus évoquée au titre d'un programme de santé visé par l'article L. 1423-2 CSP, qui a une portée plus large que le dépistage (voir le rappel de son contenu visé par l'arrêté du 29 septembre 2006 cité dans le paragraphe 1.1.3.2. du présent rapport). Dans cette optique de redéfinition des objectifs, la contribution versée au GIP serait beaucoup plus restreinte que les 955 874 € objets du transfert, même s'il faut tenir compte de l'augmentation des coûts dus à la prise en compte du dépistage du cancer du col de l'utérus qui touchera 646 000 Parisiennes de 25 à 65 ans. La collectivité parisienne pourra être représentée au conseil d'administration du nouveau GIP régional (elle perdra donc la présidence de l'association dissoute) et apportera sa contribution au financement des actions territorialisées sur Paris.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DASES indique que l'Etat n'a pas encore fait connaître à la Ville les modalités opérationnelles selon lesquelles il entendait décliner en région Ile-de-France les directives nationales concernant la régionalisation des cancers, un temps d'échange devant avoir lieu au premier semestre 2018 et que l'éventuelle intégration au sein de la convention avec l'Etat des autres interventions de la Ville relève d'une décision politique et d'une négociation avec l'Etat qui n'est pas engagée. .

La direction des finances souligne que la régionalisation doit conduire à générer des économies d'échelle et ne peut être synonyme d'une augmentation de la participation départementale. L'ADECA 75 souhaite pour sa part que la Ville de Paris participe activement à la mise en œuvre d'un projet ambitieux de mise en réseau d'acteurs de la prévention et du dépistage des cancers à la hauteur du Grand Paris, de crainte que sans cet investissement l'Etat ne cherche à récupérer la somme dédiée au dépistage du cancer dans la convention de 2005 pour la réaffecter à la structure régionale de gestion.

Dans le cadre d'une nouvelle convention avec l'Etat, la municipalité pourra inscrire les objectifs qu'elle souhaite voir privilégier en particulier par l'échelon local du centre régional de coordination des dépistages des cancers et qui viserait une action renforcée pour améliorer le taux de participation des populations défavorisées. Cette action pourrait se dérouler de la manière suivante :

- regrouper les études déjà effectuées ou faire réaliser des études socioéconomiques pour définir les catégories de populations précaires-cibles : personnes âgées, touchées par la pauvreté, en difficulté économique, en statut fragile face à l'emploi, frappées par un contexte social difficile, femmes non dépistées, femmes dépistées individuellement, handicapés, personnes isolées ; tranches d'âges à viser préférentiellement, groupe ethnoculturels ... ;
- élaborer des fichiers en liaison avec les organismes sociaux (caisses de retraite, CPAM) ;
- définir la cartographie des territoires d'intervention prioritaires à privilégier dans les différents arrondissements ;
- préciser les objectifs envers les populations en précarité :
 - promouvoir le dépistage organisé des cancers ;

- rendre accessible l'information autour du dépistage ;
 - faciliter l'adhésion et la participation aux programmes de dépistage ;
 - réduire les inégalités sociales de santé dans l'accès au dépistage, etc.
- définir les moyens de sensibiliser et d'impliquer les membres du corps médical en lien avec ces populations (médecins traitants, médecins du travail), et les autres professionnels de santé : sages-femmes, infirmières,... : outils de communication, démarches directes, projets de collaboration concrets, actions de terrain ;
 - mobiliser les structures spécialisées sur les projets : Ateliers santé ville dans les quartiers Politique de la Ville, Ligue de Paris contre le cancer, centres de santé municipaux ou associatifs, maisons de santé... ;
 - choisir les partenaires, acteurs et relais de proximité dans le domaine de la santé : associations de quartier, centres sociaux, femmes-relais, aides à domicile, travailleurs sociaux, etc. ; et leur donner les formations nécessaires ;
 - définir les méthodes, outils et actions de communication adaptés qui pourraient être utilisés dans les différents quartiers envers les populations cibles, en liaison avec les organismes sociaux (caisses de retraite, CPAM) ;
 - adapter les outils de communication utilisés (traduction en langues étrangères, SMS, courriels, etc.) ;
 - créer des indicateurs territorialisés pour les actions renforcées sur les territoires et assurer l'évaluation des actions de formation et des outils utilisés, ainsi que de l'impact des actions.

Ces actions devraient être définies et menées en liaison avec l'ARS, l'Etat devant établir dans chaque région un Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS⁶⁹) qui possède un volet sur les actions de prévention, mis en œuvre par les Ateliers santé ville, et avec l'Assurance maladie qui possède les fichiers des assurés. L'intégration de certaines populations dans le dépistage (bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat) nécessiterait des modifications réglementaires.

Elles devront faire l'objet d'un plan arrêté par le futur groupement avec l'accord des financeurs, qui sera doté d'indicateurs, ainsi que d'un suivi régulier par un groupe de travail dédié.

Le contrat local de santé de Paris 2018-2022 prévoit déjà les actions suivantes de mise en œuvre de l'objectif « Renforcer l'accès à la prévention - dépistage des cancers » :

- organiser des actions de communication autour du dépistage des cancers en étroite collaboration avec l'Assurance maladie et l'ADECA 75 et des actions d'aller vers les populations qui permettent d'inclure le dépistage des cancers dans une approche plus globale et positive de la santé ;
- mettre en place des ateliers de formation par l'ADECA 75 et le département Prévention et Services en santé de l'Assurance maladie auprès des bénévoles des différentes structures aux fins de devenir des partenaires relais du grand public ;
- une communication spécifique et des actions ciblées seront menées en direction des quartiers Politique de la Ville avec les associations de quartier afin d'adapter les messages aux populations éloignées de la prévention. Coordonnées notamment par les Ateliers Santé Ville, ces actions ciblées devront également

⁶⁹ PRAPS - loi 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions.

s'appuyer ou développer des outils en direction des habitants ne maîtrisant pas ou mal la langue française.

Ces orientations sont tout à fait compatibles avec celles précédemment définies dans le rapport, et feront l'objet d'indicateurs d'activité globaux mentionnés dans le plan (bilan d'activités ADECA 75, nombre de dépistage des cancers réalisés et évolution de la part du dépistage organisé). Le plan étant conclu pour une durée de cinq ans, sa mise en œuvre devra prendre en compte la transformation de la structure de dépistage en entité agissant au niveau régional.

TABLEAU DES RISQUES ADECA 75

ETABLI AU REGARD DU FONCTIONNEMENT ACTUEL DE L'ASSOCIATION

FINALITE

- DIMINUER LA MORTALITE PAR LE CANCER

OBJECTIFS FINAUX

- REDUIRE LES INEGALITES TERRITORIALES ET SOCIALES D'ACCES AUX DEPISTAGES ORGANISES
- REDUIRE LE POURCENTAGE DE CANCERS DETECTES A UN STADE AVANCE
- ASSURER UN ACCES PRECOCE AUX TRAITEMENTS

OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

- AMELIORER LE TAUX DE PARTICIPATION AUX DEPISTAGES ORGANISES
- AMELIORER LE TAUX DE FIDELISATION AUX DÉPISTAGES ORGANISÉS
- OBTENIR UNE BONNE QUALITE DU PROGRAMME ET LA LIMITATION DES EFFETS NON SOUHAITES
- OBTENIR UNE QUALITE DES TESTS CONFORMES AUX CAHIERS DES CHARGES
- OBTENIR UN COUT DU DÉPISTAGE ORGANISÉ CONFORME A LA NORME

OBJECTIFS OPERATIONNELS

LA STRUCTURE DE GESTION EST RESPONSABLE :

- DES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE ;
- DE LA SENSIBILISATION ET DE L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS ET DE LA POPULATION ;
- DE LA GESTION DES FICHIERS CENTRALISÉS DES PERSONNES DÉPISTÉS ;
- 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 ;
- DE LA CONTRIBUTION À L'ÉVALUATION DU DISPOSITIF EN TRANSMETTANT LES DONNÉES ET INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE PILOTAGE.

MISSIONS CONFIEES AUX STRUCTURES DE GESTION

(Objectifs d'audit : moyens-méthodes/résultats-performances/contrôle interne et système de supervision)

1. Assurer les relations avec les professionnels de santé et le retour d'information

<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Processus associés</i>	<i>Risques pouvant affecter ces processus</i>	<i>Outils de contrôle Dispositif de couverture</i>
<p>Informer les médecins traitants et spécialistes, interlocuteurs privilégiés des patients, des modalités de déroulement des campagnes et les inciter à proposer l'examen de dépistage à la population cible lors des consultations</p> <p>Organiser la formation des professionnels de santé grâce aux outils de formation approuvés par l'INCa</p> <p>S'assurer que les professionnels ou organismes concourant au dépistage (pharmaciens, oncologues...) se conforment aux cahiers des charges relatifs à chaque programme.</p>	<p>Constituer, mettre à jour et diffuser la liste des radiologues</p> <p>Mise en place simultanée de plusieurs démarches permettant d'entretenir des relations avec la structure :</p> <p>Démarches confraternelles de rencontres individuelles</p> <p>Animation du dispositif par des réunions et des bulletins d'information périodiques</p> <p>Existence de comités de radiologues pour gérer la structure ou pour animer l'étude de cas complexes et l'élaboration des formations</p>	<p>Faible participation aux réunions périodiques de seconds lecteurs DOCS</p> <p>Pas de réunions de premiers lecteurs DOCS</p>	<p>Relancer la participation aux réunions des premiers et seconds lecteurs</p>
<p>Organiser le retour d'information vers les professionnels de santé</p>	<p>Transmettre les résultats des examens aux personnes dépistées et à leur médecin pour le cancer du sein et s'assurer qu'elles ont réalisé les examens complémentaires recommandés</p>	<p>Pas de retours d'information vers les médecins traitants pour le DOCCR</p>	<p>Mettre en place le retour d'information (listing nominatif)</p> <p>Les généralistes ont déjà une évaluation sur les personnes ayant fait le test par le ROSP</p>

2. Information et sensibilisation de la population

<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Processus associés</i>	<i>Risques pouvant affecter ces processus</i>	<i>Outils de contrôle Dispositif de couverture</i>
<p>Informer et sensibiliser la population concernée</p>	<p>Utilisation des moyens mis à disposition par le niveau national</p> <p>Crédits de communication (10 000 € par dépistage et par an quelle que soit la population) : montant plafonnés en application du cahier des charges</p>	<p>Nombre insuffisants de personnes défavorisées touchées, en particulier en quartier Politique de la Ville</p> <p>Sous-utilisation des moyens mis à disposition</p> <p>Sous-utilisation des crédits de communication (10 000 €)</p>	<p>Réorientation des crédits de l'action départementale sur les actions en faveur des personnes défavorisées peu touchées par le DO</p> <p>Etude de recherche interventionnelle : fichiers, cartographie, objectifs, moyens...</p> <p>Mise en place de partenariats avec les acteurs locaux</p>

3. Mission de suivi et de relation avec les personnes dépistées

<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Processus associés</i>	<i>Risques pouvant affecter ces processus</i>	<i>Outils de contrôle Dispositif de couverture</i>
Suivi des personnes avec un dépistage positif	Enregistrement des personnes suite à un dépistage positif	Personnes perdues de vue suite à un dépistage positif Disponibilité insuffisante des médecins traitants pour transmettre les informations de suivi aux structures	Relances systématiques des patients, des radiologues et des médecins traitants Réintégrer dans le fichier d'invitation les femmes dont le suivi est inconnu ou incomplet dans les deux ans qui suivent le dépistage Demande de retour de la fiche de bilan différé au radiologue

4. Recueillir les données et transmettre les résultats aux personnes concernées

<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Processus associés</i>	<i>Risques pouvant affecter ces processus</i>	<i>Outils de contrôle</i>
Invitations et relances Envoi des résultats	Incitation systématique à partir du fichier centralisé unique Invitation par les médecins sensibilisés Vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion des femmes dans le programme	Retard de paiement des subventions, les dépenses d'envoi, affranchissements, routage représentant 30 % du budget	Dialogue de gestion et conventions Respect du cahier des charges

5. Gérer les bases de données de la population cible

<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Processus associés</i>	<i>Risques pouvant affecter ces processus</i>	<i>Outils de contrôle / dispositifs de couverture</i>
Gérer les fichiers en mettant en place une base de données la plus exhaustive possible avec des sources multiples : Fichiers des caisses Résultats d'examens Import des résultats des centres de lecture des tests Saisie des motifs d'exclusions	<u>Ensemble des missions :</u> Invitations Gestion des refus et des exclusions Edition des résultats Suivi des résultats positifs Information des praticiens sur leur activité Tableaux de bord de pilotage Exports pour évaluation épidémiologique	Risques informatiques : Pertes de données, retards dans les envois de lettres et de résultats Absence d'autorisation CNIL Dépendance par rapport à un prestataire unique possédant la totalité des fichiers de l'association	Sauvegardes opérées par le prestataire agréé ; Envoi des courriers de suivi restant de la compétence de l'association Société [.....] : agrément par l'ASIP-agence française pour la santé numérique
Conserver et héberger les données	Archivage des dossiers (fiches d'interprétation)	Confidentialité, atteinte au secret médical	Marché avec la société spécialisée [.....] : agrément pour la tenue des archives publiques

6. Gérer les moyens financiers

<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Processus associés</i>	<i>Risques pouvant affecter ces processus</i>	<i>Outils de contrôle</i>
Gestion optimale des moyens financiers	Utilisation du Logiciel APACCHE (Analyse partagée des crédits cancer, harmonisation, évaluation) depuis 2007 pour établir le budget prévisionnel, le budget ajusté de l'année précédente et le rapport annuel financier	Absence de véritable dialogue de gestion selon la structure et difficulté à prévoir les crédits et leur calendrier de versement Trésorerie très abondante (supérieure à six mois de fonctionnement)	Mettre en place un véritable dialogue de gestion dans le cadre de conventions pluriannuelles avec le futur GIP Mutualiser les coûts si possible (groupement de commandes)
Respecter le code des marchés publics	Le règlement intérieur prévoit que l'association utilise des procédures de mise en concurrence et de choix présentant des garanties comparables aux procédures des marchés publics	Absence de respect de l'ordonnance du 23 juillet 2015 sur les marchés publics Délit de favoritisme	Respecter les dispositions de l'ordonnance sur les marchés et mettre en œuvre les procédures adaptées au sein des instances de l'association

7. Evaluation et assurance qualité

<i>Objectifs opérationnels</i>	<i>Processus associés</i>	<i>Risques pouvant affecter ces processus</i>	<i>Outils de contrôle</i>
Procédures qualité Contrôles qualité Amélioration des pratiques	Evaluation : établissement d'un rapport d'activité pour les financeurs Transmission des données à l'InVS (ANSP) Définition d'indicateurs de suivi des programmes de dépistage	Difficultés de compréhension et manque de suivi : Caractère répétitif du rapport d'activité, réduction du nombre de données présentées, difficultés à suivre les résultats et indicateurs d'un exercice à l'autre (activités de communication) Incohérences entre la fiche d'interprétation et le compte rendu	Harmoniser la présentation des documents d'une année sur l'autre Réaliser un compte rendu qualitatif et quantitatif du projet défini avec la collectivité parisienne et évalué contradictoirement Interrogation du radiologue par le médecin coordinateur
Contrôle qualité des professionnels	Contrôle des formations suivies par les radiologues Contrôle du matériel de radiologie	Manque de formation du radiologue opérateur Appareils non homologués	Il est admis que la fiche soit signée par un radiologue du cabinet ayant suivi la formation Des attestations de vérification par un organisme spécialisé AFSSAPS doivent être produites tous les six mois
Contribuer à l'évaluation du dispositif en transmettant les données et indicateurs d'évaluation et de pilotage à l'InVS et à l'ARS	Envois réguliers par le coordinateur DOCCR selon les modalités prévues au cahier des charges	Contestation de l'exactitude et de la cohérence des résultats par l'InVS	Déploiement de la démarche qualité Respect des référentiels Négociation avec l'InVS sur l'interprétation des résultats

GESTION DU DISPOSITIF PAR LA VILLE DE PARIS

(Objectif d'audit : Organisation-structures)

<i>Risque</i>	<i>Nature</i>	<i>Impact</i>	<i>Outils de contrôle Correctifs / Réponses</i>
Transparence de l'association ? (Présidence par le Président du Conseil de Paris)	Juridique	Mauvais mode de dévolution du service public	Veiller à ce que les critères jurisprudentiels (administratif et organique, matériel et financier) ne soient pas remplis, les critères fonctionnels et des conditions de création l'étant déjà
Condition de vote de la subvention par les conseillers de Paris	Juridique	Annulation de la délibération - remarques de la préfecture de Paris	Veiller au respect de l'article L. 2131-11 du CGCT : abstention lors du vote de la subvention des conseillers élus au conseil d'administration de l'ADECA 75
Désignation irrégulière des délégués du département au conseil d'administration	Juridique	Délibérations irrégulières du conseil d'administration	Faire désigner les deux délégués par le Conseil de Paris

GESTION DU DISPOSITIF PAR L'ASSOCIATION

(Objectif d'audit : Organisation-structures)

<i>Risque</i>	<i>Nature</i>	<i>Impact</i>	<i>Outils de contrôle Correctifs / Réponses</i>
Conseil d'administration incomplet	Dysfonctionnement de la gouvernance	Déséquilibre des pouvoirs	Faire désigner les membres manquants par les organismes compétents
Listes discordantes des membres du bureau entre les statuts et le règlement intérieur	Juridique - organisation interne	Manque de clarté des dispositions pouvant conduire à des dysfonctionnements vis-à-vis de l'extérieur	Modification des statuts et/ou le règlement par l'assemblée générale pour les mettre en harmonie.
Les modalités de délégation des paiements ne respectent pas les statuts	Juridique et financier	Limité étant donné l'existence de la théorie du mandat apparent	Revoir les modalités d'organisation des paiements et le cas échéant modifier les statuts de l'association

LISTE DES RECOMMANDATIONS

- Recommandation 1** : Inclure dans la convention avec l'ADECA 75 des objectifs et des indicateurs propres aux actions favorisées par la Ville de Paris, dédiés au dialogue de gestion et à l'évaluation finale. 28
- Recommandation 2** : Eviter le vote des délibérations concernant l'ADECA 75 par des conseillers de Paris membres du conseil d'administration, à peine d'illégalité desdites délibérations (article L. 2131-11 du CGCT). 30
- Recommandation 3** : Pourvoir aux désignations prévues par les statuts pour les postes vacants au conseil d'administration ; harmoniser la composition du bureau par une modification des statuts ou du règlement intérieur de l'association. 37
- Recommandation 4** : Faire voter une nouvelle désignation des délégués du Département de Paris au conseil d'administration de l'ADECA 75 ; abroger l'arrêté du 2 août 2017 ; produire l'acte de désignation du président suppléant. 43
- Recommandation 5** : Rédiger et faire signer un contrat d'exercice aux radiologues second lecteurs définissant les obligations des parties, les moyens permettant aux médecins de respecter le code de déontologie et les conditions d'exercice du praticien. 52
- Recommandation 6** : Revoir les modalités d'organisation des paiements au sein de l'équipe dirigeante de l'association et le cas échéant modifier les statuts de l'association. 92
- Recommandation 7** : Soumettre à l'avenir les achats de l'association aux dispositions de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics. 96

Recommandation n°	Echéance	Entité responsable
1	2018	Mairie de Paris
2	Permanente	Mairie de Paris
3	6 mois	ADECA 75
4	3 mois	Mairie de Paris
5	6 mois	ADECA 75
6	6 mois	ADECA 75
7	6 mois	ADECA 75

TABLE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Nombre de nouveaux cas de cancers et de décès dus au cancer par an en France métropolitaine (2012 et 2015) 9

Tableau 2 : Nouveaux cas et mortalité des cancers en Ile-de-France en 2005 10

Tableau 3 : Nombre de décès dus au cancer à Paris et Mortalité chez la femme due au cancer du sein et du poumon à Paris..... 11

Tableau 4 : Subventions accordées par la DASES aux actions de lutte contre le cancer (en €) 23

Tableau 5 : Evolution des contributions des financeurs de 2009 à 2017 25

Tableau 6 : Délibérations du Conseil de Paris approuvant la convention d'objectifs avec l'ADECA 75 26

Tableau 7 : Les votes des conseillers de Paris membres du conseil d'administration de l'ADECA 75 (2014 - 2017) 30

Tableau 8 : Réunions des CA et du bureau de l'ADECA 75 38

Tableau 9 : Informations à produire pour les caisses d'assurance maladie et l'Etat 45

Tableau 10 : Evolution des effectifs de l'association l'ADECA 75..... 49

Tableau 11 : Répartition des ETP par secteur d'activité..... 49

Tableau 12 : Nombre de seconds lecteurs et rémunérations 51

Tableau 13 : Nombre de mammographies ayant bénéficié de la double lecture 52

Tableau 14 : Modalités de réalisation du dépistage organisé du cancer du sein..... 56

Graphique 2 : Les objectifs des structures de gestion..... 59

Tableau 15 : Actions de communication ADECA 75 2013-2016 63

Tableau 17 : Evolution du taux de participation au dépistage organisé et nombre de départements impliqués pour le dépistage du cancer du sein 73

Graphique 3 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (France entière)..... 74

Tableau 18 : Evolution du taux de participation au DO du cancer du sein sur 2 ans..... 74

Graphique 4 : Nombre d'invitations et de femmes dépistées 78

Tableau 19 : Dépistage du cancer du sein - Exercice 2015 79

Tableau 20 : Nombre de femmes dépistées (cancer du sein) 80

Tableau 21 : Pourcentage de femmes invitées dépistées (cancer du sein) à Paris de 2006 à 2016..... 80

Tableau 22 : Taux de couverture dépistage organisé + dépistage individuel (chiffres 2013)..... 80

Graphique 5 : Couverture du DO + DI dans les départements de la région Ile-de-France (2013)..... 81

Tableau 23 : Répartition des femmes dépistées par tranche d'âge 81

Tableau 24 : Modes d'entrée dans le dépistage organisé du cancer du sein 82

Tableau 25 : Mammographies numériques 82

Tableau 26 : Délais de réalisation des mammographies..... 82

Tableau 27 : Nombre de mammographies (L1 L2 CTI Echographies) 82

Tableau 28 : Cancers diagnostiqués	83
Tableau 29 : Taux de participation au dépistage dans les 20 arrondissements de Paris en 2013	84
Tableau 30 : Nombre de médecins à Paris	85
Tableau 31 : Tests du cancer colorectal réalisés en 2016	87
Tableau 32 : Test du cancer colorectal remis par les médecins aux patients	88
Tableau 33 : Dépistage du cancer colorectal - Exercice 2015	88
Tableau 34 : Les taux de participation	89
Tableau 35 : Délai entre la date d'invitation et la date de test	89
Tableau 36 : Nombre annuel de tests de dépistage du cancer colorectal	89
Tableau 37 : Participation par tranches d'âge (2014)	90
Tableau 38 : Tests positifs du cancer colorectal	90
Tableau 39 : Suites données aux tests positifs	90
Tableau 40 : Résultats d'activité de l'ADECA 75 par rapport aux normes	91
Tableau 41 : Comptes de résultat ADECA 75	101
Tableau 42 : Évolution du résultat comptable ADECA 75	101
Graphique 6 : Évolution du résultat comptable de l'ADECA 75	101
Tableau 43 : Comparatif budget prévisionnel et réalisé	102
Tableau 44 : Évolution des produits et des charges d'exploitation de l'ADECA 75	102
Tableau 45 : Détail des produits d'exploitation de l'ADECA 75	103
Graphique 7 : Répartition des produits d'exploitation de l'ADECA 75	103
Tableau 46 : Détails des subventions perçues par l'ADECA 75	104
Graphique 8 : Répartition des subventions perçues ADECA 75	104
Tableau 47 : Subventions perçues par l'ADECA 75	104
Tableau 48 : Echelonnement des versements de subvention à l'ADECA 75 - exercice 2017	105
Tableau 49 : Détail des charges d'exploitation ADECA 75	105
Graphique 9 : Répartition des charges d'exploitation ADECA 75	106
Graphique 10 : Détails des achats et charges externes	106
Tableau 50 : Détail des frais postaux et télécommunication ADECA 75	107
Tableau 51 : Invitations pour le dépistage du cancer colorectal 2015-2016	107
Tableau 52 : Structure financière de l'ADECA 75	108
Tableau 53 : Résultat par secteur d'activité	109
Tableau 54 : Calcul de coût d'un dépistage du cancer du sein	109
Tableau 55 : Evolution du coût des femmes invitées dans le dispositif de DOCS	110
Tableau 56 : Comparaison des budgets et ETP des structures de gestion en Ile-de-France 2015	113
Tableau 57 : Schéma-cible de réorganisation de l'organisation des dépistages	117

PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

Dans le cadre de la procédure contradictoire en vigueur à l'Inspection Générale, le rapport provisoire d'audit de l'association ADECA 75 a été transmis le 4 janvier 2018 au président de l'association, au directeur de l'action sociale, de l'enfance et de la santé et au directeur des finances et des achats de la Ville de Paris.

Les réponses au rapport provisoire du président de l'association et du directeur des finances et des achats ont été adressées à l'Inspection générale respectivement les 5 et 26 février 2018. La réponse de la DASES nous est parvenue le 13 avril 2018 et il a également été tenu compte du Contrat local de Santé 2018-2022 préparé par cette direction dans la rédaction du rapport définitif.

Réponse de l'association ADECA 75

Objet: TR: Observations au rapport d'Audit de l'association ADECA 75 - URGENT

De :

Envoyé : lundi 5 février 2018 18:00

À :

Objet : Observations au rapport d'Audit de l'association ADECA 75 - URGENT

Je vous adresse mes observations sur les constats présentés dans votre rapport provisoire et mon avis sur les recommandations qui nous concernent.

Je tiens à souligner la qualité de l'analyse que vous avez réalisée et à saluer la restitution détaillée que vous en faites qui témoignent d'un travail approfondi.

I. Le rapport souligne la gestion rigoureuse de l'association dans un contexte de forte baisse des subventions des financeurs

Plusieurs constats réalisés par l'audit méritent d'être mis en exergue :

1. L'ADECA 75 met en œuvre efficacement et à un coût unitaire inférieur aux autres structures départementales d'Île-de-France (budget/population cible) les missions de dépistage qui lui sont confiées par le cahier des charges national. Les effectifs sont limités, les processus de travail sont sécurisés et les délais fixés par les textes sont respectés. L'ADECA75 a, sous mon impulsion, mis en place avec la CPAM le ciblage des messages sms et par e-mail envers la population cible non dépistée.

2. Les résultats parisiens du dépistage organisé s'expliquent par la sociologie parisienne qui a largement recours au dépistage individuel.

3. Les actions de communication en direction des quartiers et des populations défavorisées sont une priorité d'ADECA comme de la DASES mais reposent sur un ETP et un budget de 20 000€ par an incluant les opérations "octobre rose (place de la République)" et "mars bleu".

4. L'association est obligée de recourir à ses réserves du fait de la baisse considérable des subventions depuis 2014 (diminution de 15% de la contribution de la ville, de 25% de celle de la CPAM, de 10% de celle de l'ARS). Ces réserves sont le fruit d'une gestion rigoureuse et économe. J'ajoute que la situation financière saine et la trésorerie qui ont permis de faire face à cette baisse jusqu'en 2017, se dégradent fortement en 2017 et 2018. Les représentants des financeurs en ont été informés lors des conseils d'administration de décembre 2016 et décembre 2017

5. Les locaux occupés rue Beaubourg, un temps considérés par l'ancien adjoint à la Maire chargé de la Santé, comme une source d'économie potentielle, sont d'une surface conforme aux ratios usuels, d'une localisation centrale facilitant les transports d'images, et le loyer correspond au prix du marché. Un accompagnement de la Ville, de la CPAM et de l'ARS sont souhaitables pour envisager avec l'APHP (déjà sollicitée pour ADECA75) une installation de la future structure régionale dans des locaux de l'Hotel Dieu pour renforcer les synergies avec le pôle santé publique /épidémiologie et le pôle ambulatoire pour le dépistage et la prévention des cancers.

Au total, la réduction de la subvention d'ADECA75 par la Ville (883k€ en 2014 et 760k€ en 2017) me paraît répondre à une double logique d'économie dans un contexte de baisse des dotations de l'Etat et de réorientation des sommes dédiées au dépistage (955 874€ selon la convention du 19 août 2005) vers d'autres missions. Elle est difficilement compatible avec le discours officiel invitant ADECA75 à déployer des ressources supplémentaires pour sensibiliser davantage au dépistage les populations vulnérables des quartiers défavorisés.

II. Dans le contexte de la régionalisation, Paris pourrait jouer un rôle moteur et pourrait confier la future Mission Cancer à l'antenne départementale de la structure régionale à venir

J'invite la Ville de Paris à prendre toute sa place dans le processus de régionalisation en cours.

J'ai proposé d'accueillir le futur centre régional de dépistage dans sa phase initiale dans les locaux parisiens d'ADECA75 afin d'assurer la transition en minimisant les frais et afin de permettre à l'équipe préfiguratrice de s'appuyer dans sa phase de démarrage sur les ressources et expertises d'ADECA75.

Il me paraît important que la Ville de Paris participe activement et pas seulement par l'intermédiaire d'ADECA75 mais par un engagement de la nouvelle adjointe à la Santé et la DASES à la mise en œuvre d'un projet ambitieux de mise en réseau d'acteurs de la prévention et du dépistage des cancers à la hauteur du Grand Paris. Il est à craindre sans cela que l'Etat récupère la somme dédiée au dépistage du Cancer attribuée au département de Paris conformément à la convention du 19 août 2005 (955 874€) pour la réaffecter à la structure régionale de gestion par l'intermédiaire de l'ARS, d'autant que celle-ci sera en charge d'un dépistage supplémentaire, celui du col de l'utérus qui concerne 646 000 parisiennes.

Le rapport propose, page 5, de "réorienter les crédits correspondant à la compétence recentralisée vers un ensemble d'action qui ne se limiteraient pas au dépistage"

Le rapport indique, page 126, que si la ville veut conserver un rôle dans le domaine de la lutte contre le cancer, elle doit conserver sa compétence déléguée et conclure une nouvelle convention avec l'Etat dans laquelle elle ne se bornerait pas à financer les actions en matière de dépistage des cancers. Mais si la Ville voulait financer une "mission cancer", elle devrait réduire sa contribution à la structure de dépistage.

Or, il me paraît difficile de plaider auprès de l'Etat le maintien de l'enveloppe dédiée au dépistage pour l'orienter vers d'autres missions. Avec une telle stratégie, elle risquerait en outre à continuer à mettre en difficulté le financement de la mission de dépistage au profit de la Mission cancer qu'elle cherche à construire par transformation des "Accueil Cancer".

Aussi, compte tenu des synergies possibles entre l'action des structures de dépistage et les actions d'information et d'accompagnement du public par les "accueil cancer", je préconise que l'antenne parisienne de la structure de gestion régionale du dépistage soit également chargée de cette "Mission Cancer" plutôt que la ville ne la confie à une nouvelle structure dédiée (et coûteuse en locaux supplémentaires et personnels). La fréquentation de cette mission par le public sera d'autant plus forte que la coordination avec les structures de soins sera grande (APHP, Curie). L'installation à l'Hôtel Dieu à proximité du pôle ambulatoire serait à explorer avec l'APHP.

Ainsi, l'intégralité de la somme correspondant à la convention de 2005 pourrait être dédiée à la structure régionale pour les nouvelles missions de l'antenne parisienne. La Ville pourrait participer au pilotage de cette structure régionale et veiller à impulser et accompagner les missions d'accueil et de sensibilisation des populations dédiées par l'antenne parisienne.

III. Les recommandations de gouvernance réalisées doivent s'inscrire dans le calendrier de la régionalisation

La recommandation 1 (inclure dans la convention des objectifs et indicateurs) nécessite que soit respecté un calendrier relatif au dialogue de gestion en lien avec les 3 financeurs principaux (Ville, Assurances maladie, ARS) et que ce dialogue soit réalisée en cohérence avec les décisions d'attribution de subvention, le calendrier des instances et l'exécution, soit en fin d'année n ou en début d'année n+1 pour l'année n+1. La création d'une structure régionale au 1er janvier 2019 supposera que ce dialogue soit préparé au niveau régional avec la participation de la Ville de Paris et des départements (ou l'organe qui les remplacera selon la réforme territoriale qui devrait être annoncée en février 2018)

La recommandation 3 (pouvoir aux désignations prévues par les statuts pour les postes vacants au Conseil d'administration et harmoniser la composition du bureau par une modification des statuts ou du règlement intérieur de l'association) peut être réalisée mais elle s'inscrit dans la dernière année d'exercice.

Les autres recommandations n'appellent pas de commentaires sauf en ce qui concerne les révisions statutaires peu appropriées quand il s'agit d'une dernière année d'exercice.

Bien à vous

Réponse de la direction des finances et des achats

 MAIRIE DE PARIS	DIRECTION DES FINANCES ET DES ACHATS Sous-Direction du Budget
INSPECTION GÉNÉRALE DE LA VILLE DE PARIS 07 02 2018 N°: 62	N/REF : 17-07 D18 DFA - 000122 NOTE A L'ATTENTION DE : Directrice de l'Inspection générale de la Ville de Paris PARIS, LE : 26/02/2018 Objet : Observations sur le rapport provisoire d'audit de l'ADECA 75 Réf : Note en date du 4 janvier

Par note en date du 4 janvier vous m'avez sollicité pour avis concernant les recommandations formulées dans le rapport provisoire d'audit de l'ADECA 75, association agissant dans le domaine du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

1/ Éléments de réponse portant sur les constats formulés

Pour ce qui concerne la structure financière de l'association, la direction des Finances et des Achats (DFA) partage le constat des rédacteurs sur le caractère « très confortable » de la trésorerie de l'association, qui représente six mois d'activité. Comme le rappelle à juste titre le rapport, les seuils habituellement admis en la matière sont dépassés (pour toutes les structures privées dont nous auditons les comptes, on estime que trois mois de couverture de charges est le niveau à partir duquel la trésorerie est suffisante).

La DFA a également bien noté que les dépenses de loyer, qui représentent pratiquement un quart du montant de la subvention départementale, sont identifiées comme une piste d'économie par la DASES.

Enfin, la DFA insiste sur le fait que les budgets de l'association soient réajustés à la réalité du montant de subvention voté par le Conseil de Paris et non au niveau de celui demandé.

2/ Avis sur les recommandations proposées

La DFA souscrit à la recommandation 1 - « Inclure dans la convention avec l'ADECA 75 des objectifs et des indicateurs propres aux actions favorisées par la Ville de Paris, dédiés au dialogue de gestion et à l'évaluation finale » - pour ce qui concerne sa dimension financière. La mise en place d'un compte rendu financier, dont la mission a constaté qu'il n'existait pas actuellement, doit pouvoir s'accompagner du développement d'indicateurs financiers, notamment en matière de niveau de trésorerie.

La DFA considère par ailleurs que la perspective d'une régionalisation du dépistage des cancers doit conduire à générer des économies d'échelle, comme l'évoque le rapport provisoire, et ne peut être synonyme d'une augmentation de la participation départementale.

Enfin, la DFA souscrit la recommandation 7 relative à la nécessité pour l'association de modifier son règlement intérieur pour soumettre ses achats aux dispositions de l'ordonnance n°2015-899 sur les marchés publics. Un tel changement permettra l'intégration des obligations de l'ordonnance dans le fonctionnement quotidien de l'association.

Je reste, ainsi que mes équipes, à votre disposition pour échanger plus avant.

Le directeur des Finances et des Achats

Réponse de la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé



Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé

Paris, le 13/04/18

NOTE à l'attention de :

Directrice de l'Inspection Générale

Objet : Rapport provisoire relatif à l'association ADECA 75

Par note en date du 4 janvier 2018 vous avez bien voulu me communiquer le rapport provisoire établi par vos services sur l'audit de l'association ADECA 75.

Ce rapport appelle les quelques remarques ou précisions qui suivent.

P 20, le rapport souligne l'absence de modalités d'évaluation prévues dans la convention avec l'Etat, ainsi que l'absence de transmission d'indicateurs par la DASES. Pour la période postérieure à septembre 2007 (après la fermeture du service de prévention et de dépistage des tumeurs Charles Moureu), ces dispositions étaient devenues sans objet, l'intégralité des activités liées au dépistage organisé des cancers étant de fait déléguées à l'ADECA 75, laquelle assure directement le reporting de ses activités auprès de ses financeurs, dont l'ARS.

P 23 : Il est indiqué qu'il n'y a pas eu de communication au CP sur la santé depuis le début de la mandature, ce qui est inexact. Il y a eu une communication de la Maire sur ce sujet au CP d'octobre 2014, c'est même une des premières de la mandature.

P 23 : la question du cancer n'a pas été traitée en tant que telle dans le cadre des Assises Parisiennes de la Santé car cette démarche participative s'est fondée sur une approche globale de promotion de la santé dans ses diverses composantes (soin, prévention, éducation à la santé, action sur les déterminants sociaux et environnementaux) sans entrer dans une discussion par pathologies. En revanche, on peut signaler que dans le cadre du contrat local de santé qui sera signé prochainement par la Ville, l'ARS, la Préfecture d'IDF et la CPAM, l'une des 20 fiches actions du contrat porte notamment sur le dépistage des cancers.

P 39 : sur l'abstention de la DASES lors du vote du budget prévisionnel par le CA du 08/12/15 : la DASES ne pouvait voter favorablement compte tenu du fait que les recettes prévisionnelles présentées dans le BP ne tenaient pas compte de la décision prise de diminution de la subvention de la collectivité parisienne.

PP 44-45 : le rapport ne fait état que des contacts avec l'association qui ont eu lieu au niveau de la sous-direction, mais pas de ceux au niveau du Bureau de la Prévention et des Dépistages, qui est en charge de cette thématique au sein de la SDS.

P117 : le projet de « Maison Rose » est distinct du centre ressource cancer proposé par la DASES.

Plus globalement concernant la régionalisation du DO des cancers, la question est à ce stade prématurée dans la mesure où l'État n'a pas encore fait connaître à la Ville les modalités opérationnelles selon lesquelles il entendait décliner, en région IDF, les directives nationales. Des temps d'échange doivent avoir lieu au cours du 1^{er} semestre 2018. En toute hypothèse, la redéfinition du périmètre de la délégation de compétence, si elle est maintenue, sera nécessaire. Elle devrait permettre de mieux cibler l'implication de la Ville sur la dimension territoriale des actions conduites, en particulier dans le cadre de la sensibilisation des publics cibles et des professionnels de santé, ce qui correspond en effet à l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès au dépistage organisé. L'éventuelle intégration au sein de la convention conclue avec l'État des autres interventions de la Ville dans le champ du cancer relève d'une décision politique et le cas échéant d'une négociation avec l'État qui n'est pas engagée.

Tels sont les éléments dont je souhaite vous faire part.

**Le Directeur de l'action sociale,
de l'enfance et de la santé**

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Lettre de mission
- Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées
- Annexe 3 : Convention relative à la participation du Département de Paris aux programmes de dépistage des cancers du 19 août 2005
- Annexe 4 : Organisation territoriale de la mise en œuvre du dépistage des cancers
- Annexe 5 : Statuts de l'association ADECA 75
- Annexe 6 : Délibération ASES 13 G du 21 janvier 2002 - Constitution de l'association ADECA 75
- Annexe 7 : Liste des membres du conseil d'administration de l'ADECA 75
- Annexe 8 : Liste des membres des comités techniques de l'ADECA 75
- Annexe 9 : Liste des membres du conseil scientifique et éthique de l'ADECA 75
- Annexe 10 : Schéma de modélisation de la politique des dépistages organisés (INCa 2016)
- Annexe 11 : Principaux indicateurs figurant dans les cahiers des charges
- Annexe 12 : Le projet de cahier des charges des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers
- Annexe 13 : Bibliographie

Avis : La version publiée de ce rapport ne comprend pas les annexes. Sous réserve des dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs, et de la délibération 2014 IG 1001, celles-ci sont consultables sur place, sur demande écrite à la direction de l'Inspection générale.