

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE 2020

CRCDC-IDF

PREMIERE PARTIE

RAPPORT D'ACTIVITE REGIONAL

1.	LE CENTRE REGIONAL DE COORDINATION DES DEPISTAGES	6
1.1.	Cadre légal	6
1.1.1.	Dénomination et coordonnées	6
1.1.2.	Date de création et statut juridique	6
1.2.	Instances et comitologie	6
1.2.1.	Comité de pilotage régional	6
1.2.2.	Gouvernance du centre	6
1.2.3.	Comités consultatifs	8
1.2.4.	Les Conseils Départementaux et la Ville de Paris	12
1.3.	Fonctionnement	12
1.3.1.	Site régional	12
1.3.2.	Sites territoriaux	13
1.3.3.	Communication (interne et externe)	13
1.3.4.	Partenariats	15
1.4.	Personnel	16
1.4.1.	Organigramme au 31 décembre 2020	16
1.4.2.	Signature d'un accord collectif et de performance collective	17
1.4.3.	Effectif et mouvement de personnel	18
1.4.4.	Formation	18
1.5.	Logistique	18
1.5.1.	Système d'information	18
1.5.2.	Mutualisation des locaux du Siège Régional et du Site de Paris	18
1.5.3.	Liste et description du matériel	18
1.6.	Gestion financière	19
1.6.1.	Modalités de financement	19
1.6.2.	Répartition du financement	19
1.6.3.	Situation financière	21
2.	MISSIONS TRANSVERSALES	24
2.1.	Territoire	24
2.1.1.	Une population dense, riche mais très contrastée	24
2.1.2.	Des indicateurs de santé globalement favorables mais inégaux	26
2.1.3.	Une offre de soins dense mais inégalement répartie sur le territoire	26
2.1.4.	Des dispositifs politiques en soutien à la prévention et à l'accès aux soins, notamment en direction des populations plus démunies	27
2.2.	Mise en œuvre harmonisée des programmes de dépistage	27
2.2.1.	Elaboration du plan d'action médical CRCDC-IDF 2020-2022	27
2.3.	Promotion des dépistages	29
2.3.1.	Harmonisation des pratiques, mutualisation des ressources, méthodologie d'intervention renforcée	29

2.3.2.	Actions d'information et de prévention tout public	29
2.3.3.	Actions de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès au dépistage	30
2.3.4.	Actions auprès des professionnels de santé (PS)	33
2.4.	Gestion du système d'information	35
2.4.1.	Respect du règlement général de la protection des données : actions et contrôles mis en œuvre	35
2.5.	Evaluation du dispositif	35
2.5.1.	Remontées de données et réponses aux enquêtes	35
2.5.2.	Autres valorisations des données médicales	36
2.6.	Assurance qualité du dispositif	37
2.6.1.	Modalités de suivi de la labellisation	37
2.6.2.	Autres actions mises en place (internes et auprès des partenaires)	37
2.7.	Recherche et expérimentations	37
2.7.1.	My Pebs	37
2.7.2.	Dématérialisation des secondes lectures	38
2.7.3.	Géodépistage (Diagnostic DOCCU)	39
2.7.4.	Handicap	41
2.7.5.	Recherche interventionnelle DOCCR littératie en santé	42
2.7.6.	Thèses	42
3.	PROGRAMME DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN	43
3.1.	Contexte régional du dépistage organisé du cancer du sein	43
3.1.1.	Données épidémiologiques spécifiques au cancer du sein	43
3.1.2.	Population éligible et exclusions	44
3.2.	Organisation et activités du dépistage du cancer du sein	45
3.2.1.	Les centres de radiologie et radiologues	45
3.2.2.	Activité	46
3.3.	Actions menées	49
3.3.1.	Objectifs ciblés du CRCDC sur le DOCS	49
3.3.2.	Plan d'action et niveau d'avancement de ce plan	50
3.4.	Evaluation du programme	50
3.4.1.	Evaluation de la participation	50
3.4.2.	Indicateurs de résultat du programme	52
4.	PROGRAMME DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL	54
4.1.	Contexte régional du dépistage organisé du cancer colorectal	54
4.1.1.	Données épidémiologiques spécifiques au cancer colorectal	54
4.1.2.	Population éligible et exclusions	54
4.2.	Organisation et activités du dépistage du cancer colorectal	55
4.2.1.	Le centre de lecture	55

4.2.2.	Activité	55
4.3.	Actions menées	56
4.3.1.	Objectifs ciblés du CRCDC-IDF sur le DOCCR	56
4.3.2.	Niveau d'avancement du plan d'action	57
4.4.	Evaluation du programme	57
4.4.1.	Evaluation de la participation	57
4.4.2.	Indicateurs de résultat du programme	58
5.	PROGRAMME DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	60
5.1.	Contexte régional du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	60
5.1.1.	Données épidémiologiques spécifiques au cancer du col de l'utérus	60
5.1.2.	Population cible et exclusions	60
5.1.3.	Caractéristiques de l'offre de soins spécifique à ce dépistage	61
5.1.4.	Taux de couverture et dispersions territoriales	62
5.2.	Organisation et activité du cancer du col de l'utérus	63
5.2.1.	Organisation	63
5.2.2.	Activités	64
5.3.	Actions menées	66
5.3.1.	Objectifs ciblés du CRCDC-IDF sur le DO CCU : déploiement et promotion d'un nouveau programme de dépistage organisé	66
5.3.2.	Plan d'action et niveau d'avancement	67
5.4.	Evaluation du programme	68
5.4.1.	Evaluation de la participation	68
5.4.2.	Impact des nouvelles recommandations HAS sur les pratiques de dépistage	69

INTRODUCTION

L'année 2020 a été une année impactée par la pandémie de COVID-19.

Il a fallu mener de front la continuité de l'activité de dépistage, la concrétisation de la régionalisation et la gestion de la pandémie pour les équipes.

L'année 2020 a permis la consolidation de la régionalisation avec la négociation et la signature en octobre 2020 d'un accord collectif permettant de concrétiser l'unité régionale en termes de ressources humaines.

L'activité de dépistage a été interrompue à partir du 17 mars 2020, avec un arrêt des invitations et une fermeture des sites territoriaux du CRCDC-IDF. Durant cette période de confinement, le suivi des dossiers positifs a été priorisé et réalisé par les médecins coordonnateurs permettant aux assurés d'être pris en charge dans des délais optimaux, compte tenu des contraintes pesant sur le système de soins.

Les invitations ont été relancées à partir de mai 2021, avec une mobilisation pour rattraper le retard, sans saturer les capacités de prises en charge. Un pic a été observé en juillet 2020 : plus de 350 000 invitations pour le DOCS et 800 000 invitations pour le DOCCR.

En fin d'année le rattrapage des invitations a été total pour le DOCS (945 085 invitations) et le DOCCR (plus de 2 millions d'invitations). Certaines relances n'ont pas été envoyées pour ne pas sursaturer en fin d'année les centres d'imagerie et de relecture.

Grace à la mobilisation et au travail de l'ensemble des équipes du CRCDC-IDF, la baisse de la participation a pu être contenue soit moins 27 284 mammographies de retard par rapport à 2019. Près de 425 000 tests FIT ont été faits (moins de 265 000 FIT faits en 2019).

Le lancement du dépistage du cancer du col de l'utérus a été retardé et limité au 2^{ème} semestre. Plus de 550 000 invitations ont été envoyées. L'absence de convention avec les laboratoires d'analyses médicales et d'anatomopathologie pour la gestion des résultats a empêché le démarrage du suivi.

Dans un contexte aussi inédit qu'imprévisible, et rythmé par des confinements successifs, les équipes du CRCDC-IDF se sont mobilisées pour assurer la poursuite de leur mission de santé publique : le dépistage organisé des cancers, au service de la population francilienne.

1. LE CENTRE REGIONAL DE COORDINATION DES DEPISTAGES

1.1. Cadre légal

1.1.1. Dénomination et coordonnées

Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers d'Ile de France, CRCDC-IDF.

Siège régional : 3 place Adolphe Chérioux, 75015 PARIS.

1.1.2. Date de création et statut juridique

Le Plan cancer 2014-2019 prévoyait de substituer aux structures départementales et interdépartementales des structures à échelon régional. L'annexe I à l'arrêté du 29 septembre 2006 portant cahier des charges des centres de coordination des dépistages des cancers a été modifiée en ce sens par l'arrêté du 23 mars 2018 et prévoyait la mise en place d'une structure régionale unique.

Le CRCDC-IDF, association loi 1901 en charge du pilotage du dépistage des cancers pour la région Ile-de-France, a été créé le 1er mai 2019.

1.2. Instances et comitologie

1.2.1. Comité de pilotage régional

En sa qualité de pilote régional de la politique de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, en lien avec le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque de l'Assurance maladie (DCGDR) et le directeur de l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole (ARCMSA), pilote les programmes de dépistage organisés des cancers dans chaque région.

1.2.2. Gouvernance du centre

Conseil d'Administration : description, composition, dates de réunion, ODJ, décisions

Le Conseil d'Administration du CRCDC-IDF est responsable de la mise en œuvre des programmes de dépistage organisés des cancers, en prenant en compte les axes stratégiques régionaux. A ce titre, il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom du CRCDC-IDF, dans la limite de son objet et dans le cadre des orientations fixées par l'Assemblée Générale, et pour réaliser tous les actes et opérations qui ne sont pas réservés au Président, au Bureau ou à l'Assemblée Générale.

Selon l'Assemblée Générale constitutive du 15 novembre 2018, le Conseil d'Administration était composé de l'ensemble des membres fondateurs (deux par site territorial) tout au long de la période transitoire qui a pris fin le 29 octobre 2020, lors des élections du Conseil d'Administration. Ces administrateurs ont été élus par les membres participatifs et les membres fondateurs du CRCDC-IDF qui composent un collège électoral de 329 personnes.

Liste des 27 membres du Conseil d'Administration :

- Docteur Claude ALTMAN, Gastroentérologue
- Docteur Bernard ASSELAIN, Epidémiologiste
- Docteur Florence BLOGET, Anatomopathologiste,
- Docteur Alain BOURGUIGNAT, représentant de la Ligue Contre le Cancer
- Docteur Maryan CAVICCHI, Gastroentérologue, Président de la Commission Territoriale du Val-de-Marne
- Docteur Eric CHARDIN, Médecin Généraliste
- Madame Monique CHARPENTIER, Déléguée Ile-de-France de l'association EUROPA DONNA
- Docteur Michel DEGHAYE, Radiologue,
- Docteur Aline DEROSIERE, Cancérologue

- Professeur Richard DOUARD, Chirurgien
- Docteur Johann DREANIC, Gastroentérologue, Président de la Commission Territoriale du Val-d'Oise
- Docteur Jean Luc FONTENOY, Médecin Généraliste
- Docteur Christian FORTEL, Radiologue
- Docteur Marie-Christine HAUSCHILD, Gynécologue
- Professeur Dominique LAMARQUE, Gastroentérologue, Président de la Commission Territoriale des Hauts-de-Seine
- Monsieur Thomas LAURET, Président de la Commission Territoriale de Paris
- Docteur Gilbert LEBLANC, Radiologue, Président de la Commission Territoriale des Yvelines
- Madame Sandra LEFEVRE, Directrice du réseau régional de Cancérologie ONCORIF
- Docteur Grégory LENCZNER, Radiologue, représentant l'URPS
- Docteur Mazen MALLA OSMAN, Gastroentérologue
- Docteur Jérôme NICOLET, Chirurgien, Président de la Commission Territoriale de Seine-et-Marne
- Docteur Éric PELTIER, Anatomopathologiste, Président de la Commission Territoriale de l'Essonne
- Professeur Fabien REYAL, Chirurgien Oncologue à l'Institut Curie, représentant des établissements de santé participant à la prise en charge des cancers
- Professeur Yannick RUELLE, Médecin Généraliste
- Professeur Nicolas SELLIER, Radiologue, Président de la Commission Territoriale de Seine-Saint-Denis
- Madame Véronique SIMONNOT, Sage-femme
- Docteur Estelle WAFO, Gynécologue

Le Conseil d'Administration s'est réuni trois fois en 2020 : le 27/02, le 20/07 et le 05/11.

Bureau : description, composition, dates de réunion, ODJ, décisions

Les membres du Bureau ont été élus lors de la première réunion du nouveau Conseil d'Administration le 5 novembre 2020.

Liste des Membres du Bureau :

- Président : Dr Michel DEGHAÏE
- Premier Vice-président en charge du dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) : Pr Dominique LAMARQUE
- Vice-présidente en charge du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) : Dr Marie-Christine HAUSCHILD
- Vice-président en charge du dépistage organisé du cancer du Sein (DOCS) : Pr Nicolas SELLIER
- Secrétaire Général : M. Thomas LAURET
- Secrétaire Général Adjoint : Pr Richard DOUARD
- Trésorier : Dr Jérôme NICOLET
- Trésorier Adjoint : Dr Jean-Luc FONTENOY

Le Bureau se réunit en moyenne une fois par mois et autant que nécessaire. Onze réunions de Bureau se sont tenues en 2020, présidées par le Dr Deghaye, et au cours desquelles ont été débattues et votées les questions relatives à la stratégie, à la gouvernance, à la politique médicale, au budget/finances, aux RH, au système d'information et à l'organisation du CRCDC-IDF.

Assemblée générale : description, composition, dates de réunion, ODJ, décisions

L'Assemblée Générale se compose de membres du CRCDC-IDF, soit les membres fondateurs et les membres participatifs. L'Assemblée Générale s'est réunie une fois dans l'année 2020 à titre ordinaire (le 20/07) et une fois à titre extraordinaire (le 27/02) dans le cadre de la modification des statuts.

1.2.3. Comités consultatifs

Comité scientifique et éthique

Ce comité étudie les aspects médicaux, scientifiques et éthiques des programmes de dépistage organisé des cancers et apporte ses recommandations et suggestions au Conseil d'Administration dans le respect du cahier des charges. Il est composé de 12 à 20 membres, français ou internationaux, désignés par le Conseil d'Administration et choisis dans la communauté médicale et/ou scientifique en raison de leur notoriété médicale et de leur implication dans le dépistage organisé des cancers. Ces membres ont essentiellement un rôle d'expertise. Ils procèdent à l'évaluation des programmes et de leurs résultats en termes d'impact, de qualité, de coût et d'efficacité. Ce Comité donne également un avis éthique et motivé sur l'ensemble des actions et devra être consulté à chaque projet de modification des programmes.

Comité technique par programme

Chaque programme de dépistage dispose d'un Comité technique dédié. Il y a donc un Comité Technique DOCS, un Comité Technique DOCCR et un Comité Technique DOCCU.

Missions : Chaque Comité technique est une instance d'appui et de conseil sur tous les aspects médicaux, organisationnels, scientifiques et éthiques du programme de dépistage organisé des cancers. Il travaille dans le strict respect du cahier des charges et des critères de qualité du programme de dépistage et s'engage à respecter les règles de fonctionnement de l'association.

- Il est force de proposition vis-à-vis du Bureau et du Conseil d'Administration
- Il conseille la Direction Médicale sur la stratégie régionale opérationnelle
- Il participe à la réflexion sur la mise en place du programme de dépistage et sur son évolution
- Il est consulté dans le cadre des activités de recherche, études, publications et communications scientifiques
- Il informe la Direction Médicale et les administrateurs sur les évolutions scientifiques dans son domaine d'intervention
- Il participe activement à l'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein, du côlon ou du col de l'utérus et donne des orientations sur les pistes d'amélioration à apporter.

Composition : Chaque Comité Technique est composé de médecins de différentes spécialités et de professionnels intervenant dans le programme de dépistage organisé. Ils sont choisis en raison de leur notoriété médicale et/ou de leur implication dans le dépistage de ce cancer. Ils sont désignés par le Bureau pour une durée de 4 ans. Le Directeur Médical Régional et le Médecin Référent régional du programme de dépistage y siègent également ainsi qu'à minima un représentant des médecins coordonnateurs/coordonnateurs médicaux des sites territoriaux et un représentant des usagers. Sa composition pourra évoluer si nécessaire.

Réunions : Le Comité DOCS se réunit au moins une fois par an et autant que de besoin. Il est animé par un coordonnateur choisi parmi ses membres. Le Directeur Médical Régional assure l'organisation pratique du Comité en lien avec le coordonnateur du Comité. D'autres médecins ou toute autre personne dont la présence sera souhaitée, pourront assister aux réunions sur invitation du coordonnateur du Comité.

Les réunions des Comités techniques n'ont pas pu se tenir en 2020 compte-tenu de la pandémie de COVID19 et se réuniront de nouveau d'ici la fin de l'année 2021.

Autres comités :

Le Collège des médecins salariés

Missions. Dans le respect du cahier des charges des dépistages organisés des cancers, il doit :

- Être force de proposition pour la mise en œuvre d'un plan d'actions permettant de sensibiliser la population concernée et les professionnels de santé aux dépistages organisés ;
- Elaborer un plan d'action départemental qui permette d'atteindre l'ensemble de la population cible, notamment dans les milieux défavorisés et les personnes vulnérables ;
- Travailler dans un souci d'efficience avec pour objectif premier d'atteindre les taux de participation recommandés par les instances nationales ou européennes.

Ce Collège de médecins peut alerter le Président s'il rencontre des difficultés dans l'exercice de sa mission. Il élabore un rapport annuel d'activité détaillant la mise en œuvre de chaque programme de dépistage et propose des pistes d'amélioration.

Composition. Ce Collège est composé des médecins coordonnateurs/coordonnateurs médicaux des sites territoriaux du CRCDC-IDF. D'autres professionnels médicaux salariés, notamment les sages-femmes, peuvent être invités selon les ordres du jour fixés. D'autres médecins ou toute autre personne susceptible d'apporter une compétence et/ou une connaissance spécifique pourra assister aux réunions sur invitation du coordonnateur du Collège.

Le coordonnateur du Collège des Médecins salariés est le Directeur Médical Régional.

Réunions. Le Collège des médecins salariés se réunit au moins une fois par trimestre et autant que nécessaire.

Le Comité Social et Economique (CSE)

Le rôle du CSE au cours de l'année 2020 a été déterminant pour permettre un dialogue social constructif et permanent au cours d'une crise sanitaire inédite, et plus particulièrement au cours du premier confinement qui a nécessité l'adhésion forte des représentants du personnel.

En 2020, 5 réunions ordinaires et 6 réunions extraordinaires de CSE se sont tenues.

Le CSE a été mis en place en décembre 2019 en conformité avec les exigences légales et réglementaires faisant suite à la fusion-absorption des 8 structures départementales, créant le CRCDC-IDF.

Liste des représentants élus pour le collège non-cadre :

Titulaires

Etienne LE BRUCHEC - Chargé de prévention (94)
Aude TRIEUL- FAUVEAU - Secrétaire en charge des suivis positifs (93)
Ferhouze BOUKHALFI – Technicienne administrative (92)

Suppléants

Isabelle BOULAY – Technicienne administrative (91)
Nadège MAUCOURT - Secrétaire médico-sociale (78)
Cindy DEBOVE - Secrétaire (95)

Liste des représentants élus pour le collège cadre à l'issue du second tour : -

Titulaires

Catherine VINCELET - Médecin coordonnateur (78)
Sarah LEVY - Chargée de prévention (75)

Suppléants

Hamou AIT HADAD – Coordonnateur médical (91 et 77)
Céline AUDIGER- DUZERT – Sage-femme (94)

Parmi les élus au CSE, 2 représentants (1 par collège) siègent en tant que représentants au Conseil d'Administration depuis novembre 2020.

Fonctionnement du CSE

Le CSE d'installation s'est tenu le 21 janvier 2020, présidé par Sabrina ROUYANI, Directrice administrative régionale, agissant par délégation du Président du CRCDC-IDF.

Ont ainsi été élu(e)s à l'unanimité :

- Sarah LEVY en tant que secrétaire du CSE
- Ferhouze BOUKHALFI en tant que secrétaire adjointe du CSE
- Etienne LE BRUCHEC en tant que trésorier du CSE
- Hamou AIT HADAD en tant que trésorier adjoint du CSE
- Céline AUDIGER- DUZERT a été élue à l'unanimité référente en matière de lutte contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes.

La salle de réunion du Siège régional a été mise à disposition des membres du CSE.

Une ligne téléphonique dédiée y est installée 01.85.73.51.13.

Adresse mail : cse@depistage-cancers-idf.fr

Le CSE bénéficie d'un budget de fonctionnement de 0,20% calculé sur la masse salariale brute. Il y a également une contribution de 1,25% de la masse salariale brute réservée aux prestations sociales et culturelles.

Rôle du CSE

Attributions en matière de santé, sécurité et conditions de travail :

Le CSE procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les salariés, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels. Le CSE contribue notamment à faciliter l'adaptation et l'aménagement des postes de travail afin de permettre l'accès et le maintien des personnes handicapées à tous les emplois au cours de leur vie professionnelle. Le CSE peut susciter toute initiative qu'il estime utile et proposer notamment des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des agissements sexistes.

Le CSE procède à des études en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail. Le CSE est également informé et consulté sur les possibilités de reclassement des salariés déclarés inaptes à l'emploi par la médecine du travail.

Attributions d'ordre économique et professionnel :

Le CSE est une instance de dialogue et d'échanges entre la Direction de l'Association et les représentants du personnel élus sur des sujets propres à la vie de l'entreprise. Le CSE a pour mission d'assurer une expression collective des salariés permettant la prise en compte permanente de leurs intérêts dans les décisions relatives à la gestion et à l'évolution économique et financière de l'établissement, à l'organisation du travail et à la formation professionnelle. Le CSE est informé et consulté sur les questions intéressant l'organisation, la gestion et le fonctionnement général de l'établissement (la modification de son organisation économique ou juridique, les conditions d'emploi, de travail, la durée du travail, la formation professionnelle, l'introduction de nouvelles technologies...)

Attributions d'ordre social et culturel :

Le CSE assure, contrôle ou participe à la gestion des activités sociales et culturelles établies dans l'entreprise.

Les Commissions Territoriales

Les Commissions Territoriales sont chargées de contribuer à la déclinaison sur les territoires des missions régionales. A ce titre, elles sont notamment chargées de suggérer la mise en œuvre d'actions de proximité auprès des populations ciblées par le dépistage et des relations avec les professionnels de santé impliqués dans les programmes. Il en existe une par département.

Les membres des Commissions Territoriales sont désignés pour une durée de 4 ans, renouvelable une fois, par le Bureau sous réserve de la ratification de leur désignation par le Conseil d'administration.

Elles sont composées à minima :

- Pour le site territorial : médecin(s) coordonnateur(s)/coordonnateur(s) médical(aux) ; chargé(s) de prévention du site territorial ; sage-femme
- De représentants des acteurs impliqués dans le dépistage des cancers au niveau territorial : médecins, et notamment les membres fondateurs tels que visés à l'article 6.1 selon le territoire dont ils sont issus, sages-femmes, autres professionnels de santé, professions paramédicales concernées par le dépistage
- De représentants des usagers et, le cas échéant, des représentants des collectivités territoriales, dont les Conseils Départementaux et la ville de Paris, impliqués dans le dépistage des cancers.

Un représentant de la direction régionale participera à chacune des réunions des commissions territoriales afin de faire le lien avec le niveau régional et de s'assurer que les actions envisagées par la commission sont bien en accord avec les missions et les financements régionaux.

Toute autre personne ou représentant d'une structure territorialement impliquée dans le dispositif de dépistage des cancers et non membre du CRCDC-IDF peut être amenée à participer, ponctuellement ou à titre permanent, aux réunions des Commissions Territoriales, avec avis consultatif.

Il est possible d'adapter la composition des Commissions Territoriales en fonction des spécificités locales.

Les réunions des Commissions Territoriales se sont tenues une fois au cours du 1er semestre 2020 (à l'exception du Val-de-Marne dont le médecin coordonnateur n'était pas encore recruté) puis une seconde fois au second semestre 2020.

Dates des commissions territoriales en 2020 :

Site de Paris : 18/02 et 22/09

Site de Seine-et-Marne : 16/12 et 21/10

Site des Yvelines : 25/02 et 05/10

Site de l'Essonne : 12/02 et 13/10

Site des Hauts-de-Seine : 17/02 et 14/10

Site de Seine-Saint-Denis : 20/02 et 12/10

Site du Val-de-Marne : 15/10

Site de Val d'Oise : 30/01 et 08/10

Chaque Commission Territoriale a élu son Président lors de la réunion du second semestre 2020. Certains Présidents n'ont pas de suppléant en l'absence de candidat.

Liste des Présidents des Commissions Territoriales élus :

Site de Paris :

Président : Monsieur Thomas LAURET, Directeur Général Univi Santé et Hôpital la Porte Verte, Membre Fondateur et Secrétaire général du CRCDC-IDF

Suppléante : Madame Charlotte KANSKI, Responsable Prévention au Comité de Paris de la Ligue Contre le Cancer

Site de Seine-et-Marne :

Président : Docteur Jérôme NICOLET, Chirurgien en Sénologie et Cancérologie au centre hospitalier du GHEF (site de Marne la Vallée) et à la clinique St Jean l'Ermitage à Melun

Site des Yvelines :

Président : Docteur Gilbert LEBLANC, Radiologue, membre fondateur du CRCDC-IDF

Suppléant : Docteur Bertrand MONOD, Radiologue

Site de l'Essonne :

Président : Docteur Eric PELTIER, Anatomopathologiste, Membre Fondateur du CRCDC-IDF

Site des Hauts-de-Seine :

Président : Professeur Dominique LAMARQUE, Chef de service de Gastroentérologie et d'hépatologie à l'AP-HP, Membre fondateur et Vice-président du CRCDC-IDF en charge du dépistage du cancer colorectal (DO CCR)

Site de Seine-Saint-Denis :

Président : Professeur Nicolas SELLIER, Radiologue, Membre fondateur du CRCDC-IDF

Site du Val-de-Marne :

Président : Docteur Maryan CAVICCHI, Gastroentérologue

Site de Val d'Oise :

Président : Docteur Johann DREANIC, Gastroentérologue libéral à Ermont

1.2.4. Les Conseils Départementaux et la Ville de Paris

En 2020, le CRCDC-IDF a bénéficié du soutien financier des Conseils Départementaux de l'Essonne, de la Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne et du Val-d'Oise ainsi que de celui de la Ville de Paris.

Cette participation financière des Conseils Départementaux et de la Ville de Paris se manifeste soit par le versement d'une subvention financière, soit par la mise à disposition de locaux, matériels et/ou personnels.

Le site territorial du CRCDC-IDF de l'Essonne bénéficie par ailleurs de locaux mis à disposition par le Centre Hospitalier de Bligny et le site territorial du CRCDC-IDF du Val-d'Oise dispose de personnels mis à disposition par le CD 95 et de la CPAM 95 ainsi que de locaux mis à disposition par la CPAM du département. Le site territorial du CRCDC-IDF de Seine Saint Denis dispose de locaux, de matériels et de personnels mis à disposition par le CD 93.

1.3. Fonctionnement**1.3.1. Site régional****Localisation**

Le Siège régional est installé au 3 place Adolphe Chérix à PARIS – 75015 (déménagement en 2021).

Missions

Conformément à l'arrêté du 23 mars 2018 modifiant l'annexe 1 de l'arrêté du 29 septembre 2006, le Siège régional est responsable de la mise en œuvre de l'ensemble des missions de l'Association, de ses obligations sociales et réglementaires et de la gestion administrative et financière.

Il est chargé de la coordination des dépistages des cancers à travers quatre actions principales :

1. La mise en œuvre harmonisée des programmes de dépistage ;
2. L'accueil et le suivi des populations ;
3. Les relations avec les professionnels concourant aux dépistages organisés ;
4. L'évaluation des programmes de dépistages organisés, notamment par le recueil et la transmission régulière de données.

Le CRCDC-IDF a vocation à exercer ces missions telles qu'elles résultent des dispositions actuelles, mais également futures, en application d'un principe de répartition des compétences entre le niveau régional et les sites territoriaux.

Gouvernance des sites

Le CRCDC-IDF assure la gestion administrative et financière de l'ensemble de la structure constituée par le siège régional et les sites territoriaux. En effet, le CRCDC-IDF est seul habilité à signer des conventions financières et à recevoir les subventions de fonctionnement de la part des financeurs principaux ou annexes.

Au regard des nouveaux paramètres induits par la régionalisation, le Conseil d'Administration a décidé de mettre

en place une Direction bicéphale, médicale et administrative, en procédant au recrutement de deux directeurs (dont un par mobilité interne).

L'organigramme complet figure en page 16.

1.3.2. Sites territoriaux

Localisation

Le CRCDC-IDF se compose d'un siège régional et de huit sites territoriaux répartis dans chaque département francilien.

Missions

Les sites territoriaux assurent à l'échelle de leur territoire, la déclinaison des missions dévolues au site régional, les actions de proximité auprès des populations ciblées par les dépistages et les relations avec les professionnels de santé impliqués dans les différents programmes de dépistage.

Concernant les relations avec la population, le site territorial a en charge :

- ❖ L'information et la sensibilisation
- ❖ La mise en place d'actions de lutte contre les inégalités socio-territoriales d'accès au dépistage du cancer
- ❖ L'information sur la prévention des cancers.

Dans ses relations avec les professionnels de santé, le site territorial doit :

- ❖ Mobiliser et animer le réseau ;
- ❖ Informer et former les professionnels de santé
- ❖ Leur fournir un retour d'informations personnalisé
- ❖ Coordonner la 1ère et la seconde lecture des mammographies.

En lien avec la structure régionale, il participe à :

- ❖ L'évaluation du dispositif par son rôle de lanceur d'alerte sanitaire

L'assurance qualité du dispositif, notamment par le contrôle qualité des installations de mammographies et leur vigilance quant au respect du cahier des charges par les professionnels de santé.

1.3.3. Communication (interne et externe)

La stratégie de communication externe vise à faire connaître le CRCDC-IDF du grand public et à renforcer l'adhésion aux programmes de dépistage organisé des cancers pour in fine augmenter la participation de la population cible.

La communication permet de faire connaître l'établissement, c'est valoriser son image, c'est partager et porter de l'information, mais aussi des valeurs.

La communication est à la fois au cœur des relations externes avec la population cible, le grand public, les institutions et les divers partenaires. Une communication interne transparente et continue permet de fédérer les collaborateurs.

La stratégie de communication accompagne la politique du CRCDC-IDF dans le déploiement de son projet de santé publique.

Communication interne

La Direction du CRCDC-IDF attache une grande attention à la communication interne qui est un véritable enjeu dans la gestion des ressources humaines. Elle participe au développement de la culture d'entreprise permettant de mobiliser et de fidéliser les collaborateurs autour de valeurs communes et partagées : l'accès au dépistage

pour les populations « cibles » et particulièrement les plus éloignées du soin, l'exigence de qualité et le sens de l'intérêt général.

La communication interne vise aussi à valoriser les individus et les compétences. Elle permet à chacun de situer son rôle au sein de l'organisme, elle décroïonne les sites pour créer une cohésion d'ensemble et met en évidence les performances et les contre-performances dans une logique de qualité et d'amélioration continue.

Bien que limitées par la situation sanitaire, quelques actions de communication interne ont eu lieu en 2020 :

La diffusion de la newsletter mensuelle qui, depuis octobre 2019, participe à la circulation de l'information au sein du CRCDC-IDF. Depuis mai 2020, les newsletters sont conçues et diffusées via l'outil Sarbacane. Cette application permet d'optimiser la forme de la newsletter, de rendre son contenu plus attractif et de faciliter l'évaluation par le suivi du taux d'ouverture du mailing. On observe que ce taux d'ouverture a légèrement augmenté sur le deuxième semestre 2020.

Par ailleurs, les vœux du Président au personnel du CRCDC-IDF organisés le 17 janvier 2020, compte parmi les temps forts de la vie interne de l'établissement. Ce temps de rencontre organisé dans les locaux de la Place Adolphe Chérioux fut marqué par un discours du Président pour remercier les collaborateurs de leur engagement sur l'année écoulée et donner les perspectives de l'année à venir. L'ensemble des collaborateurs étaient ensuite conviés à partager une galette des rois dans un cadre convivial et d'échange entre les collaborateurs.



Communication externe du CRCDC-IDF

La communication externe du CRCDC-IDF lui permet d'affirmer son identité dans l'environnement francilien des associations de santé publique et auprès des organismes de tutelle, des institutions, des collectivités locales. Il s'agit de créer et d'entretenir l'image du CRCDC-IDF grâce à une combinaison d'actions qui le valorisent : développer la présence de l'organisme sur le web, renforcer les relations avec les partenaires, médias, harmoniser l'utilisation de la charte graphique.

La stratégie digitale du CRCDC-IDF a été renforcée avec la mise en ligne du site web du CRCDC-IDF en mai 2020. Ce site web permet aux assurés de solliciter leurs invitations aux programmes de dépistage directement auprès du CRCDC-IDF. Des comptes CRCDC-IDF ont également été créés sur les réseaux sociaux : la page LinkedIn a été créée en janvier, le compte Twitter en mai et la page Facebook régionale en octobre 2020, suivie des 8 pages Facebook des sites territoriaux. Pour le CRCDC-IDF, il s'agit d'accroître sa notoriété auprès du grand public et des différents partenaires et d'élargir sa visibilité. Grâce à des mises à jour et publications régulières, le CRCDC-IDF partage ses actualités et son activité pour renforcer l'adhésion aux programmes de dépistage des cancers et en faciliter l'accès auprès de la population.

Sur le terrain, l'objectif du CRCDC-IDF était de multiplier les rencontres avec les professionnels de santé pour renforcer leur mobilisation dans la mise en œuvre des programmes de dépistage organisés des cancers. En 2020, ces rencontres n'ont malheureusement pas pu avoir lieu en présentiel en raison de la crise sanitaire qui a généralisé les rencontres virtuelles. Les Journées Françaises de Radiologie d'octobre 2020 et le Forum dépistage

du colloque de la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire de novembre 2020 ont eu lieu sous la forme de colloques virtuels.

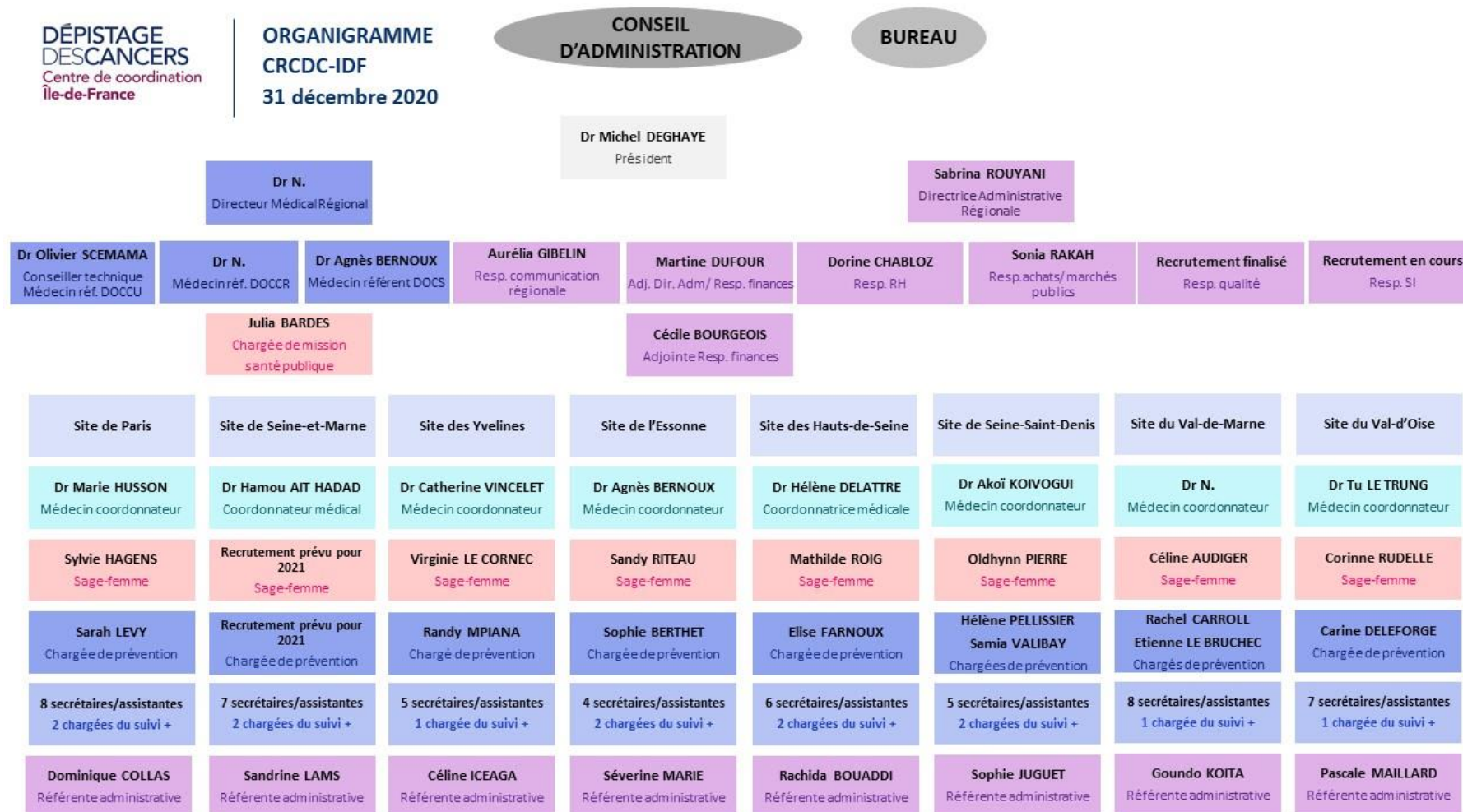
La communication externe c'est aussi la diffusion de communiqués de presse auprès de la presse médicale pour cibler les professionnels de santé, et auprès de la presse généraliste pour toucher la population cible. Le communiqué de presse paru le 1^{er} octobre 2020 pour Octobre Rose a généré de belles retombées médiatiques, avec notamment un reportage tv de France 3 Ile-de-France tourné sur le site de Paris et diffusé le 02 octobre 2020, un reportage de TV Fil 78 tourné sur le site des Yvelines, une interview d'un médecin coordonnateur dans le cadre d'une émission spéciale cancer sein sur TV 78, l'intervention d'un médecin coordonnateur pour expliquer le bien fondé du dépistage organisé du cancer du sein dans une émission de la radio Marmite FM auxquels s'ajoutent les films des CPAM qui bien qu'ayant vocation à être diffusé en interne, permette de toucher les salariés de la population cible et leurs proches.

1.3.4. Partenariats

Les partenariats régionaux envisagés avec des collectivités, des institutionnels, des établissements de soin, des mutuelles, des associations de patients ou des résidences sociales ont également pris du retard. Mais le CRCDC-IDF entend toujours travailler en collaboration avec toutes les organisations qui partagent ses ambitions pour réduire les inégalités d'accès au dépistage et faire diminuer la mortalité par cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus. Quelques rencontres préliminaires ont pu avoir lieu avec les résidences ADEF mais le projet a été interrompu par les confinements successifs et sera relancé en 2021. De même, la participation du CRCDC-IDF à la Cancer Pride, au Salon des Maires d'Ile-de-France et au Salon des Seniors a été compromise par la crise sanitaire. Si la situation sanitaire le permet, le CRCDC-IDF participera aux rencontres régionales (salons, congrès ou conférences nationales et/ou internationales) organisées en 2021 afin d'élargir son réseau et de développer sa notoriété et des partenariats.

1.4. Personnel

1.4.1. Organigramme au 31 décembre 2020



1.4.2. Signature d'un accord collectif et de performance collective

L'évènement marquant de 2020 est la signature d'un accord collectif et de performance collective, nouvel élément constitutif de la régionalisation.

En effet, l'ensemble des salariés du CRCDC-IDF, bien que travaillant sur des sites géographiques distincts, font depuis le 1^{er} mai 2019 partie d'une même collectivité de collaborateurs et sont amenés à partager des conditions de travail et des intérêts communs. Dans ce cadre, un Comité social et économique unique (CSE) a été mis en place en décembre 2019.

Les salariés du CRCDC-IDF étaient jusque-là soumis à des statuts différents, en raison des dispositions de leur contrat de travail ou d'usages issues des anciennes structures de gestion et qui continuaient légitimement de leur être appliqués. En particulier, les salariés des différents sites appartenant à la même catégorie professionnelle n'étaient pas soumis à la même durée du travail et ne bénéficiaient pas des mêmes avantages en termes de rémunération ou de congés.

Il n'apparaissait donc pas justifié de laisser perdurer des disparités de traitement qui, au regard de la structure unique, n'avaient plus aucun fondement.

Par ailleurs, il semblait indispensable que le CRCDC-IDF se dote d'un statut collectif conforme aux usages professionnels et compatible avec l'impératif de rigueur budgétaire auquel il est soumis, compte-tenu de son activité d'intérêt général financée par des fonds publics.

En conséquence, il est apparu nécessaire de mettre en place un statut collectif harmonisé et des conditions de travail équivalentes pour tous les salariés appartenant à la même catégorie professionnelle, quel que soit le site territorial de rattachement.

Ainsi, en pleine concertation avec les instances de gouvernance et le Président du CRCDC -IDF, la Directrice administrative régionale a engagé des négociations afin de mettre en place un nouveau système de rémunération et d'aménagement du temps de travail adapté à son activité, tout en favorisant la qualité de vie au travail et l'équilibre vie professionnelle et vie personnelle des salariés.

À l'issue des 5 réunions qui se sont tenues le 12 mars 2020, le 17 juillet 2020, le 15 septembre 2020, le 25 septembre 2020 et le 08 octobre 2020, ***les Parties sont ainsi parvenues, le 16 octobre 2020, à signer un accord collectif ayant notamment valeur d'accord de performance collective conclu en application de l'article L.2254-2 du code du travail.***

Les dispositions de l'Accord se sont donc substituées de plein droit à toute disposition conventionnelle antérieure ayant le même objet ainsi qu'à tout usage ou engagement unilatéral ayant le même objet.

Les dispositions des Titres 3 et 4 de l' Accord s'inscrivent dans le cadre des articles L.2254-2 et L.2253-6 du code du travail et constituent à ce titre les dispositions d'un accord dit de performance collective. Elles se substituent en conséquence aux stipulations contraires et incompatibles des contrats de travail des collaborateurs du CRCDC-IDF.

À cette fin, les rémunérations de l'ensemble des salariés ont été structurées par référence exclusive aux dispositions de la Convention Collective CCN 51 (dite FEHAP). Cette disposition s'est appliquée dès l'entrée en vigueur de l'Accord pour les salariés nouvellement recrutés.

Tous les éléments de rémunération dont bénéficiaient les salariés employés avant l'entrée en vigueur de l'Accord et qui n'étaient prévus ni par celui-ci, ni par la Convention collective CCN 51 ont cessé de s'appliquer dès l'entrée en vigueur de l'Accord.

Toutefois, une période de transition a été aménagée pour les salariés inscrits à l'effectif du CRCDC-IDF à la date d'entrée en vigueur de l'Accord. Dans ce cadre, les avantages précités ont continué de

s'appliquer jusqu'au 31 décembre 2020, aux salariés qui en bénéficiaient de façon effective à la date d'entrée en vigueur de l'Accord.

1.4.3. Effectif et mouvement de personnel

Effectif :

Le CRCDC-IDF se compose de 99 salariés répartis en :

- 90 femmes et 9 hommes
- 36 cadres et 63 non-cadres

Mouvement du personnel :

14 départs et 11 recrutements ont eu lieu en 2020.

1.4.4. Formation

L'année 2020 ayant été particulière, un certain nombre de congrès ou de formations ont été annulés ou reportés sur 2021.

Une formation sur le CSE (2 personnes) et une formation sur les missions du référent harcèlement sexuel et agissements sexistes (2 personnes) ont pu avoir lieu en 2020.

6 personnes ont assisté au 45^{ème} congrès FEHAP sur la prévention.

1.5. Logistique

1.5.1. Système d'information

Les objectifs de modernisation et de performance du système d'information ont été poursuivis. En effet, le renouvellement du parc informatique pour l'ensemble des sites est effectif depuis mars 2021. De plus, le logiciel métier régional eSIS-3D entrera dans sa phase opérationnelle sur le site pilote du 91, dès juin 2021, avant son déploiement à l'ensemble des sites.

1.5.2. Mutualisation des locaux du Siège Régional et du Site de Paris

Les conventions d'occupation des locaux arrivaient à échéance, respectivement, le 31/03/2021 pour le siège du CRCDC-IDF et le 15/05/2021, pour le CRCDC-IDF Site de Paris. C'est la raison pour laquelle un mandat a été passé avec plusieurs agences immobilières afin de mutualiser les locaux du siège et du site de Paris. A l'issue d'une période de 7 mois, les recherches immobilières ont conduit à la signature d'un bail commercial d'une durée de 9 ans.

Le bien est situé au 28 rue Desaix à Paris (75015) et comporte une entrée supplémentaire au 16 square Desaix, afin de permettre un accès dissocié pour le site de Paris.

Des travaux ont été effectués pour tenir compte de la spécificité de l'activité du dépistage.

1.5.3. Liste et description du matériel

Après un recensement des différentes pratiques, une mise en concurrence a été effectuée sur les achats afin de permettre des commandes groupées pour les 8 sites.

Ci-dessous les secteurs concernés :

- Régionalisation de l'application du programme de dépistage des cancers du sein.
- Contractualisation du logiciel métier régional e SIS

- Environnement administratif (fournitures de bureau, mobilier, matériel informatique, impression) ;
- Assurance
- Téléphonie/réseaux
- Équipement général (mobilier, EPI, produits d'hygiène...) ;
- Services aux bâtiments (nettoyage, gardiennage, maintenance) ;

1.6. Gestion financière

1.6.1. Modalités de financement

Le budget du CRCDC-IDF est arrêté par le Conseil d'Administration sur proposition du bureau. Il inclut l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses prévues pour l'exercice y compris celles provenant d'autres financeurs (Conseils Départementaux du 91, 93 et 95 ainsi que la Ville de Paris). Il fixe le montant des crédits destinés à la réalisation des objectifs du CRCDC-IDF en distinguant les dépenses de fonctionnement d'une part et les investissements d'autre part. Ces derniers font l'objet de dotations annuelles.

Le CRCDC-IDF est financé en totalité par des fonds publics (ARS, Assurance maladie, MSA, Conseils Départementaux, Ville de Paris).

Les conventions de financement de l'ARS, de l'Assurance maladie et de la MSA prévoient un premier versement au cours du 1^{er} semestre de l'année civile après la tenue des dialogues de gestion, correspondant à 80 % de la subvention allouée l'année précédente. Le solde, correspondant à la différence entre la dotation finale retenue et le premier versement, est versé en fin d'année ou l'année suivante en fonction du compte de résultat.

Outre sa participation aux frais de fonctionnement du CRCDC-IDF à part égale avec l'ARS, l'Assurance Maladie prend en charge les achats et frais de lecture des tests dans le cadre du marché national pour le dépistage organisé du cancer colorectal ainsi que les dépenses liées à la seconde lecture des mammographies (refacturées par le CRCDC-IDF).

1.6.2. Répartition du financement

La demande initiale de financement du CRCDC-IDF pour l'année 2020 se chiffrait à 14 393 963 €. Après plusieurs réunions de dialogue de gestion et la prise en compte à la demande des financeurs de plusieurs ajustements, le budget 2020 révisé a été accepté pour un montant de 13 767 006 €.

Toutefois, le montant réellement perçu en 2020 a été inférieur de plus d'un million d'euros par rapport aux prévisions budgétaires suite à la diminution du financement de l'ARS et de l'Assurance Maladie dont le montant des dotations est également en baisse au regard de l'année précédente.

Le montant global des recettes s'est élevé à **13 246 052 €** réparti trois catégories principales : subventions de fonctionnement, remboursement des 2^{èmes} lectures de mammographies et autres recettes.

SUBVENTIONS DE FONCTIONNEMENT

Financiers	Subvention versée 2019	Budget révisé 2020	Subvention versée 2020	Ecart en € 2020/2019	Ecart en € 2020 versé/ 2020 sollicité
ARS	5 428 304 €	5 705 879 €	5 197 507 €	-230 797 €	-508 372 €
Assurance maladie	4 962 346 €	5 454 056 €	4 745 549 €	- 216 537 €	-708 537 €
MSA	342 143 €	251 794 €	306 988 €	- 35 155 €	55 194 €
Autres financiers	1 170 239 €	1 261 000 €	1 390 150 €	219 911 €	129 150 €
TOTAL	11 903 032 €	12 672 759 €	11 640 194 €	-262 838 €	- 1 032 565 €

La part des autres financiers est constituée de :

- Ville de Paris : 750 000 €
- Conseil Départemental 91 : 200 150 €
- Conseil Départemental 95 : 280 000 €
- MyPEbs : 160 000 €

2EMES LECTURES DE MAMMOGRAPHIES

Pour l'année 2020, 267 101 mammographies ont fait l'objet d'une deuxième lecture facturée aux caisses d'Assurance Maladie pour un montant de 1 068 404 € répartis comme suit :

Régime	Montant
CPAM – Régime général	975 702 €
CPAM – Autres régimes	30 390 €
MSA	62 313 €
TOTAL	1 068 404 €

AUTRES RECETTES

Libellé	Montant
Produits divers de gestion courante	438 €
Intérêts financiers	185 €
Transfert de charges	15 301 €

Recettes diverses (cotisations)	7 950 €
Reprise sur fonds dédiés (DOKCU + démat)	450 539 €
Produits sur exercice antérieur	63 041 €
TOTAL	537 454 €

Les transferts de charges proviennent à hauteur de 14 000 € du contrat CIFE pour la sage-femme du site du 94 concernant ses travaux sur le thème « Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : comprendre l'impact sur les disparités sociales et territoriales en région Ile de France ».

La reprise de fonds dédiés concerne le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus à hauteur de la totalité des engagements 2020 comme évoqué lors des dialogues de gestion soit 356 904 €. L'autre partie concerne l'expérimentation « démat' » pour laquelle le CRCDC-IDF a récupéré les fonds dédiés lors du transfert d'activité du CDC 93 en mai 2019.

Enfin les produits sur exercice antérieur correspondent principalement au solde de la subvention du Conseil Départemental du Val-d'Oise pour 2019 qui n'avait pas été provisionné.

👉 **Au global, les recettes sont en inférieurs de près de 63 K€ par rapport à 2019.**

1.6.3. Situation financière

L'année 2020 a été impactée par la crise sanitaire liée à la COVID 19 et le premier confinement durant lequel les sites territoriaux ont fermé. Cet arrêt d'activité a eu des répercussions sur certaines lignes budgétaires liées au frais généraux (fournitures administratives, consommation électrique...) et sur la participation aux programmes de dépistage organisé des cancers.

Toutefois, une politique de rattrapage des invitations a été mises en place dès le mois de juin encourageant ainsi les franciliens et franciliennes à effectuer leurs examens de dépistage.

ACTIVITE 2020

Dépistage	Invitations	Relances 1	Relances 2	Total courriers envoyés	Total courriers prévus	Dépistages réalisés	Dépistages prévus
DO SEIN	945 085	664 609	0	1 609 694	1 663 444	292 021	273 563
DO CCR	2 069 950	2 053 917	935 374*	5 059 241	5 171 714	425 068	500 000

**Dont 158 476 avec test*

Les envois d'invitations ont ainsi pu être réalisés en totalité, l'écart avec les prévisions budgétaires venant uniquement des relances. En effet, le décalage des invitations a reporté certaines relances sur l'exercice suivant. D'autre part, pour le dépistage organisé du cancer du sein, l'arrivée en très grand nombre des dossiers de mammographies dans les sites territoriaux dès le mois de septembre a conduit le CRCDC-IDF à reporter certaines relances sein.

Si la participation au programme de dépistage organisé des cancers du sein est inférieure à l'année précédente pour les raisons précédemment évoquées la forte activité du 4^{ème} trimestre a permis de compenser partiellement l'arrêt des dépistages pendant le premier confinement.

Concernant le dépistage organisé du cancer colorectal le taux de participation est très supérieur à l'année précédente, année toutefois non représentative en raison de la rupture liée au renouvellement du marché de fourniture et de lecture des tests. Pour 2020, la participation très dynamique constatée dès la reprise des sollicitations a malheureusement été très ralentie en fin d'année en raison des retards dans la livraison des nouveaux tests et de la confusion dans les messages reçus par les médecins prescripteurs.

REPARTITION DES DEPENSES

Type de dépenses	Réalisé 2019	BP 2020 révisé	Réalisé 2020	2020/2019	2020/BP 2020
Frais de structure	1 526 074 €	1 692 694 €	1 518 946 €	-0.47 %	-10.26%
Ressources Humaines	5 162 857 €	5 234 266 €	5 352 806 €	3.68 %	2.26 %
Activité tous DO	4 908 882 €	6 840 047 €	6 292 833 €	28.19 %	-8.00 %
TOTAL	11 597 813€	13 767 007 €	13 164 585 €	13.51 %	-4.38 %

Concernant les frais de structure, la diminution est principalement liée à l'impact de la crise sanitaire (fermeture des sites territoriaux, actions de communication limitées) et à la ligne portant sur les honoraires juridiques et sociaux.

La hausse du poste ressources humaines est liée à l'ajustement de la provision retraites suite au rattachement à la convention collective CCN51, les rémunérations brutes affichant elles une baisse de 137 K€.

L'évolution des dépenses directement liées à l'activité des dépistages organisés est en corrélation avec les facteurs précédemment évoqués : légère diminution des dépenses pour le dépistage organisé des cancers du sein, hausse pour le dépistage organisé des cancers du côlon et du col de l'utérus.

Concernant ce troisième programme, les invitations ont été envoyées conformément aux prévisions budgétaires. Toutefois, les dépenses restent inférieures aux engagements annoncés en raison de l'absence de transmission automatisée des résultats d'examen. En effet, le CRCDC-IDF reste en attente de la publication par l'INCA de la norme d'échange avec les cabinets d'anatomo-cytopathologie.

Cette absence de transmission de résultat réduit considérablement les charges affectées au suivi des positifs.

FOCUS SUR LES INVESTISSEMENTS

En 2020 le CRCDC-IDF a investi 269 K€ :

- Assistance maîtrise d'ouvrage informatique	:	33 k€
- Logiciel métier (E-Sis) et autres licences	:	115 K€
- Matériel informatique	:	13 K€
- Remise en état forfaitaire site 75	:	15 K€
- Dépôt de garantie siège et nouveau site 75	:	48 K€
- Mobilier, aménagements	:	5 K€
- Réparation négatoscopes	:	40 K€

Le montant des dotations globales s'est élevé à 92 K€ contre 62 K€ en 2019 et 139 K€ prévus dans le budget 2020. En effet, le renouvellement du parc informatique a été en grande partie décalé sur le début de l'année 2021 et les investissements dans les modules la gestion des résultats des cabinets d'anatomo-cytopathologie n'ont pas été engagés.

Le total des dépenses en 2020 s'élève à **13 164 585 €**, elles sont en hausse de plus de 1.5 M€ par rapport à celles de 2019 mais inférieurs de 602 K€ par rapport au budget révisé.

Grâce à la reprise des fonds dédiés le compte de résultat du CRCDC-IDF est positif en 2020.

2. MISSIONS TRANSVERSALES

2.1. Territoire

La région francilienne se caractérise par un contexte sociodémographique, épidémiologique et médical à la fois favorable et très contrasté.

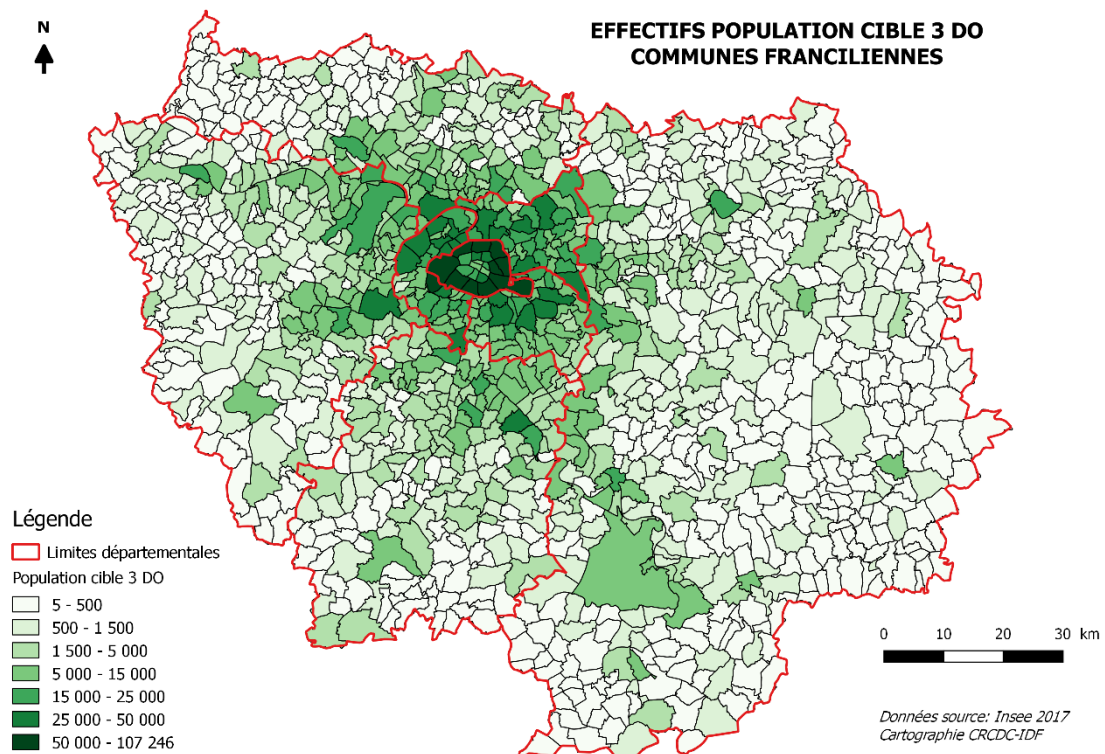
2.1.1. Une population dense, riche mais très contrastée

Région plutôt jeune, globalement très dense (10 fois plus dense que la moyenne nationale), s'y opposent les zones fortement urbanisées et plus jeunes du noyau central parisien et de sa petite couronne, aux territoires plus ruraux et vieillissants de la grande couronne.

En 2020, la population cible relative aux 3 dépistages organisés représentait 5 412 083 habitants, soit 18,1% de la population cible totale de France métropolitaine (Insee). A l'image d'une population francilienne plutôt jeune, notamment pour Paris et sa petite couronne, la population concernée par le DOCCU occupe une part relativement importante de la population cible.

Données Insee 2020*	Population cible				Population générale
	DOCS	DOCCR	DOCCU	3DO	
France métropolitaine	10 330 524	19 805 848	16 988 001	29 953 479	65 186 843
France métropo + DOM	10 638 699	20 387 666	17 571 079	30 891 760	67 354 741
IDF	1 685 193	3 200 428	3 397 752	5 412 083	12 308 993

* moyenne calculée à partir des estimations INSEE du 1^{er} janvier 2020 et du 1^{er} janvier 2021

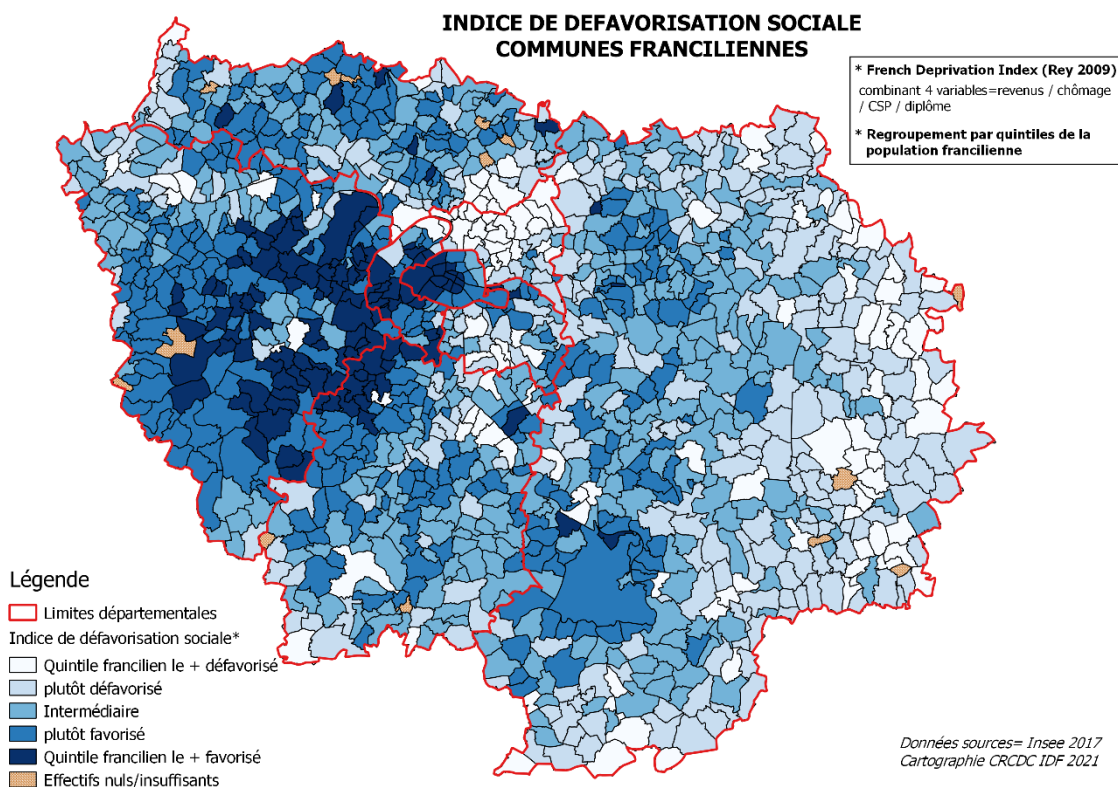


Les niveaux de revenu de ses habitants (données Insee 2018) font de l'Île de France la **région la plus riche** de France **mais aussi la plus contrastée**, avec des écarts individuels de revenus (indice de Gini, écarts interdéciles) les plus marqués de France métropolitaine. A côté d'une population riche, se décèle un taux

non négligeable de pauvreté (15,6%), en légère augmentation par rapport à l'année précédente (15,3%) et supérieur à la moyenne nationale métropolitaine (14,6%).

Ces **disparités sociales sont spatialement marquées**, avec des **différences départementales** particulièrement significatives. L'IDF rassemble en son sein, des départements situés aux 2 extrêmes de la pyramide sociale : 5 départements classés parmi les 6 départements les plus riches de France et un département, la Seine-Saint-Denis, le plus pauvre de France métropolitaine (revenus médians, taux de pauvreté). Le Val de Marne et le Val d'Oise occupent une position plus intermédiaire, se situant respectivement au 13^e et 21^e rang des départements français les plus aisés tout en concentrant des taux importants de pauvreté (17,2% et 16,6%).

La cartographie du profil socioéconomique des communes franciliennes, réactualisée avec les données Insee de 2017 (dernières données en date disponibles à échelle géographique fine), reflète cette même fracture est/ouest de la région, avec, d'un côté, la situation très favorable des départements de Paris, des Hauts-de-Seine et des Yvelines et, de l'autre, l'extrême vulnérabilité touchant la quasi-totalité du territoire de Seine-Saint-Denis. L'observation à échelle communale des profils populationnels vient toutefois rappeler l'existence de zones socialement vulnérables dans chacun des départements franciliens.



La prise en compte des niveaux de richesse mais aussi de disparités internes au territoire est essentielle au déploiement d'une stratégie de lutte contre les inégalités et à la définition de ses zones d'action prioritaires. Des indicateurs moyens, mêmes communaux, peuvent en effet masquer d'importantes poches de précarité, tout particulièrement dans les territoires à forte mixité sociale, comme à Paris.

Cette composition sociale est un élément important à prendre en compte dans l'analyse des taux de participation aux dépistages organisés obtenus sur le territoire francilien. L'Ile de France, et en particulier les départements de Paris et des Hauts-de-Seine, enregistrent de faibles taux de DO, compensés, pour le dépistage du cancer du sein, par un fort dépistage individuel (on peut supposer une tendance similaire pour le DOCCR). Il s'agit également des territoires combinant les plus forts niveaux de richesse et de disparités, signifiant la présence en leur sein de populations à la fois très favorisées (plus enclines au DI)

et très défavorisées (en retrait de la prévention), soit des catégories de la population les moins réceptives au DO.

2.1.2. Des indicateurs de santé globalement favorables mais inégaux

La situation épidémiologique suit la tendance socioéconomique, avec des indicateurs de santé – espérance de vie, taux de mortalité (Insee 2019) – globalement favorables mais empreints de fortes disparités socio-territoriales. Pour les cancers, la situation est un peu différente et plus nuancée ; le poids des inégalités sociales face à la maladie s'exerçant différemment en fonction du type de cancer considéré. Les hommes d'Île-de-France connaissent une situation plutôt favorable par rapport à la moyenne nationale, à la fois en termes d'incidence et de mortalité par cancers¹. Les franciliennes enregistrent de leur côté des taux d'incidence et de mortalité par cancer comparables à la moyenne nationale. Pour le cancer du sein, dont l'incidence obéit à un gradient social inversé², il existe en IDF et plus encore à Paris une sur-incidence importante de ce cancer (+6% et +15% respectivement par rapport à la moyenne nationale). En termes de mortalité, les tendances sont toutefois à la suppression de ces différences régionales (et interdépartementales) avec, depuis 2005, une baisse significative de la mortalité par cancer du sein en IDF, pour atteindre en 2015 des taux moyens équivalents à celui de la France métropolitaine (tableaux de bord DOCS). La littérature vient rappeler à cet égard l'impact plus tranché des inégalités sociales de santé sur la survie au cancer, en raison d'un meilleur accès à la prévention et aux traitements des catégories sociales plus favorisées. Celles-ci s'observent dans tous les pays européens et pour tous types de cancer (notamment pour les cancers à bon pronostic comme le colorectal)³. En France, elles sont particulièrement prononcées, avec une tendance à leur accentuation chez les femmes au cours des dernières décennies⁴. Pour le cancer du sein, elles ont fini par contrebalancer une situation initiale plus favorable pour les femmes issues de milieu défavorisé, qui présentent un risque de cancer du sein plus faible, mais une mortalité dorénavant plus élevée.

2.1.3. Une offre de soins dense mais inégalement répartie sur le territoire

L'offre de soins francilienne se caractérise par un nombre important de médecins généralistes et de spécialistes, en lien avec le niveau de peuplement et d'urbanisation de la région. Au 1^{er} janvier 2020, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) recensait 64 074 médecins en IDF (soit 20,9% de l'offre de soins nationale). Avec une densité de médecins en activité régulière de 330 pour 100 000 habitants, l'IDF est la 2^e région la mieux pourvue. Ces indicateurs régionaux cachent d'importantes disparités départementales, Paris concentrant la plus forte densité médicale de France (695). La Seine et Marne en particulier, mais aussi le Val d'Oise, l'Essonne, la Seine-Saint-Denis occupent des positions très nettement inférieures à la moyenne nationale. Par rapport à 2019, il est à noter une légère diminution du nombre de médecins en activité régulière dans la région.

A l'exception de Paris et des Hauts-de-Seine, la densité en médecins généralistes est inférieure à la moyenne nationale dans tous les départements franciliens. Pour ce qui est de l'offre en spécialistes (médicaux et chirurgicaux), l'IDF enregistre une position plus favorable, notamment à Paris, dans le Val de Marne et les Hauts de Seine, avec des densités médicales très largement supérieures à la moyenne nationale (CNOM 2020). On notera toutefois un nombre important de spécialistes exerçant en secteur 2 dans l'agglomération parisienne, avec les difficultés financières d'accès qui en découlent pour une partie de la population.

1 Rapport SPF, Estimations en Île-de-France d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016

2 Bryere et al [2017]. Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. BEH, 4

3 Mackenbach et al. [2008]. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med.;358(23)

4 Menvielle et al. [2008] Educational differences in cancer mortality among women and men: a gender pattern that differs across Europe. Br J Cancer, 98 (5)

La Seine et Marne reste très largement sous-dotée en médecins spécialistes, rejointe par la Seine-Saint-Denis et l'Essonne pour ce qui de l'offre en spécialistes chirurgicaux.

2.1.4. Des dispositifs politiques en soutien à la prévention et à l'accès aux soins, notamment en direction des populations plus démunies

Les difficultés (géographiques ou financières) d'accès aux soins que peuvent rencontrer certains territoires sont toutefois compensées par l'importance des dispositifs franciliens en faveur d'une offre de soins de proximité, financièrement accessible, mieux coordonnée. Avec plus de 350 centres de santé (centres dentaires exclus), particulièrement bien implantés à Paris et en Seine-Saint-Denis, plus d'une centaine de Maisons de Santé Pluridisciplinaire, de nombreuses PMI, des pôles de santé ou encore les nouvelles communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins sont nombreux. En 2020, 17 CPTS ont vu le jour en IDF, passant ainsi, en un an, de 1 à 18 CPTS opérationnelles à la fin 2020.

Avec 82 contrats locaux de santé (CLS) actifs, l'Île-de-France témoigne par ailleurs d'une mobilisation singulière des collectivités territoriales et de l'ensemble des partenaires engagés pour construire des politiques publiques de santé au plus près des territoires et en soutien des plus démunis. L'Île-de-France reste aussi la région la plus dotée en Ateliers Santé Ville (ASV, dont une majorité en Seine-Saint-Denis), dont la démarche continue à porter une stratégie territoriale intégratrice de promotion de la santé auprès des habitants des quartiers défavorisés. La population francilienne identifiée comme vulnérable par la politique de la ville (résidente des quartiers prioritaires) est couverte à près de 96% par les CLS et/ou ASV. Ce constat est néanmoins à nuancer dans trois départements de la grande couronne, moins pourvus en dispositifs de pilotage local.

Tous ces acteurs du territoire, CLS, ASV, CMS ou CPTS, restent les partenaires privilégiés du CRCDC IDF pour le déploiement d'actions sur le terrain mieux ciblées, ancrées sur le territoire, adaptées aux besoins des populations, dans une dynamique partenariale durable.

2.2. Mise en œuvre harmonisée des programmes de dépistage

Débutée en 2019 avec la création du CRCDC-IDF, l'harmonisation des pratiques médicales pour les 3 programmes de dépistage organisé s'est poursuivie en 2020 via un travail collaboratif entre les différentes structures départementales : harmonisation des procédures de recueil des données et de relances, préparation de la construction de la base de données régionale pour les 3 dépistages. L'élaboration en 2020 du plan d'action médical vient structurer les perspectives d'action autour d'objectifs communs et partagés.

2.2.1. Elaboration du plan d'action médical CRCDC-IDF 2020-2022

Dans un souci d'amélioration continue de nos actions, un plan d'action médical a été élaboré et co-construit entre le niveau régional et les territoires. La réalisation d'un état des lieux de la région francilienne (forces et faiblesses vis-à-vis du dépistage organisé) a permis de définir les axes prioritaires et pistes d'amélioration possibles, appuyées du retour d'expérience de chacun des sites territoriaux. Le plan d'action s'articule autour de 4 axes prioritaires (objectifs généraux), déclinés en plusieurs objectifs stratégiques (leviers d'action) et opérationnels (éléments constitutifs de l'action). Chaque site territorial a ajusté le plan d'action aux spécificités et état d'avancement opérationnel de son département.

Objectifs généraux > Leviers d'action : objectifs stratégiques

>> Priorités 2021



Augmenter la
PARTICIPATION
aux DO

- Renforcer l'impact des invitations
- Augmenter la visibilité du DO
- Innover pour faciliter l'acte de dépistage
- Mobilisation des PS

- Montée en charge DOCCU, expérimentation stratégies renforcées
- Augmenter com médiatique + relais de com (mairies)
- Développer nvx circuits & stratégies complémentaires
- Info/formation sur DOCCU, stratégies de visiteur médical, synergie territoriale



Améliorer le
SUIVI des tests
positifs/TTI

- Améliorer processus de recueil, ↘ perdus de vue
- Surveiller/alerner sur délais de prise en charge
- Accompagner (populations et PS)

- Recueil DOCCU + transferts facilités (messagerie cryptée)
- Remontées semestrielles d'indicateurs
- Info/formation DOCCU sur nv CAT



Réduire les **INEGALITES**
sociales &
territoriales
d'accès au dépistage

- Méthodologie d'intervention affinée
- Agir dans territoires socioéconomiquement défavorisés
- Agir dans territoires isolés, sous-dotés en offre de santé
- Agir auprès des publics vulnérables (handicap, grande précarité, en institut...)

- Pole ressource études, formation CCP, accompagnement projets
- A maintenir + diversification des stratégies + suivi des actions
- Rapprochement collectivités/réseaux de santé
- A maintenir + nvx projets (accessibilité handicap)



Améliorer la
QUALITE des
programmes

- Processus internes : optimisation, harmonisation
- Evaluation
- Expérimentations

- Déploiement DOCCU (suivi) + construction E-sis 3D
- Inclusion d'indicateurs d'évaluation ds actions de promotion
- Anticiper évolutions (MyPebs, Demat, dépistage bronchopulmonaire), innover en promotion de la santé

2.3. Promotion des dépistages

2.3.1. Harmonisation des pratiques, mutualisation des ressources, méthodologie d'intervention renforcée

En 2020, des groupes de travail pluriprofessionnels interdépartementaux ont été constitués sur différents pôles thématiques : 1) identification et construction des partenariats, 2) centralisation et développement d'outils numériques, 3) formation d'acteurs relais, 4) méthodologie de projets, 5) relations avec les professionnels de santé, 6) études et recherche.

Le groupe méthodologique a développé une grille commune et opérationnelle de suivi des actions de terrain, permettant une synthèse régionale rapide du nombre et types d'interventions menées sur les différents territoires. Celle-ci repose sur une typologie d'actions, définie en lien avec les objectifs stratégiques du plan d'action et agrémentée d'indicateurs d'évaluation. Un modèle de fiche action a été élaboré pour le suivi opérationnel de certains projets, avec en perspective la création d'une base ressource pour partage et capitalisation.

Le CRCDC-IDF est engagé dans le projet national de capitalisation d'expériences sur le DOCCU et le DOCS actuellement porté par la Société Française de Santé Publique⁵. Le projet actuel centré sur les dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus a pour objectif la capitalisation d'une vingtaine d'expériences conduites en France en direction des publics vulnérables. Impliqué dans le groupe de travail national, le CRCDC-IDF a également soumis à proposition 3 initiatives franciliennes, toutes retenues à la capitalisation d'expériences : les démarches en santé communautaire menées dans le 93 avec les collectifs d'Aubervilliers et de Bondy (et son projet plus récent de co-production d'outils de communication sur le DOCCU) et le projet camion frottis expérimenté dans le 94. Outre la reconnaissance d'initiatives prometteuses et d'intérêt pour la capitalisation dans nos départements, il s'agit d'un moment d'auto-formation pour nos équipes par ce temps réflexif sur ses pratiques accompagnant la rédaction des fiches de capitalisation.

2.3.2. Actions d'information et de prévention tout public

Diffusion des campagnes nationales

Très médiatisées, les campagnes nationales, Mars Bleu pour le cancer colorectal et Octobre Rose pour les cancers du sein, ont été fortement impactées par la pandémie de COVID19. Toutes les actions initialement prévues pour Mars Bleu ont été annulées à l'annonce du premier confinement. Dès début mars 2020, une nette baisse de fréquentation était observée sur le terrain.

La campagne Octobre Rose 2020 a aussi été fortement impactée. Certaines actions, pour la plupart en extérieur, ont néanmoins pu être maintenues dans le respect des gestes barrières

La crise sanitaire a eu un effet d'accélérateur dans l'évolution des pratiques des chargés de prévention. De nouveaux modes d'intervention ont été proposés : visio conférences, webinaires, vidéos.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus fait l'objet d'une semaine européenne de communication chaque dernière semaine de janvier, mais encore mal identifiée des partenaires en raison de la nouveauté relative de ce programme en France. Les actions de promotion du dépistage y sont bien moins nombreuses que pour les

⁵ Dans la continuité de l'initiative nationale de partage de connaissances et de données probantes en santé publique pilotée par la Direction générale de la santé (InSPIRe-ID), la capitalisation d'expériences vise plus spécifiquement à répondre à la question du « comment faire », par la production d'une connaissance expérientielle et partageable, issue des expériences des acteurs de terrain, permettant de rendre opérationnelles des stratégies décrites comme efficaces dans la littérature (via une description fine des logiques à l'œuvre, contextes d'intervention, stratégies déployées...).

deux autres campagnes. Le site du Val-de-Marne, site pilote sur le DOCCU depuis 2010, est celui qui communique le plus largement vers la population cible de son département à ce sujet.

Actions tout au long de l'année : manifestations grand public, évènements programmés...

Les actions de promotion des dépistages se déroulent aussi en dehors des mois de campagnes nationales. La COVID 19 a causé l'annulation d'un grand nombre d'évènements, en particulier les évènements grand public (villages et forums santé, fêtes de quartiers, forums associatifs, salons des seniors...). Certains évènements grand public comme Paris plage ont pu être maintenus même si la fréquentation a baissé. Quelques animations et stands d'information en entreprises ou en milieu hospitalier ont également pu avoir lieu.

Supports de communication

Les supports de communication produits par l'INCa ont été utilisés et diffusés dans le cadre des actions de terrain. Certaines campagnes sont créées par le CRCDC-IDF via des financements des Conseils Départementaux ou de la Ville de Paris. En 2020, un dépliant de présentation du CRCDC-IDF a été mis à disposition de tous les sites territoriaux.

DÉPISTAGE DESCANCERS
Centre de coordination
Île-de-France

Le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers Île-de-France

Le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers en Île-de-France (CRCDC-IDF) coordonne les 3 dépistages organisés des cancers aujourd'hui proposés en région Île-de-France :

- CANCER DU SEIN**
50 à 74 ANS
- CANCER COLORECTAL**
50 à 74 ANS
- CANCER DU COL DE L'UTÉRUS**
25 à 65 ANS

Plus de 5 millions de franciliens sont concernés par ces programmes de dépistage organisé

Nos ambitions

- Augmenter la participation aux 3 programmes de dépistage organisé des cancers
- Diminuer la mortalité par cancer grâce à ces 3 programmes de dépistage organisé
- Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à ces programmes

Nos missions

- ▶ Mettre en œuvre et promouvoir les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus en région Île-de-France.
- ▶ Assurer un lien entre les différents acteurs du dépistage organisé des cancers : la population cible, les professionnels de santé impliqués, l'ARS, l'INCa et l'Assurance Maladie.
- ▶ Organiser le contrôle qualité des matériels et des procédures.
- ▶ Contribuer à la formation des personnels médicaux et paramédicaux impliqués dans les programmes de dépistage des cancers, pour renforcer la qualité des actes de dépistage.
- ▶ Evaluer les résultats des dépistages organisés.
- ▶ Favoriser toute recherche, action, évaluation et partenariat ayant pour objet la participation au dépistage.
- ▶ Répondre à vos questions sur les dépistages organisés des cancers.

Suivez-nous sur
[in](#) [t](#) [@CRCDC_IDF](#)
 ou sur notre site
www.depistage-cancers-idf.org

Le CRCDC-IDF est une association loi 1901 financée par l'ARS Île-de-France, l'Assurance Maladie et la MSA et soutenue par la Ville de Paris et les Conseils Départementaux de l'Essonne, de Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise.

ars Île-de-France
Assurance Maladie
Mairie de Paris

2.3.3. Actions de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès au dépistage

En 2020, les actions de lutte contre les inégalités se sont structurées autour d'un plan d'action régional, pour en assurer une meilleure lisibilité territoriale et en renforcer le contenu. Occupant une part importante du plan d'action 2020-2022, la stratégie de réduction des inégalités repose sur un premier volet transversal consacré à la méthodologie d'intervention avant de se décliner en différents axes d'intervention, adaptés à chacun des publics cibles et contextes d'intervention. Soutenue par les données de la littérature et compétences acquises au CRCDC-IDF en recherche-action et approches contextualisantes, cette stratégie adapte la démarche de prévention à trois grandes catégories de publics cibles identifiés comme prioritaires, pour proposer une méthodologie d'action spécifique en lien avec le contexte d'intervention, les problématiques rencontrées, les ressources disponibles, les leviers d'action existants et finalités poursuivies.

Plan d'action régional de lutte contre les inégalités d'accès au dépistage

- Une méthodologie d'intervention renforcée : mieux cibler les populations et les besoins et développer une stratégie territoriale intégratrice de promotion de la santé, veillant à agir sur les différents déterminants de santé (information des populations, mobilisation des acteurs mais aussi conditions d'accès au dépistage), dans une démarche intégrée pour une prise en charge globale de la personne (du dépistage au suivi d'un test positif).
- Une stratégie centrée sur les difficultés sociales d'accès au dépistage et la mobilisation collective (habitants, acteurs sociaux et professionnels de santé) dans les territoires/quartiers socioéconomiquement défavorisés, en s'appuyant autant que possible sur les dispositifs politiques existants, les acteurs et ressources socio-sanitaires présents sur le territoire ;
- Une stratégie centrée sur l'accessibilité physique à l'offre de santé et le développement de relais locaux dans les territoires plus isolés (ruraux ou enclavés), éloignés de l'offre de santé (médicale aussi bien que politique) ;
- Une stratégie partenariale avec les associations de terrain pour toucher les publics vulnérables (handicap, ...) ou en grande précarité (sdf, bidonvilles, résidences sociales, prisons, prostitués...) et proposer un accompagnement personnalisé au dépistage et à la santé. L'entrée ici n'est pas le territoire, ces populations pouvant être très disséminées géographiquement, mais les structures et associations en charge de ces publics. Plus qu'ailleurs, l'approche doit être envisagée en concertation étroite avec les partenaires pour évaluer la pertinence d'une action de dépistage au regard d'autres problématiques prioritaires et considérer les modalités pratiques d'accompagnement au dépistage.

Actions menées en IDF

En 2020, le CRCDC-IDF a investi à des degrés variables les 4 axes stratégiques définis par le plan d'action. Sur le terrain, les actions menées en direction des publics dits vulnérables, défavorisés ou isolés ont été particulièrement impactées par la crise sanitaire : plus que tout autre public, l'action de prévention passe ici par une communication de proximité et interpersonnelle. La communication mass-média reste sans effet sur ces publics. Cette année particulière a été propice à un temps de recentrement et d'autoréflexion sur les actions internes engagées ainsi qu'au travail partenarial préparatoire pour le développement de nouveaux projets plus ambitieux.

1) Renforcement de la méthodologie d'intervention pour agir contre les inégalités

Une série de travaux a été engagée pour améliorer le ciblage de nos actions : production de données d'analyse et cartographiées pour l'ensemble du territoire francilien (taux de participation aux DO par communes, indice de défavorisation par Iris et par communes) ; production d'un diagnostic pour le DOCCU apportant à échelle spatiale fine des données sur le recours au dépistage, les conditions d'offre de prélèvements et la composition sociodémographique des territoires en IDF. Sur le terrain, l'évaluation des besoins s'est poursuivie par les échanges partenariaux et de nouveaux rapprochements effectués dans le cadre du DOCCU. Le CRCDC-IDF s'est par ailleurs associé à un projet national de recherche action sur le handicap (avec le site du 95 comme terrain d'étude pour la région IDF) afin de mieux connaître les freins et difficultés d'accès au dépistage de ces populations et proposer des pistes d'amélioration.

La méthodologie de projet s'est vue renforcée par la constitution d'un groupe de travail dédié ainsi que par la participation du CRCDC-IDF au projet national de capitalisation d'expériences sur le DOCCU et le DOCS visant à partager une connaissance opérationnelle des stratégies d'intervention reconnues comme efficaces ou prometteuses en promotion de la santé.

Pour plus de détail sur ces projets et travaux menés, voir les chapitres 2.3.1, 2.7.3 et 2.7.4

2) Actions menées en direction des territoires socioéconomiquement défavorisés

Il s'agit là des actions les plus couramment développées, et ce principalement en direction des quartiers populaires identifiés par la politique de la ville. La mobilisation des acteurs du territoire se maintient via le travail partenarial dans chacun des territoires avec les CLS, les ASV, les villes, les associations locales, les centres sociaux, ateliers sociolinguistiques, etc. Dans le 93, la dotation d'une chargée de prévention supplémentaire, dédiée aux relations avec les professionnels de santé, permet une mobilisation conjointe des acteurs médicaux présents sur le territoire. Cette stratégie de visite personnalisée et d'accompagnement des professionnels à la prescription des DO et à la remise de tests (formation à l'outil neonet-idf, aide à la commande en ligne) menée depuis plusieurs années dans le 93 (principalement dans les cabinets de radiologie et CMS) a également été expérimentée cette année dans le 75.

En dépit de la crise sanitaire, les actions auprès des publics ont pu se tenir dans la quasi-totalité des départements. Les principales formes d'action restent la tenue de stands d'information et des interventions en petit groupe (séances d'information, groupe de discussion, ateliers de sensibilisation et d'éducation à la santé).

L'effort reste à rechercher du côté de stratégies plus diversifiées (travailler notamment sur l'accessibilité au dépistage et la proposition d'une offre adaptée aux conditions sociales des habitants) et plus inclusives, impliquant les habitants dans le développement même de la communication sur la prévention et le dépistage. Quelques projets phares et actions sont à capitaliser dans la région : la création de collectifs rassemblant habitants et acteurs locaux (ville, professionnels et associations) pour réfléchir et mener ensemble les actions de promotion de la santé et de dépistage (notamment dans le 93 mais aussi à Paris avec Flandres rose) ; la formation de personnes relais en s'appuyant sur l'exemple de l'expérience en cours dans le 95 d'un suivi dans le temps des personnes formées ; la proposition de théâtres forum pour des formes plus interactives et dé-dramatisantes d'échanges sur les cancers...

L'implication des habitants est particulièrement développée dans le 93, fort d'une longue tradition et expérience en projets de type santé communautaire et qui a su créer et maintenir au fil des années la dynamique des collectifs sur les dépistages dans plusieurs villes du département (Aubervilliers, Sevrans, Pantin, Bondy...). Si la crise 2020 a freiné l'élan de ces collectifs, un nouveau projet de co-construction des outils de communication sur le DOCCU a vu le jour en 2020 dans la ville de Bondy, avec la mise en place d'ateliers de co-production des messages de prévention avec un groupe d'apprenants (ASL).

Un certain nombre de départements travaillent également à rendre l'offre de dépistage plus accessible : par la proposition facilitante d'une offre sans RDV, comme fait pour la mammographie parfois pour le frottis dans certains centres du 75, 94 et 93 ; par la visite de centres de PMI suite à une séance de sensibilisation sur le DOCCU auprès de jeunes publics (missions locales du 95) ; par la remise en direct de tests DOCCR dans les accueils CPAM (75, 93 et 94) ou suite à une séance de sensibilisation avec les publics des centres sociaux (93). Cette dernière action, comme d'autres dans le passé, est intéressante car elle permet de relier l'action de sensibilisation à la proposition concrète, immédiate d'une offre de dépistage. Plus généralement, la proposition d'une offre de dépistage, sans RDV, gratuite ou hors les murs (avec de nouveaux projets en cours de formalisation pour 2021 dans plusieurs départements franciliens), est particulièrement efficace et pertinente si elle s'allie à un travail en amont de mobilisation des publics pour attirer et drainer les populations en retrait de la prévention et des soins.

3) Actions en direction des territoires isolés (enclavés, ruraux), dépourvus d'offre de santé

Il s'agit là de la stratégie d'action la moins bien développée car la plus difficile. Ces territoires souffrent d'un manque de ressources socio-politiques (ASV, CLS, associations locales) et par là de relais locaux indispensables au montage des actions de prévention. Ces territoires ne sont d'ailleurs pas toujours bien identifiés par les acteurs, manquant de cette géographie prioritaire telle que déployée pour les quartiers socioéconomiquement défavorisés (QPV). La première porte d'entrée reste les élus. En 2020, le CRCDC-IDF a adressé un courrier d'information sur les dépistages à tous les maires d'IDF. Un rapprochement plus spécifique en direction des villes

présentant ces caractéristiques socio-territoriales serait à envisager pour soutenir l'action locale en prévention et le développement du tissu associatif. Les actions portes-à-portes par des habitants relais formés à la thématique du dépistage telles que mises en œuvre dans le passé avec l'association Voisins malins (91) seraient particulièrement intéressantes à développer dans ce genre de configuration territoriale.

La problématique est également celle de l'accessibilité physique à l'offre de dépistage dans ces territoires enclavés, sous-dotés en ressources médicales. La proposition de créer des réseaux d'accessibilité (transports dédiés) ou encore de faire venir l'offre sur place pourrait, dans ce contexte, avoir sa pertinence. Le projet camion frottis expérimenté avec l'association ADSF de 2017 à 2019 dans des villes défavorisées du 94 (testant différents lieux d'intervention et modes de mobilisation des publics) se pérennise aujourd'hui par un partenariat local dans la ville de Bonneuil, ville présentant une offre locale en prélèvements cervico-utérins parmi les plus faibles du département. De nouveaux projets sont actuellement en cours de formalisation pour proposer une offre gratuite et de proximité pour le DOCCU dans les territoires conjuguant pauvreté socioéconomique, enclavement géographique et éloignement à l'offre de soins (unité mobile ou délocalisation du CMS à Goussainville dans le 95 ; projet en réflexion d'une offre gratuite ou hors les murs en partenariat avec l'hôpital et la ville de Poissy dans le 78).

4) Accompagnement au dépistage des personnes vulnérables ou en situation de grande précarité

Ces actions ne visant pas un territoire mais des catégories particulières de la population dites vulnérables vis-à-vis des cancers, du fait de conditions de vie très précaires ou de leur état de santé, reposent sur un travail avec les médiateurs pour évaluer la pertinence et les modalités de mise en œuvre d'une action de sensibilisation et d'accompagnement au dépistage.

Les actions les plus fréquentes menées en IDF restent les interventions dans les résidences sociales (foyers ADEF, ADOMA...) sous forme d'une sensibilisation accompagnée d'une remise de tests DOCCR. Ces actions ont pu être maintenues en 2020 dans plusieurs départements (78, 93, 94, 95).

De nouveaux projets sont en cours de développement dans la région pour promouvoir et favoriser l'accessibilité au dépistage des personnes en situation de handicap : projet de recherche action dans le 95 et projet francilien de création d'un annuaire d'accessibilité (projets détaillés en chapitre 2.7.3). Un rapprochement est en cours dans le 78 pour promouvoir le dépistage des personnes avec des maladies chroniques.

2.3.4. Actions auprès des professionnels de santé (PS)

Transversalité

L'année 2020 a débuté par l'envoi des vœux du président du CRCDC-IDF accompagnés de calendriers à l'ensemble des professionnels de santé (PS) participant aux dépistages organisés (DO).

Au cours de la crise sanitaire, les PS ont été très fortement sollicités et ont parfois dû mettre au second plan leur activité de dépistages des cancers. Le CRCDC-IDF a souhaité renforcer la communication avec eux et travaillé à son amélioration. Pendant le premier confinement, tous les sites territoriaux ont effectué une campagne d'appels pour proposer aux professionnels d'ajouter leurs adresses e-mail aux bases départementales de contacts, de façon à leur communiquer rapidement les informations d'intérêt. Des informations liées à l'activité du CRCDC lors de la crise COVID ont été ainsi transmises.

L'outil NEONET permettant la vérification de l'éligibilité des patients continue d'être promu, notamment lors des actions extérieures (actions vers les PS des centres municipaux de santé par exemple) ou par l'envoi de courriers d'accueil aux médecins nouvellement identifiés dans le département.

DOCS

Les radiologues premiers lecteurs ont reçu, en janvier 2020, leurs statistiques relatives au DO sur la période 2016, 2017 et 2018 ainsi que le récapitulatif des données au niveau territorial. Les radiologues deuxièmes

lecteurs ont également reçu leurs statistiques personnelles sur la même période. Ce retour permet de mesurer l'importance de leur mission et de connaître les conclusions définitives des dossiers qu'ils avaient positifs. C'est un temps important pour maintenir leur intérêt à participer au programme.

Une communication spécifique a eu lieu pendant le premier confinement auprès des radiologues d'une part et des médecins généralistes et gynécologues d'autre part : mailings pour informer de l'arrêt du DO en mars puis mailings fin avril et début mai pour informer de la reprise et des conditions de reprise.

Les secrétariats des centres de radiologies de certains sites ont reçu régulièrement des « Flash info » permettant d'optimiser leur activité en échangeant des informations pratiques.

Pour l'étude MyPeBS, une information relative au recrutement de femmes volontaires a été adressée à l'ensemble des radiologues agréés et accompagnée de documents spécifiques de l'étude (courrier d'invitation, attestation de prise en charge...). En septembre les centres de radiologie ont été informés de la reprise des inclusions des femmes dans l'étude MyPeBS.

D'autres actions sont menées sur les sites comme le déploiement d'un bloc ordonnancier pour faciliter la prescription des mammographies dans le cadre du dépistage organisé par les médecins. Un site teste avec les cabinets de radiologie la proposition systématique à toute femme de 50 à 74 ans venant dans un centre de radiologie (quelle que soit la raison de sa venue) d'une mammographie de dépistage organisé.

DOCCR

Les statistiques individuelles et départementales ont été adressées aux gastro-entérologues et aux médecins généralistes de chacun des départements en janvier 2020.

En septembre 2020, les médecins généralistes ont été informés (par mail ou par courrier) de la mise en circulation d'une nouvelle présentation des tests immunologiques et de la fiche laboratoire que leurs patients doivent remplir. Un rappel a été fait sur les modalités de commande de tests auprès du site Ameli pro. Les principales modifications ont été mises en évidence pour une lecture rapide du courrier.

Un courrier à destination des gastro-entérologues a été envoyé en octobre 2020 après avoir constaté un allongement inquiétant de recours à une coloscopie à la suite d'un FIT positif. Ce courrier a permis de les sensibiliser sur l'importance de recevoir ces patients malgré le contexte sanitaire.

D'autres actions sont menées sur les sites en partenariat avec de grandes entreprises du territoire et la médecine du travail pour promouvoir le DO et la remise de tests aux personnes éligibles par les médecins du travail.

DOCCU

En juillet 2020, un courrier d'information sur le déploiement du DOCCU a été envoyé aux gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes libéraux, accompagné selon les sites d'un questionnaire relatif à leurs pratiques du frottis cervico-utérin ou de colposcopie et leur intérêt à participer à des formations sur ce thème.

Une seconde lettre d'information a été envoyée en octobre aux médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, laboratoires d'analyses de biologie médicale (LaBM) et anatomo-cytopathologistes (ACP) pour les informer sur les nouvelles modalités de dépistage parues en 2020.

Des rencontres, entretiens téléphoniques ou visio et des réunions dans les services hospitaliers ont été effectués auprès des LaBM et des cabinets ACP pour les accompagner dans le lancement du DOCCU. L'objectif de ces échanges était de faire un état des lieux du lancement du programme et de remonter les difficultés que les ACP ont pu rencontrer, soit avec les professionnels de santé, soit avec les patients (cotation, circuit des prélèvements cervico-utérins, feuille d'analyse).

Le lancement du programme dans les territoires a entraîné de nombreux appels, courriers ou mails de gynécologues, sages-femmes et médecins préleveurs sur les modalités pratiques du dispositif auxquelles ont répondu les sages-femmes des sites.

Des séances d'information / formation ont eu lieu dans 5 départements. Le contexte de crise sanitaire a conduit à proposer de nouveaux outils innovants, tels que les webinaires, permettant le déroulement de séances à distance. Ces séances, regroupant médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes, ont présenté l'organisation du programme et les nouvelles recommandations sur le dépistage. Outre le CRCDC-IDF, des gynécologues assuraient les présentations et répondaient aux questions médicales des participants.

A la suite de ces webinaires, des demandes régulières d'invitation de certains médecins pour leurs patientes ont été remarquées sur les territoires. Les sites commencent donc à être identifiés comme interlocuteurs privilégiés pour ce dépistage.

2.4. Gestion du système d'information

2.4.1. Respect du règlement général de la protection des données : actions et contrôles mis en œuvre

Le CRCDC-IDF traite un volume important de données à caractère personnel (DCP) concernant son personnel, les professionnels de santé, les bénéficiaires du dépistage organisé, les sous-traitants... Ce qui inclut des données de santé, dites « sensibles » au regard du Règlement Général sur la Protection des Données⁶ (RGPD). La conformité au RGPD représente un enjeu majeur pour le CRCDC-IDF vis-à-vis de l'encadrement de la collecte, la conservation et le traitement de ces données.

Le CRCDC-IDF bénéficie d'un accompagnement par une société de conseil depuis novembre 2020. La planification de la mise en conformité s'inscrit en trois phases :

- 1) Audit de l'activité du CRCDC-IDF : recensement de l'ensemble des données, des traitements et des mesures de sécurité existants au sein du CRCDC-IDF à formaliser dans un registre des traitements ; analyse des écarts entre les exigences du RGPD et les pratiques professionnelles existantes au sein du CRCDC-IDF permettant la définition du plan d'action de mise en conformité.
- 2) Déploiement de la mise en conformité avec : application du plan d'action et formation des salariés susceptibles de collecter et de traiter des DCP.
- 3) Nomination d'un Délégué à la Protection des Données (D.P.O)

Fin 2020, la planification des tâches a été établie pour une mise en conformité courant 2021.

2.5. Evaluation du dispositif

2.5.1. Remontées de données et réponses aux enquêtes

En 2020, le CRCDC-IDF et ses 8 sites territoriaux ont remonté les données sollicitées par les tutelles.

Santé publique France : la remontée des données individuelles anonymisées pour l'évaluation nationale (« Evaluation », « Suivi » et « Cancers d'intervalle ») du DOCS et du DOCCR a été faite sur les 8 sites en août 2020. Lors de ces opérations, les médecins coordonnateurs procèdent aux extractions nécessaires, nettoyage des bases, contrôles de cohérences, corrections, validations et préanalyses. Ces opérations sont coordonnées par le médecin référent régional et le Directeur Médical.

Comme chaque année, la remontée des données agrégées d'activité et de participation de 2019 a été faite sur chaque site en janvier 2020 pour le DOCCR et le DOCS.

⁶ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Assurance Maladie : Les résultats d'activités spécifiques par caisse ont été envoyés aux caisses partenaires qui en ont fait la demande, selon le format demandé.

A la demande de communes, leurs résultats d'activité sont également envoyés par les sites territoriaux.

2.5.2. Autres valorisations des données médicales

Communications (Congrès/colloques/séminaires)

Bardes J*. **Agir contre les inégalités de recours au DOCS : une déclinaison de la stratégie d'action en fonction des contextes locaux.** Journées scientifiques sur le dépistage des cancers de l'Inca (Paris, 4-5/02/2020), session « Mobiliser des leviers pour accroître la participation ».

Koivogui A*, Balamou C, Ait Hadad H*, Rymzhanova R, Cornelis S, Kaufmanis A*, Sabaté JM, Benamouzig R. **Résultats et fréquence des complications liées à la coloscopie réalisée après l'âge de 74 ans dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France.** Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive, mars 2020, Poster P.143. Accessible: <https://www.snfge.org/content/resultats-et-frequence-des-complications>.

Koivogui A*, Levi S, Lewkowicz S, Gombeaud T, Sabaté JM, Benamouzig R. **Faisabilité d'une incitation à la participation aux campagnes de dépistage du cancer colorectal, par la motivation des personnes à travers le réseau social Facebook.** Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive, mars 2020, Poster P.144. Accessible: <https://www.snfge.org/content/faisabilite-dune-incitation-la>

Vincelet C*, Pelisson C*, Lalau S, Brognard H, Forzy ML, Kaufmanis A*. **Impact de la crise sanitaire COVID19 sur le dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France et dans les Hauts-de-France.** Journées Françaises de Radiologies (colloque virtuel), session « Dépistage du cancer du sein : Où en est-on après la pandémie ? », 4 octobre 2020.

Vincelet C*, Pelisson C*, Lalau S, Brognard, Forzy ML, Husson M*, Bernoux A*, Delattre H*, Koivogui A*, Ait Hadad H*, Le Trung T*, Lévy-Kaufmanis A*. **Impact de la crise sanitaire COVID19 (première vague) sur le dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France et dans les Hauts-de-France.** Forum dépistage du colloque de la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (colloque virtuel), 11 novembre 2020,

* CRCDC Ile-de-France

Articles

Deutsch D, Koivogui A*, Benamouzig R. **Dépistage du cancer colorectal: un taux de participation qui stagne ?** la revue du praticien médecine générale - tome 34 - n°1037 - mars 2020.

Koivogui A*, Levi S, Finkler M, Lewkowicz S, Gombeaud T, Sabaté JM, Duclos C, Benamouzig R. **Feasibility of encouraging participation in colorectal cancer screening campaigns by motivating people through the social network, Facebook.** Colorectal Dis. 2020 May 12. doi: 10.1111/codi.15121. PMID: 32397003

Vaillant Z, Bardes J*, Rican S. **De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé.** Les cahiers de la LCD, lutte contre les discriminations, N°12, dec. 2020.

* CRCDC Ile-de-France

2.6. Assurance qualité du dispositif

2.6.1. Modalités de suivi de la labellisation

La démarche de labellisation du CRCDC-IDF est dépendante de la publication du cahier des charges et de l'appel national à dépôt de dossier de demande de labellisation qui sera lancé par l'INCa.

L'arrêté du 23 mars 2018⁷ prévoit que « les centres régionaux de coordination des dépistages organisés des cancers s'engagent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ». Cette démarche d'amélioration continue de la qualité repose sur une méthode de gestion de projet et de démarche qualité popularisée par William Deming dans les années 1950 (Roue de Deming). Cette méthode représente un cycle de 4 étapes selon la logique dite de PDCA (Planifier, Déployer, Contrôler, Ajuster), chacune des étapes entraînant la suivante pour améliorer la qualité d'une organisation.

En amont de la labellisation une démarche d'harmonisation des pratiques a été mise en œuvre par la direction médicale et la direction administrative du CRCDC-IDF.

2.6.2. Autres actions mises en place (internes et auprès des partenaires)

Professionnels de santé :

Chaque site est chargé de s'assurer de la formation spécifique des radiologues qui souhaitent participer au programme. La liste des radiologues agréés est établie de façon régulière en fonction de l'évolution des nouveaux agréments et des arrêts d'activité. Elle est jointe systématiquement à chaque envoi de prise en charge pour le dépistage organisé.

Matériel :

Chaque site territorial du CRCDC-IDF est chargé du recueil des attestations du contrôle de qualité semestriel des installations de mammographie. Les sites veillent à la transmission des attestations authentifiant la réalisation du contrôle et de la conformité des installations.

Au sein de chaque site, un contrôle de qualité des négatoscopes déroulants ou muraux servant à la deuxième lecture des clichés de mammographie est assuré de façon semestrielle.

Le 20 janvier 2020, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM) a publié la décision du 15/01/20 fixant les modalités du contrôle de qualité des installations de mammographie numérique. La présente décision entre en vigueur au terme d'un délai de 12 mois à compter de sa publication. Celle-ci précise les modalités des contrôles internes et externes, les fréquences des tests et les tests à réaliser en cas de changement ou de modification nécessitant d'établir de nouvelles valeurs de références⁸.

2.7. Recherche et expérimentations

2.7.1. My Pebs

L'étude MyPeBS (MyPersonalBreastcancer Screening), financée par l'Union Européenne, est une étude clinique internationale qui a pour but de comparer une stratégie de dépistage du cancer du sein personnalisée en fonction du niveau de risque de chaque femme au dépistage en vigueur. L'objectif de cette étude est d'inclure 85 000 femmes volontaires dans cinq pays (Belgique, France, Israël, Italie et Royaume-Uni), 20 000 femmes pour la France d'ici mai 2021 (30 départements participant au projet). Les femmes volontaires sont randomisées dans le bras standard ou le bras stratifié en fonction du risque. Dans ce bras, le risque individuel de chaque femme

⁷ Arrêté portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.

⁸ Guide d'application de la décision du 15/01/20 fixant les modalités du contrôle de qualité des installations de mammographie numérique, ANSM, 22/02/2021.

est établi sur un score de risque clinique et des polymorphismes mono-nucléotidiques. Durant 4 ans, les femmes seront dépistées selon le protocole. Cette étude est pilotée en France par Unicancer.

Au 12/05/2021, la région Ile de France comptait **103 sites** où **98 médecins investigateurs** proposent l'inclusion aux femmes éligibles : 48 médecins généralistes, 36 radiologues, 12 gynécologues, 1 oncologue et 1 chirurgien.

La région Ile de France était la **deuxième région de France** en termes d'inclusions (*source Unicancer*). Celles-ci ont été stoppées pendant la pandémie et ont pu reprendre en septembre 2020.

Département	Nombre de femmes incluses au 12/05/2021	Bras risque	Niveau de risque établi
75	113	60	52
77	233	112	70
78	168	79	59
91	153	81	68
92	81	40	29
93	26	10	10
94	196	99	77
95	85	45	25
Total IDF	1055	526	390

Les actions effectuées en 2020 par les sites du CRCDC-IDF ont été :

- La création d'un Manuel des utilisateurs NEOSCOPE aidant à la gestion des dossiers des femmes incluses dans l'étude et à la coordination avec leur dossier de dépistage organisé.
- La diffusion d'informations aux radiologues sur la gestion des dossiers des patientes incluses (ainsi que sur les conséquences de la crise COVID).
- L'envoi de flyers d'information sur l'étude avec les invitations pour les femmes étant dans la tranche d'âge d'inclusion de l'étude.
- L'installation de courriers spécifiques dans la base de NEOSCOPE pour la réinvitation des femmes incluses suivant leur calendrier personnel.
- L'installation de courriers de résultats spécifiques pour les résultats des deuxièmes lectures des mammographies des femmes incluses.
- Le suivi des femmes incluses dans l'étude, avec l'envoi d'invitations aux femmes selon leur calendrier personnel et l'envoi de courriers de résultats spécifiques.

2.7.2. Dématérialisation des secondes lectures

De janvier 2017, début d'une expérimentation, à juillet 2019, date de rendu du rapport d'évaluation, le projet Demat'DOCS a été mis en place dans 3 départements franciliens (93, 94 et 78).

A l'issue de ce volet expérimental, les 3 départements pilotes engagés dans le projet ont poursuivi, grâce au soutien des contributeurs, une partie de l'activité dépistage organisé selon un mode dématérialisé. En 2020, ceci a concerné 4 CIM du 78, 3 CIM du 93 et 1 CIM du 94. Ces 8 CIM travaillent en mode mixte « dématérialisé » et « standard ». Un total de 4 648 mammographies a bénéficié de ce type de circuit représentant 59% de l'activité totale des CIM concernés (11% à 93% selon les CIM).

Nombre de mammographies totales et dématérialisées en 2020 dans les 8 CIM issus de l'expérimentation

	Mammographies totales (n)	Mammographies demat (n)	Part des mammographies démat (%)
CIM 78_1	1181	900	76%
CIM 78_2	1245	740	59%
CIM 78_3	812	569	70%
CIM 78_4	1286	758	59%
CIM 93_1	564	523	93%
CIM 93_2	1151	129	11%
CIM 93_3	688	352	51%
CIM 94-1	934	677	72%

Le CRCDC Ile-de-France souhaite déployer la dématérialisation des mammographies numériques et des documents connexes (fiche d'interprétation, compte-rendu, échographie...) sur l'ensemble de la région.

2.7.3. Géodépistage (Diagnostic DOCCU)

Depuis 2011, les sites territoriaux du CRCDC IDF sont impliqués dans les activités de recherche-action de la Plateforme Régionale d'Ile de France « Géodépistage », dispositif réunissant chercheurs, acteurs et décideurs⁹ dans une perspective de co-production, partage et application des connaissances sur les inégalités sociales et territoriales d'accès aux dépistages des cancers. En 10 ans, ce partenariat a permis la production par les étudiants d'une cinquantaine de diagnostics locaux sur le DOCS en IDF, une étude de capitalisation et de valorisation de ces diagnostics¹⁰, une recherche interventionnelle financée par l'Inca (projet DéClic), des études territoriales (94 et 93) sur le DOCCU. En 2019, un nouveau projet d'étude financé par l'ARS IDF a été lancé en partenariat avec l'université de Nanterre et le CRCDC IDF pour analyser les inégalités sociales et territoriales d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus en Ile de France, en amont du déploiement de ce nouveau programme.

Un chargé d'étude, de formation biostatisticienne, a été recruté de novembre 2019 à aout 2020 pour analyser les disparités territoriales de recours au frottis en IDF en lien avec le profil socioéconomique des populations et l'accessibilité à l'offre de soins. L'étude repose sur l'exploitation des premiers fichiers pour le DOCCU transmis fin 2019 par les caisses de l'assurance maladie, informant des données administratives de la population cible, des actes de dépistage et de suivi (avec un recul temporel de 2 ans et 3 mois) et des professionnels de santé franciliens impliqués dans le DOCCU. Un travail de data-management, de traitements statistiques (fusion des bases, raccrochage des actes de prélèvements/lecture de FCU...) et de géocodage (plus de 3.3 millions d'adresses géolocalisées) a permis la construction d'une base de données autorisant diverses exploitations : taux de recours au frottis en fonction des caractéristiques socio-démographiques des femmes (âge, statut CMUC), du lieu de résidence (identifié à différentes échelles spatiales allant de la communauté d'agglomérations aux îlots d'habitation, tels que les Iris et les carreaux), trajectoires de recours au prélèvement (données produites mais non exploitées en raison des contraintes temporelles générées par la crise Covid et l'arrêt temporaire de l'activité imposé). Par rapprochement écologique, les taux de recours au frottis ont ainsi pu être analysés en relation avec les profils populationnels construits à partir des bases de données Insee ainsi qu'en lien avec l'accessibilité à l'offre de soins (par une approche territoriale dynamique des notions de densité médicale et de proximité géographique en fonction du niveau d'urbanisation des territoires concernés).

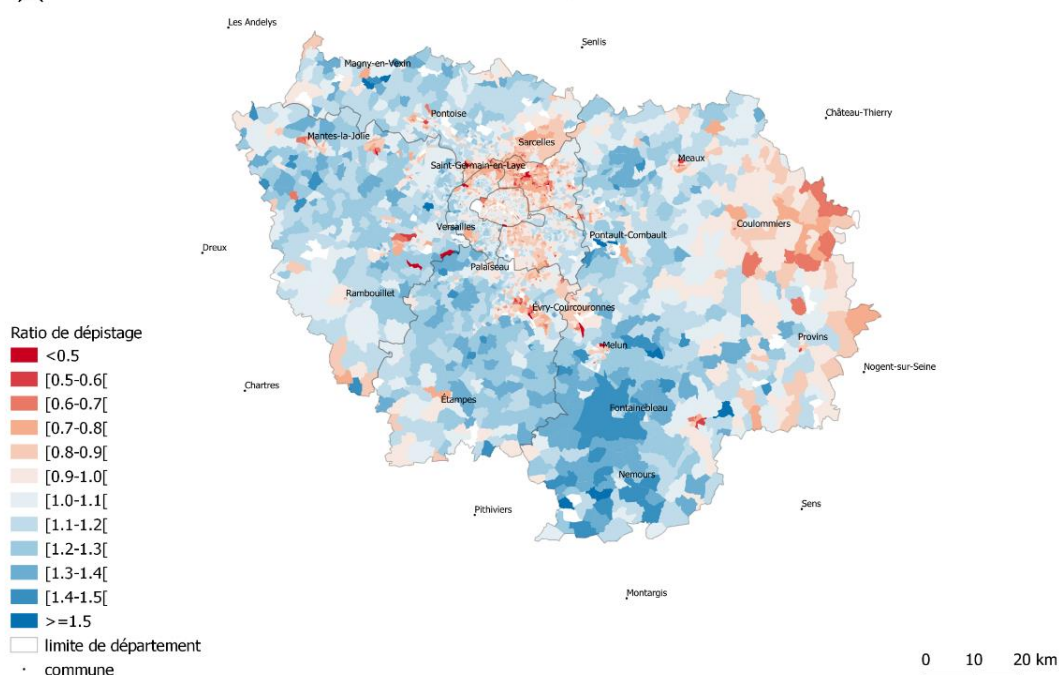
⁹ enseignants-chercheurs géographes de la santé de l'université Paris Nanterre, ARS IDF, assurance maladie, association Elus Santé Publique et Territoires et les huit ex-structures de gestion des dépistages en IDF

¹⁰ *Promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et réduire les inégalités socio-territoriales de santé : un guide pour l'action à l'attention des élus et acteurs locaux*, Bardes J, 2017

L'étude a démontré une sous-participation très nette des femmes bénéficiaires de la CMU-C (de 25% inférieure à la moyenne francilienne) ainsi que des femmes des classes d'âge les plus jeunes (25-30 ans) et plus âgées (55-65 ans), en accord avec les données de la littérature. Elle a surtout apporté une première représentation des disparités territoriales dans le recours au frottis qui s'observent en région IDF, à échelle spatiale aussi fine que les îlots d'habitation, avec une portée directement opérationnelle pour la stratégie d'action du CRCDC-IDF et le ciblage de ses zones d'action prioritaires pour le DOCCU. Cette analyse spatialisée a permis de croiser la participation à des données socioéconomiques plus précises et détaillées issues des bases Insee ainsi qu'à des données relatives à l'offre de soins présente sur le territoire. L'étude s'est attachée à une construction originale des profils socioéconomiques fondée sur l'analyse combinatoire de différents indicateurs (socioéconomiques, socioculturels, situation familiale) permettant la détection de configurations types caractéristiques des populations résidentes locales. On retrouve globalement une progression de la participation à mesure de profils plus favorables, pour autant non linéaire, soulignant l'existence de certains profils populationnels spécifiques plus ou moins réceptifs au dépistage du CCU.



Ratio de la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en IDF



médicales, sensibilisation des professionnels médico-sociaux, élaboration de nouveaux outils de communication).

Le CRCDC-IDF s'est associé à ce projet pour participer à la réflexion et mener l'étude de terrain sur le site du Val d'Oise. Des enquêtes, de type quantitatif et qualitatif, sont menées en direction des différents publics concernés (personnes handicapées et aidants familiaux, professionnels médico-sociaux et de santé). Une réunion de présentation et de lancement du projet dans le Val d'Oise a réuni des participants issus de divers milieux professionnels (institutions, professionnels de santé, ESMS, associations, etc.). Les entretiens exploratoires et la construction de l'enquête par questionnaires ont pu être finalisés en 2020, les entretiens individuels et focus group ont été reportés au 1^{er} semestre 2021. Le COPIL en fin d'année, auquel a participé le CRCDC IDF et le site du 95, a fait le point sur l'avancement du projet au niveau national. La finalisation du projet est prévue pour la fin d'année 2021.

2.7.5. Recherche interventionnelle DOCCR littératie en santé

Le CRCDC-IDF participe à la recherche interventionnelle DECODE-Littératie en santé sur le DOCCR ciblant la littératie en santé auprès de populations défavorisées. Cette étude est portée par l'Université Toulouse III Paul Sabatier et financée par l'Institut National du Cancer.

L'objectif de cette étude multicentrique contrôlée et randomisée en clusters est d'évaluer l'impact d'une formation pour les médecins généralistes et d'une intervention ciblant les patients afin d'améliorer le dépistage du cancer colorectal dans les zones socialement défavorisées. Quatre régions (et CRCDC) participent à ce projet, dont l'Île-de-France avec le choix du terrain d'expérimentation ciblé dans le 75 et le 93.

Au cours de l'année 2020, 7 réunions de l'équipe de recherche sur la finalisation du protocole et son approbation éthique ainsi que sur la préparation de l'intervention ont eu lieu. Les premières inclusions devraient débuter en 2021.

2.7.6. Thèses

En interne : thèse en épidémiologie sociale évaluant l'impact du programme expérimental DOCCU sur les inégalités sociales et territoriales de santé (Céline Audiger, sage-femme au CRCDC IDF site du 94)

Thèse sous la direction de Gwenn Menvielle (INSERM) et Audrey Bochaton (LADYSS), débutée en janvier 2019, financée par un contrat CIFRE.

Ce projet de recherche propose d'identifier les facteurs contextuels et sociaux (engagement en santé de la ville, accessibilité aux soins, actions de prévention menées, niveau socio-économique des femmes, etc.) associés à la participation au DOCCU pour ensuite évaluer l'impact en retour du programme sur les inégalités sociales de santé. Il s'appuie sur les données de l'expérimentation du DOCCU dans le Val de Marne (site pilote avec 12 autres départements) issues de la période de juillet 2014 à septembre 2017. Grâce au géocodage de la base de données, la participation a pu être analysée en lien avec le profil sociodémographique et contextes de résidence des populations (rapprochement écologique).

Un premier article, portant sur les caractéristiques sociales et territoriales des femmes participant au dépistage organisé et la proposition de deux indicateurs d'évaluation des contextes territoriaux (engagement en santé et proximité de soins) a été soumis à la revue *Preventive Medicine* et est en cours de révision.

Un deuxième article, évaluant l'impact du DOCCU sur les inégalités sociales de santé, est en cours de rédaction.

En co-direction : thèse de médecine générale sur les freins et leviers des jeunes médecins généralistes à la réalisation du frottis, S. Henriot, soutenue le 22/10/2020 à la faculté de médecine de Créteil

La thèse de médecine générale de Solenne Henriot, menée sous la codirection du Dr Bercier (ancien médecin coordonnateur du CRCDC IDF site du 94) et de Julia Bardes (CRCDC IDF) a été soutenue à la faculté de médecine de Créteil le 22/10/2020 et proposée pour le prix de thèse.

Le projet de thèse visait à étudier les éléments freinant et facilitateurs à la réalisation du frottis cervico-utérin chez les jeunes médecins généralistes (remplaçants et installés), dans l'optique de mieux cibler leurs besoins et d'apporter des mesures d'accompagnement adaptées : propositions de soutien matériel et/ou pédagogique en fonction des difficultés repérées, selon qu'elles sont de nature technique (habileté au geste), logistique (matériel, gestion du temps), communicationnelle (parler de l'intime, annonce du résultat) ou du domaine de la compétence (gestion d'un frottis anormal). Cette étude, de nature quantitative, s'est appuyée sur l'administration d'un questionnaire en ligne, réalisé à la suite d'un certain nombre d'entretiens exploratoires et adressé aux anciens internes du département de médecine générale de Créteil.

Cette étude a permis de démontrer que les freins des jeunes médecins généralistes à la pratique du suivi de la femme, et notamment du FCU, étaient plutôt d'ordre logistique (matériel, réseau de soin) et communicationnel que de l'ordre des connaissances biomédicales. En fonction des pratiques médicales et profils-types apparus, des propositions spécifiques d'accompagnement ont pu être apportées en vue d'une implication plus forte des jeunes médecins dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

3. PROGRAMME DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN

3.1. Contexte régional du dépistage organisé du cancer du sein

3.1.1. Données épidémiologiques spécifiques au cancer du sein

L'incidence du cancer du sein en Ile-de-France est en léger excès (+6 %) par rapport à celle de la France métropolitaine. Le nombre moyen de nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes est estimé à 9 440 par an.

Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est de 103,9 pour 100 000 personnes-années, plaçant la région Île-de-France au premier rang des régions métropolitaines les plus touchées par ce cancer sur la période 2007-2016. Au sein de la région, les TSM varient entre 92,8 en Seine-Saint-Denis et 114,4 à Paris. Il existe une sur-incidence importante de 15 % du cancer du sein chez les femmes à Paris par rapport à la France métropolitaine, également mais moins marquée dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine (+7 % chacun).¹¹

La mortalité par cancer du sein en Île-de-France, est en léger excès (+4 %) par rapport à celle de la France métropolitaine. Le nombre moyen de décès est estimé à 1 862 par an.

Le taux de mortalité standardisé monde (TSM) est de 15,9 pour 100 000 personnes-années sur la période 2007-2014. Au sein de la région, les TSM varient entre 15,0 dans le Val-de-Marne et 16,7 en Seine-et-Marne. La surmortalité la plus élevée s'observe en Seine-et-Marne (+9 %) suivie du Val-d'Oise (+7 %) et de Paris (+6 %) par rapport à la France métropolitaine.

¹¹ Rapport SPF, Estimations en Île-de-France d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016

Sein, situation infra-régionale, Île-de-France : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

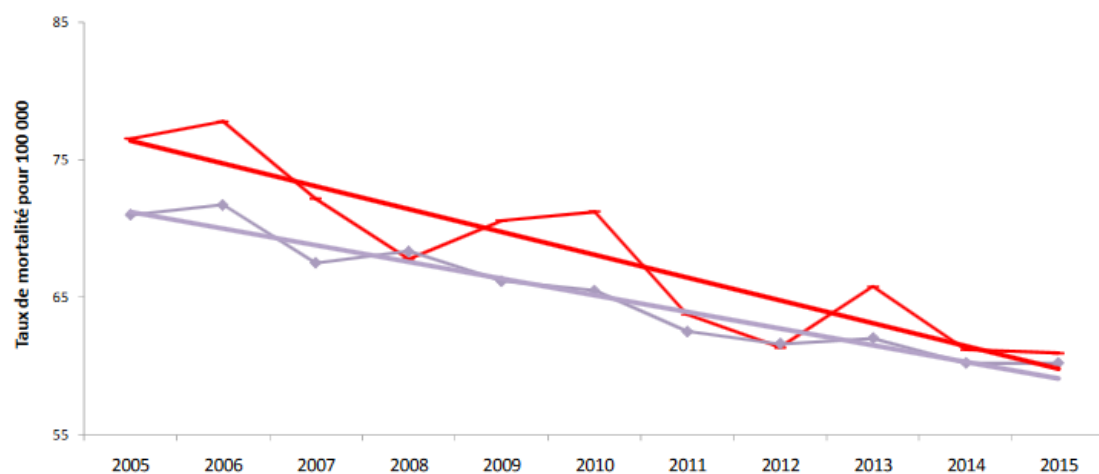
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Paris-75	2073[1968;2184]	114,4[108,6;120,6]	1,15[1,10;1,21]	402[389;417]	16,2[15,6;16,9]	1,06[1,03;1,10]
Seine-et-Marne-77	1018[965;1075]	102,4[97,0;108,1]	1,03[0,99;1,07]	209[199;219]	16,7[15,9;17,7]	1,09[1,05;1,14]
Yvelines-78	1188[1127;1254]	106,1[100,6;112,0]	1,07[1,03;1,12]	223[213;234]	15,6[14,8;16,5]	1,02[0,98;1,07]
Essonne-91	953[903;1006]	101,2[95,8;106,9]	1,04[0,99;1,09]	186[176;195]	15,4[14,6;16,4]	1,02[0,98;1,07]
Hauts-de-Seine-92	1295[1229;1366]	104,4[98,9;110,1]	1,07[1,02;1,12]	252[241;263]	15,3[14,6;16,1]	1,01[0,97;1,05]
Seine-Saint-Denis-93	978[926;1032]	92,8[87,9;98,0]	0,99[0,94;1,03]	207[198;218]	16,0[15,2;16,9]	1,04[1,00;1,09]
Val-de-Marne-94	1064[1009;1124]	101,1[95,8;106,8]	1,05[1,00;1,10]	205[195;215]	15,0[14,2;15,9]	1,00[0,95;1,04]
Val-d'Oise-95	871[825;920]	100,5[95,1;106,2]	1,03[0,99;1,08]	178[169;188]	16,5[15,6;17,5]	1,07[1,03;1,12]

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

Entre 2005 et 2015, on observe une diminution significative de la mortalité spécifique par cancer du sein en Ile de France chez les femmes âgées de 50 à 79 ans. Même si elle concerne tous les départements, cette baisse du taux de mortalité est plus marquée dans les départements de Paris, des Yvelines et du Val de Marne. Quatre départements présentent en 2015 un taux de mortalité inférieur à la valeur régionale de 61 pour 100 000 : la Seine et Marne, les Yvelines, la Seine Saint Denis et le Val de Marne.¹²

Evolution tendancielle du taux standardisé annuel de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes âgées de 50 à 79 ans entre 2005 et 2015 en Ile de France comparativement à la France métropolitaine



Sources :
INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010)
Standardisation directe, standard européen 2013
Traitement : EFECT

— IDF — France metro — Linéaire (IDF) — Linéaire (France metro)

Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF

3.1.2. Population éligible et exclusions

Le dépistage organisé des cancers du sein (DOCS) concerne les femmes âgées de 50 à 74. Cela représente selon l'estimation annuelle de population INSEE 2020, 1 685 193 femmes en IDF.

La base de données populationnelle constituée à partir des fichiers des caisses d'assurance maladie permettant d'adresser les invitations aux assurées et gérée par chaque site territorial comportait en janvier 2020, 1 703 496 femmes en Ile de France.

Tableau de la population cible INSEE 2020 et de la population caisses 2020 par département francilien

¹² Tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein en Ile de France données 2016-2017. ARSIF/EFECT- Mars 2019

	75	77	78	91	92	93	94	95	Total
INSEE 2020	308 524	201 224	209 383	178 159	225 275	198 944	193 538	168 846	1 685 193
% IDF	18,3%	11,9%	12,4%	10,6%	13,4%	11,8%	11,5%	10,0%	100,0%
Caisses 2020	309 187	204 038	207 518	176 411	227 225	198 681	195 086	167 743	1 685 889
% IDF	18,3%	12,1%	12,3%	10,5%	13,5%	11,8%	11,6%	9,9%	100,0%

Le cahier des charges national prévoit un certain nombre d'exclusions théoriques au DOCS (femme à haut risque ou très haut risque de cancer pour antécédent personnel ou familiaux, femme adressée pour anomalie clinique) mais avec une adaptabilité pour les femmes qui ne seraient pas suivies régulièrement. Il n'y a donc pas d'exclusion systématique pour le DOCS, même si la majorité des sites territoriaux franciliens excluent les femmes ayant un antécédent de cancer du sein, et réintègrent éventuellement individuellement une femme ayant eu un cancer à sa demande personnelle ou celle de son médecin.

3.2. Organisation et activités du dépistage du cancer du sein

3.2.1. Les centres de radiologie et radiologues

Au 31/12/2020, il y avait 362 Centres d'Imagerie Médicale (CIM) agréés pour le DOCS dans la région Ile de France (contre 353 au 01/01/2020) dont 30 dans des hôpitaux publics, 34 dans des centres de santé, 47 dans des structures libérales hospitalières et 251 dans des centres radiologiques de ville.

Fin 2020, 89 % des CIM agréés pour le DOCS étaient équipés en mammographes numériques DR (contre 81% en 2019) et 11% en CR.

En 2020, il y avait 92 radiologues second lecteurs (L2) dans la région (contre 99 en 2019) qui ont lu en moyenne 3372 dossiers par an. Le recrutement de nouveau L2 devient très difficile. On observe d'importantes différences interdépartementales quant au nombre de L2 et nombre moyen de dossiers relus par L2, allant de 2 020 par an dans le 94 à 5 103 dans le 91, soit près de 2,5 fois plus.

Nombre de L2 et nombre moyen de dossiers relus par L2 en 2020 par site

Site	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nb L2	17	10	9	6	10	14	15	11	92
Nb moyen de dossiers lus par L2	2 281	3 783	3 820	5 103	3 190	2 187	2 020	2 971	2 844

En raison du premier confinement et la décision du CRCDC-IDF de cesser toute activité de la mi-mars à la fin mai (décision confirmée par directive ministérielle), la seconde lecture a stoppé durant cette même période. Le rattrapage massif des invitations opéré dans la période qui a suivi a créé un afflux massif de secondes lectures sur les 4 derniers mois de l'année, nécessitant une forte mobilisation des radiologues L2. Un ajout de 2 à 4 vacations supplémentaires de L2 par semaine et par site a été nécessaire. Les L2 ont accepté d'augmenter le nombre de vacations de L2 par semaine pour éviter d'accumuler un retard de traitement des dossiers. Le site du 92 a pris en charge la lecture d'un certain nombre de vacations du 77. Une campagne de recrutement de L2 a été faite sur plusieurs sites, avec succès dans le 77 et le 78.

Dans 4 sites (78, 93, 94, 95), il existait une troisième lecture (L3) où étaient revus tous les dossiers positifs par le L2 ainsi que les CTI (Clichés Techniquement Ininterprétables) pour certains. Au moment de la reprise de l'activité après le premier confinement, il a été demandé aux sites d'arrêter la L3, en raison de la surcharge de travail sur les sites. Elle a été arrêtée dans 3 départements et poursuivie dans le 93. Dans 2 départements (75 et 91), les dossiers classés en CTI sont revus par un collègue de L2.

Sur la majorité des sites, des négatoscopes déroulants (2 dans le 75,77,91,92, 95 et 3 dans le 93 et 94) permettent l'installation puis la dépose des clichés de mammographies par les secrétaires afin de faciliter le travail de lecture des L2. Ces négatoscopes déroulants sont vérifiés par un organisme de contrôle externe tous les 6 mois. Dans le 78, 3 négatoscopes simples sont utilisés par les seconds lecteurs qui assurent eux-mêmes l'installation de leurs clichés. 3 sites (78,93,94) bénéficient également de console de lecture dans le cadre de l'expérimentation de la dématérialisation.

Pour optimiser la saisie des dossiers certains sites ont mis en place une lecture automatisée des FI (L1 et L2 pour le 91, L2 pour 93,94 et 95).

A l'issue de la seconde lecture et de la saisie des positifs, des courriers de résultats sont édités et adressés aux femmes et à leurs médecins. Sur certains sites territoriaux, les résultats des dossiers classés ACR1 ou 2 sont adressés aux médecins via la plateforme Apicrypt. Dans 8 sites territoriaux, les dossiers sont retournés via les coursiers dans les CIM où les femmes viennent les récupérer. Dans le 75 et le 78, les dossiers sont retournés par courrier au domicile des femmes.

3.2.2. Activité

Envoi des invitations et des relances

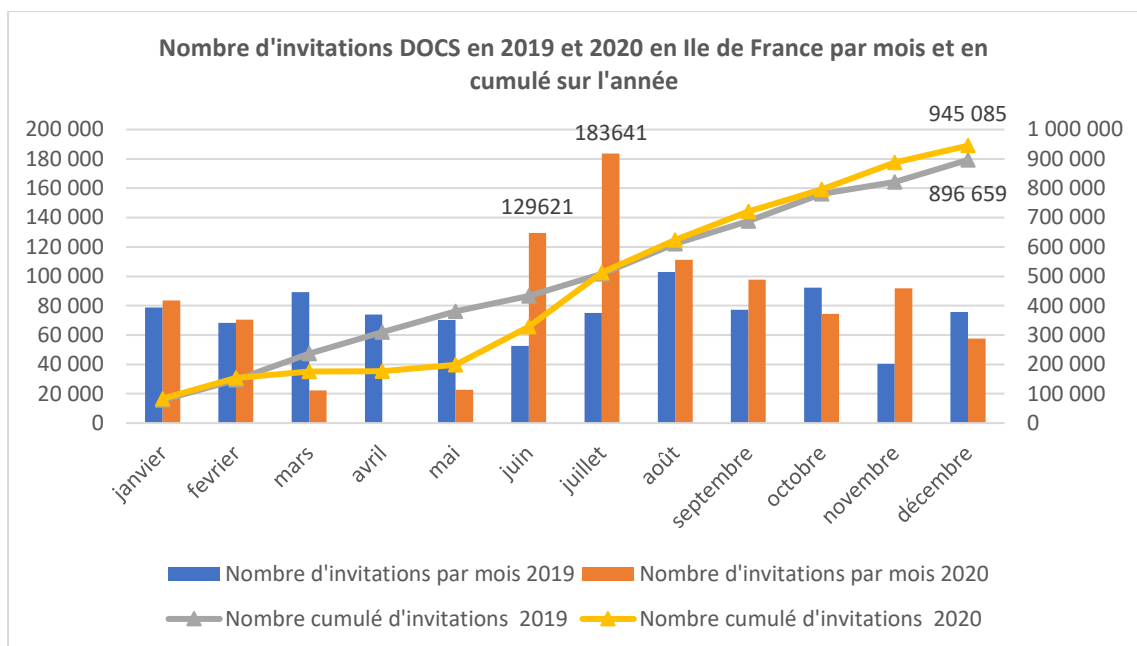
Les femmes sont invitées au DOCS de manières différentes : majoritairement par envoi mensuel et programmation automatique de notre base de données ; parfois à la demande express des femmes, de leurs médecins ou des CIM ; d'autres sont éditées par les médecins ou les CIM via le site régional d'éligibilité « neonetidf ». Enfin dans certains départements les médecins ont des ordonnanciers spécifiques pour prescrire un DOCS à leurs patientes.

En 2020, 909 809 invitations (ou prises en charge) ont été envoyées aux femmes de la population cible francilienne.

Les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage ou n'ayant pas retourné de réponse postale sont relancées 4 à 5 mois plus tard par les sites territoriaux. En 2019, 582 673 relances ont été envoyées.

4 départements ont réalisé une relance 2 de fidélisation qui concernait les femmes ayant participé au DOCS en 2018 et qui malgré une invitation et une relance en 2019 n'avaient pas réalisé de DO. Ces relances 2 réalisées dans le 91 depuis 2011 ont été étendues à titre expérimental au 75, 93 et 95 en 2020. 19 065 relances 2 de fidélisation ont été envoyées.

En raison du premier confinement de mars à mai, le CRCDC a décidé d'arrêter l'envoi des invitations et des relances (décision confirmée par directive ministérielle). La reprise de l'envoi des invitations s'est faite fin mai, avec un rattrapage massif des invitations entre juin et juillet. 100% des invitations prévues en 2020 ont été réalisées (93% des relances 1 prévues).

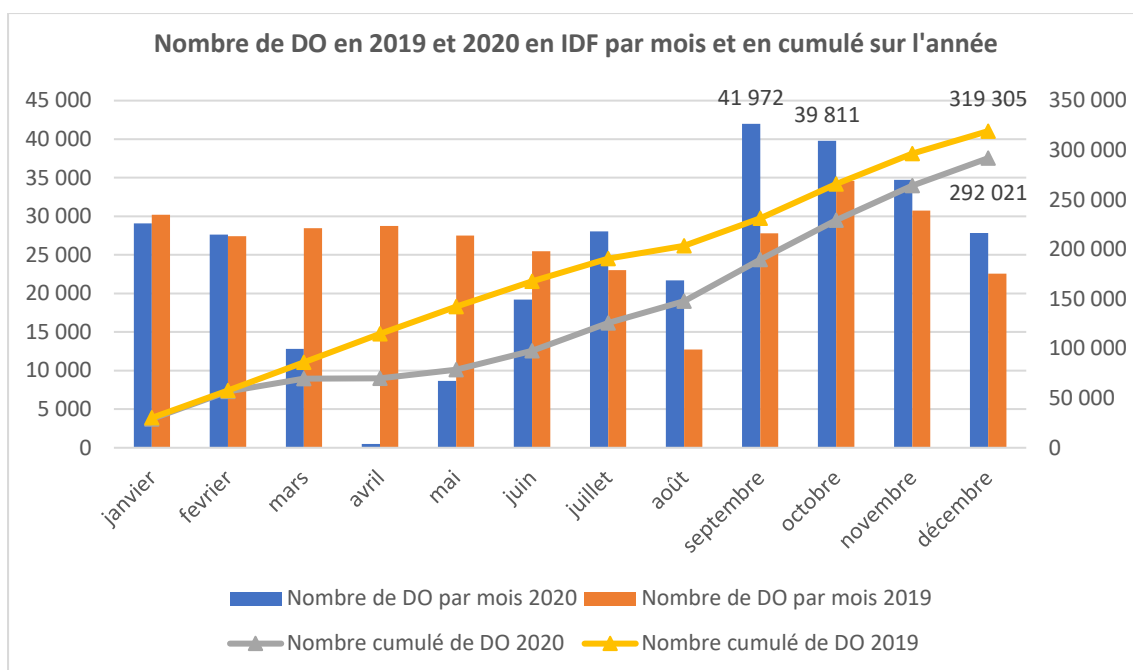


Dépistage et taux de participation

En 2020, 292 088 mammographies ont été réalisées dans le cadre du DOCS en Ile de France (319 130 en 2019, 321 356 en 2018 et 310 580 en 2017). Le premier confinement a entraîné un arrêt quasi-total des mammographies de DO de mi-mars à mi-mai, une reprise lente de fin mai à juin puis une très forte activité en août et septembre comparativement à 2019. Le pic de DO a eu lieu en septembre avec 41 272 mammographies. Malgré la forte activité des CIM sur le deuxième semestre, les 2 mois et demi d'arrêt quasi-total du DO n'ont pu être que partiellement rattrapés. En 2020 l'activité de DO s'élève à 91% de l'activité de 2019, ce qui représente un déficit de 27 284 mammographies.

Nombre d'invitations, relances et dépistages par site territorial en 2020

Site	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Invitations 2020	180 601	120 947	118 602	104 171	114 573	112 445	111 722	82 632	945 693
Relances 2020	135 844	81 527	67 479	60 609	91 150	76 561	82 065	60 137	655 372
Mammographies 2020	42 125	43 789	37 368	33 400	33 632	33 671	35 075	33 070	292 088
Répartition régionale DOCS	14,4%	15,0%	12,8%	11,4%	11,5%	11,5%	12,0%	11,3%	100,0%
Comparatif DO 2020/2019	91%	92%	91%	93%	89%	87%	94%	92%	91%



Première lecture

En 2020, 292 130 mammographies ont eu une première lecture, dont 92% ont été réalisés dans un CIM du département de résidence de la femme. Les 22 745 mammographies réalisées dans les CIM d'un autre département (dont 2 218 hors Ile de France) ont nécessité un traitement spécifique entraînant un temps et un coût de traitement plus élevés mais facilitant l'accès des femmes au dépistage organisé. C'est le site du 93 qui a eu le plus de dossiers provenant d'un CIM d'un autre département à traiter (4 151 dossiers).

A l'issue de la première lecture et du bilan diagnostic immédiat, 13 731 dossiers étaient positifs (soit 4.7 % des dossiers) ce qui est identique au taux observé en 2019. Les 3 mois d'arrêt du dépistage ne semblent pas avoir eu d'impact sur le taux de positifs global de l'année.

Parmi ces dossiers, 2 753 étaient des dossiers suspects après une échographie réalisée pour seins denses en l'absence d'anomalie radiologique ou clinique.

Taux de positifs (L1 après bilan, L2) et nombre de positifs par site en 2020

Site	75	77	78	91	92	93*	94	95	IDF
Taux de Positifs en L1	5,50%	6,28%	4,09%	3,87%	4,90%	4,63%	4,33%	3,34%	4,70%
Taux positifs en L2/L3	0,70%	3,10%	0,51%	1,65%	0,45%	0,84%	1,55%	1,39%	1,29%
Taux de positifs en L1 ou L2/L3	6,10%	9,05%	4,80%	5,38%	5,33%	5,39%	5,79%	4,69%	5,93%
Nombre de positifs	2 590	3 961	1 794	1 796	1 794	1 816	2 031	1 550	17 332

* Département ayant une troisième lecture en 2020

Deuxième lecture

En 2020, 266 543 dossiers (91%) ont bénéficié d'une L2 réalisée dans les sites territoriaux. A l'issue de cette L2, 3 437 dossiers ont été positifs soit par les deuxième lecteurs soit par les deuxièmes lecteurs confirmés par un troisième lecteurs (pour le 93). Ce qui représente 1,3% des dossiers passés en L2. Le taux de positifs en L2 va de 0,5% dans le 78 à 3,1% dans le 77, soit un taux pratiquement 6 fois plus élevé dans le 77 par rapport au 78.

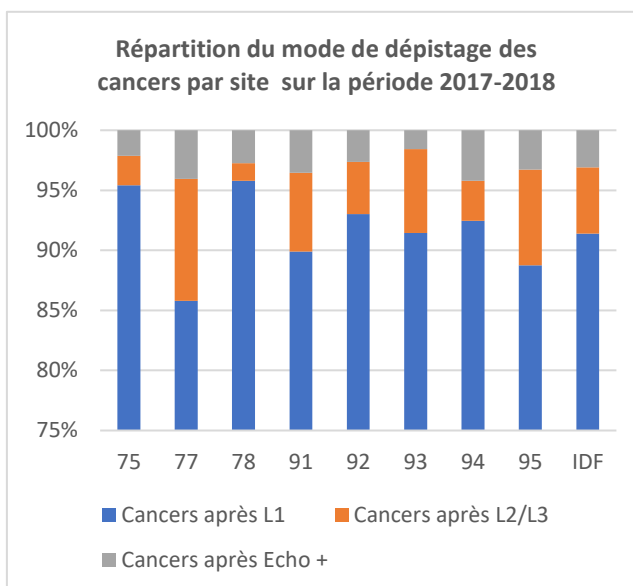
A l'issue de la L1 après bilan diagnostic immédiat ou de la L2, 17 332 dossiers étaient classés positifs, dont 6 311 classés ACR3 (36% des DO positifs), 3 367 ACR4 (20%), 876 ACR5 (5%) et 3 828 classés ACR0 (22%).

Suivi des dossiers positifs

Tous les dossiers positifs sont suivis par les sites territoriaux jusqu'à l'obtention d'un résultat final à l'issue d'un ou plusieurs examens complémentaires. Un recul de 2 ans reste nécessaire pour stabiliser les données de suivi.

En 2017-2018, 4 493 cancers ont été dépistés sur la région dans le cadre du dépistage organisé dont 5,5% après deuxième lecture et 3,1% chez des femmes dont le diagnostic avait été fait suite à une échographie pour seins de densité élevée sans anomalie clinique ni mammographique. On observe de grandes variations de la part de cancers dépistés suite à la L2/L3 entre les sites territoriaux, allant de 1,5% dans les Yvelines à 10,2% en Seine et Marne (presque 7 fois plus).

La variation de la part de cancers découverts à la suite d'une échographie pour seins denses sans anomalie clinique ni mammographique est moindre, allant de 1,5 à 4% selon les sites.



Le taux de cancers dépistés en 2017-2018 était de 7,1 cancers pour mille femmes dépistées. Ce taux allait de 6,1 pour mille dans le 93 à 8,3 pour mille dans le 77.

Nombre et taux de cancers du sein dépistés en 2017-2018 en IDF suite à un DO par site

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nb de cancers dépistés en 2017-2018	610	767	548	535	530	444	570	489	4 493
Nb de femmes dépistées en 2017-2018	87 100	92 582	82 109	71 331	76 614	72 618	75 721	73 900	631 784
Taux de cancers dépistés 2017-2018 (%)	0,7	0,83	0,67	0,75	0,69	0,61	0,75	0,66	0,71
Part des cancers dépistés suite à la L2/L3 %	2,5	10,2	1,5	6,5	4,3	7	3,3	8,0	5,5
Part de cancers dépistés par écho + (%)	2,1	4	2,7	3,6	2,6	1,6	4,2	3,3	3,1

Animation du réseau

Le comité technique régional (provisoire) DOCS s'est réuni le 24 février 2020 au siège du CRCDC-IDF. Il n'y a eu d'autres réunions en raison de la pandémie.

3.3. Actions menées

3.3.1. Objectifs ciblés du CRCDC sur le DOCS

En 2020, les objectifs du CRCDC concernant le DOCS étaient :

- D'assurer la continuité de l'activité d'invitations, relances et dépistages (L1 et L2)
- D'assurer la continuité du suivi et de poursuivre l'harmonisation au niveau régional

- De faire migrer les 8 bases de données départementales sur le logiciel Néoscope 2 vers la base de données régionale « ESIS sein » en cours de construction par la société Epiconcept
- De mettre en place le suivi des femmes participant à l'étude MyPeBS en créant les courriers d'invitation et relance spécifiques

3.3.2. Plan d'action et niveau d'avancement de ce plan

La crise sanitaire et les 3 mois d'arrêt quasi-total d'activité ont fortement bouleversé les objectifs fixés pour cette année. La priorité a été de permettre à un maximum de femmes de bénéficier d'un DO en dépit de la crise sanitaire et de coordonner l'activité des professionnels en cette période complexe.

- Décision rapide d'arrêt du DO et de la fermeture des sites à l'annonce du confinement et d'un premier cas de Covid chez un L2.
- Rédaction le 17 mars par le CRCDC d'une note aux radiologues agréés donnant les consignes concernant le DO pendant le confinement et qui leur a été adressée par mail.
- Participation des Dr Deghaye et Kaufmanis à des recommandations établies par plusieurs sociétés savantes sur le dépistage et le diagnostic du cancer du sein à la fin de la période de confinement COVID-19 (aspects pratiques et hiérarchisation des priorités), et publié dans le bulletin du cancer.
- Rédaction début mai d'un nouveau message aux radiologues pour leur demander de reprendre leur activité de DO.
- Décision d'ajouter des flyers aux invitations de juin et juillet afin de sensibiliser les femmes sur l'importance de se faire dépister malgré la situation sanitaire et de les rassurer sur la capacité des centres de radiologie de les accueillir dans des conditions de sécurité sanitaire.
- Etude réalisée par le CRCDC IDF et le CRCDC HDF sur l'évaluation du dépistage du cancer du sein sur deux régions françaises pendant la crise sanitaire liée à la COVID 19. Cette étude a donné lieu à une présentation lors du forum virtuel du dépistage organisé par la SFSPM le 11 novembre 2020. Ce travail va également donner lieu à la publication d'un article scientifique en 2021.
- Participation de 4 médecins et une sage-femme du CRCDC à une réunion en visio le 9/12 avec des médecins de l'APHP pour croiser les données du CRCDC et de l'APHP sur le dépistage et la prise en charge des cancers du sein et colorectaux pendant la crise COVID19.

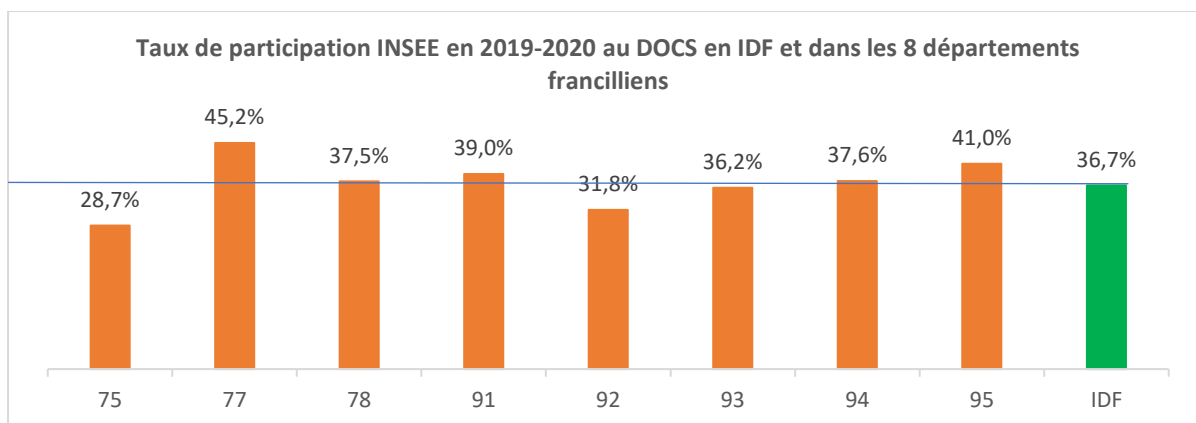
Le travail préparatoire de migration des 8 bases de données départementales sur le logiciel Néoscope 2 vers la base de données régionale « ESIS sein » est en cours de construction par la société Epiconcept.

En raison de la crise sanitaire, le projet a pris du retard. Le travail d'harmonisation des dictionnaires a pu être réalisé entre les coordonnateurs des 8 sites et avec la société Epiconcept. Le travail régional sur l'harmonisation du suivi et des courriers de suivi a également été bien avancé.

3.4. Evaluation du programme

3.4.1. Evaluation de la participation

Le taux de participation INSEE à la campagne 2019-2020 est de 36,7% (contre 38,4% pour la campagne 2018-2019), allant de 28,7% à Paris à 45,2% dans le 77.



Le taux de participation le plus élevé s'observe chez les femmes de 65 à 69 ans, le plus faible chez les 55-59 ans (-2,3 point de participation par rapport au taux de participation régionale) et cela dans tous les départements.

Taux de participation 2019-2020 par tranche d'âge selon population INSEE / fichier caisse

	50-54 ans	55-59	60-64	65-69 ans	70-74 ans	TOTAL
INSEE	35,7%	34,4%	38,5%	38,9%	37,1%	36,7%
FICHIER	35,1%	33,8%	38,1%	39,3%	36,7%	36,3%

Les taux de participation par commune ont été calculés sur la base de la population cible présente dans le fichier des caisses (effectif minimal de 25 personnes pour comptabilisation) et varient de 18,75% à 66%.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein Par commune en Île-de-France Campagne 2019-2020

Taux moyen IDF=35,2%

Taux "caisse" = Nb femmes dépistées / population cible fichiers caisses

Légende

- Limites départementales
- Taux de participation au DOCS
- [18% - 25%[
- [25% - 30%[
- [30% - 35%[
- [35% - 40%[
- [40% - 45%[
- [45% - 50%[
- [50% - 55%[
- [55% - 66%]
- ▨ Effectifs insuffisants

Données sources: CRCDC-IDF
Cartographie CRCDC-IDF

3.4.2. Indicateurs de résultat du programme

Certains indicateurs de qualité ont pu être calculés pour l'année 2020 au niveau régional :

- Le taux de dépistage positif en L1 après bilan est de 4,42 pour 100 femmes dépistées
- Le taux de dépistage positif en L2 avant bilan est de 1,18 pour 100 femmes dépistées

Certains indicateurs d'efficacité ont pu être calculés pour la période 2018-2019 au niveau régional :

- Le taux de cancers dépistés est de 7,1 pour 1000 femmes dépistées
- Le taux de cancers détectés en L2 est de 5,5 pour 100 cancers dépistés

Taux calculés au niveau régional par Santé publique France sur 2015-2016 et comparaison aux taux nationaux (données 2017-2018 en attente de publication par Santé Publique France, juillet 2021)

Indicateurs de qualité : Taux, Pourcentages - Dépistages sur la période 2015-2016	Dépistage initial sans antécédent de mammographie	Dépistage initial avec antécédent de mammographie	Dépistages subséquents	Tous rangs	Valeur Nationale
T02- Dépistages positifs en L1 avant bilan pour 100 femmes dépistées	11,1	9,9	6,1	7,0	7,1
T03- Dépistages positifs en L1 après bilan pour 100 femmes dépistées	5,5	4,8	2,7	3,2	3,2
T04- Dépistages positifs en L2 avant bilan pour 100 femmes dépistées	1,6	1,2	1,1	1,2	1,1
T05- Dépistages positifs en L1 ou L2 avant bilan pour 100 femmes dépistées	12,3	10,7	7,3	8,1	8,1
P07- BDI effectués après L1 pour 100 dépistages positifs en L1 avant bilan	96,1	97,3	96,5	96,7	97,0
P08- BDD effectués après L2 pour 100 dépistages positifs en L2 avant bilan	68,6	75,6	79,3	77,8	81,7
T09- Dépistages positifs après bilan (BDI ou BDD) pour 100 femmes dépistées	5,9	5,1	3,0	3,5	3,5

Données Santé Publique France 2018 * Pour l'ensemble des dépistées : taux standardisé sur la population française 2009 des 50-74 ans (projections de population INSEE 2007-2042, scénario central)

Taux de cancers sur la période 2015-2016 pour 1000 femmes dépistées

Tranches d'âge	Dépistage initial sans antécédent de mammographie	Dépistage initial avec antécédent de mammographie	Dépistages subséquents	Tous rangs	Taux Nationaux
50-54 ans	6,2	6,1	4,2	5,3	6,2
55-59 ans	9,9	8,0	5,1	5,6	6,3
60-64 ans	11,4	10,9	6,2	6,7	7,6
65-69 ans	15,9	11,0	7,5	7,9	8,9
70-74 ans	22,6	14,0	9,5	9,9	10,5
50-74 ans (brut)	8,1	7,5	6,5	6,7	7,7
50-74 ans (standardisé)	12,0	9,5	6,1	6,7	7,5

Indicateurs d'efficacité : Taux, Pourcentages, VPP - Cancers sur la période 2015-2016	Dépistage initial sans antécédent de mammographie	Dépistage initial avec antécédent de mammographie	Dépistages subséquents	Tous rangs	Taux Nationaux
PC02- Cancers détectés en L2 pour 100 cancers détectés	4,4	4,3	6,3	5,8	5,5
PC04- Cancers in situ pour 100 cancers de statut Invasif / In situ connu	10,4	14,1	15,1	14,6	14,2
PC06- Cancers N0 pour 100 cancers invasifs de statut ganglionnaire connu	67,1	73,4	80,1	78,1	76,3
PC08- Cancers <= 10 mm pour 100 cancers invasifs de taille connue	19,9	26,4	33,9	31,8	35,8
PC10- Cancers <= 10 mm et N0 pour 100 cancers invasifs de taille et statut ganglionnaire connus	16,7	24,7	31,1	29,1	31,9
VPP01- Cancers pour 100 dépistages positifs avant bilan (BDI ou BDD)	6,3	6,5	8,9	8,2	9,4
VPP02- Cancers pour 100 dépistages positifs après bilan (BDI ou BDD)	13,0	13,6	19,9	17,8	20,9

Données Santé Publique France

4. PROGRAMME DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL

4.1. Contexte régional du dépistage organisé du cancer colorectal

4.1.1. Données épidémiologiques spécifiques au cancer colorectal¹³

Chez les hommes. L'incidence du cancer colorectal en Île-de-France est inférieure de 8% à celle des hommes de France métropolitaine. Le nombre de nouveaux cas de cancer est estimé à 3 089 par an et le taux d'incidence standardisé monde est de 34,5 pour 100 000 personnes-années, plaçant la région Île-de-France au 12e rang des 13 régions métropolitaines sur la période 2007-2016. Au sein de la région, les sous-incidences les plus importantes s'observent à Paris (-13 %) et dans les Hauts-de-Seine (-11 %).

La mortalité par cancer colorectal chez les hommes d'Île-de-France est inférieure de 13% à celle des hommes de France métropolitaine. Le nombre de décès est estimé à 1 122 par an. Le taux de mortalité standardisé monde est de 11,1 pour 100 000 personnes-années, plaçant la région Île-de-France au 11e rang des 13 régions métropolitaines sur la période 2007-2014. Au sein de la région, il existe une sous-mortalité particulièrement importante par rapport à celle de France métropolitaine, à Paris, dans les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne, les Yvelines et l'Essonne (de 22 à 10 %).

Chez les femmes. L'incidence du cancer colorectal chez les franciliennes ne diffère pas de celle des femmes de France métropolitaine. Le nombre de nouveaux cas de cancer est estimé à 2 845 par an et le taux d'incidence standardisé monde est de 23,9 pour 100 000 personnes-années sur la période 2007-2016. Au sein de la région, les taux d'incidence standardisés monde de ce cancer chez les femmes de tous les départements sont homogènes et comparables à celui de France métropolitaine.

La mortalité par cancer colorectal chez les femmes d'Île-de-France est légèrement inférieure (3 %) à celle des femmes de France métropolitaine. Le nombre de décès est estimé à 1 110 par an dans la région. Le taux de mortalité standardisé monde est de 7,2 pour 100 000 personnes-années sur la période 2007-2014. Au sein de la région, une sous mortalité significative est observée uniquement dans les Hauts-de-Seine (12 %) et à Paris (6 %).

4.1.2. Population éligible et exclusions

Selon les données Insee 2020, 3 200 428 personnes âgées de 50 à 74 ans (respectivement 1 515 236 hommes et 1 685 193 femmes) sont domiciliées en Ile de France, ce qui représente 15,7% de la population cible totale en France. La base de données populationnelle constituée à partir des fichiers des caisses d'assurance maladie permettant d'adresser les invitations aux assurés et gérée par chaque site départemental du CRCDC-IDF comportait en 2020 3 367 915 personnes. Un total de 361 234 personnes en 2019-2020 sont exclues pour motif médical (343 151 en 2018-2019), soit 10,7% de la population du fichier caisse (avec des variations selon les départements allant de 9.3% dans les Hauts de Seine jusqu'à 17.4 % dans l'Essonne). Le taux élevé d'exclusion pour le département de l'Essonne s'explique en partie par le recueil via la CPAM 91 d'un certain nombre de coloscopies réalisées.

¹³ Rapport SPF, Estimations en Île-de-France d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016

4.2. Organisation et activités du dépistage du cancer colorectal

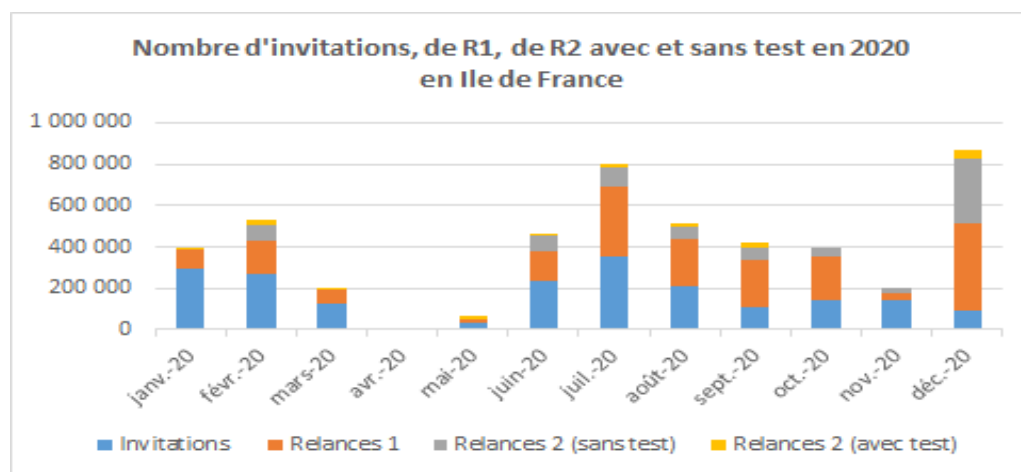
4.2.1. Le centre de lecture

Le dépistage du cancer colorectal, par la recherche de sang occulte dans les selles, est proposé tous les deux ans aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer colorectal. Il repose sur la mise en œuvre d'un examen de biologie médicale utilisant depuis 2015 une méthode immunologique quantitative de recherche de sang dans les selles sur prélèvement unique (test OC Sensor). Le laboratoire CERBA est le seul centre de lecture des tests pour le territoire national.

4.2.2. Activité

Envoi des invitations et des relances

En 2020, un total de 2 006 257 invitations, 1 938 477 relances-1, 744 397 relances-2 sans test et 158 474 relances-2 avec test ont été adressées aux bénéficiaires résidant en IDF. Après un arrêt de l'activité du CRCDC de la mi-mars à la fin mai à l'annonce du 1^{er} confinement, un rattrapage des invitations et des relances a été massivement réalisé à l'été 2020.



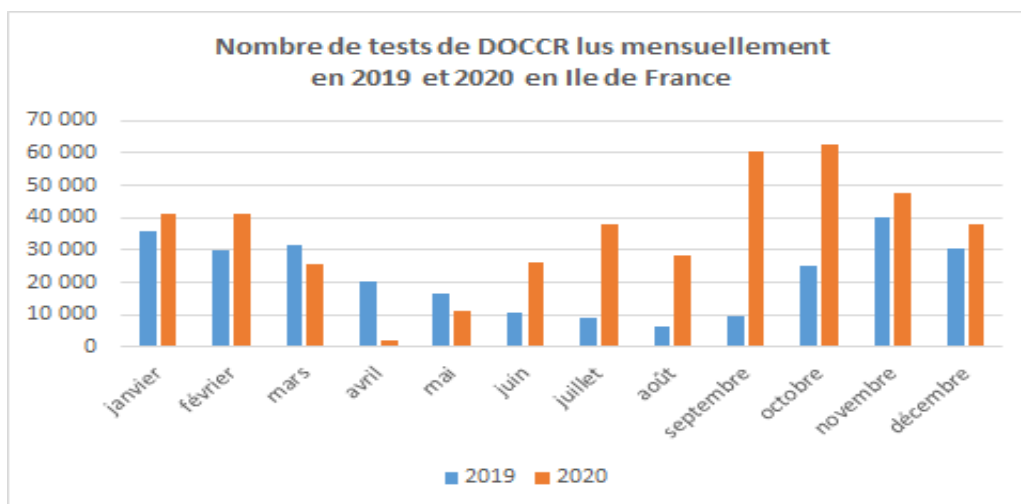
Envoi de tests

Concernant la remise des tests, des envois directs aux assurés sont réalisés par les sites à la suite d'un appel téléphonique et après vérification des critères d'inclusion au dépistage. Ceci a concerné 11 205 personnes en 2020, avec comme motif principal l'absence de temps pour consulter son médecin traitant (28.4%), puis l'indisponibilité du test chez le médecin traitant (26.4%). Enfin 6,6% des personnes appelaient pour recevoir en tant que médecin ou conjoint de médecin.

Nombre de tests réalisés

En 2020, 424 506 tests ont été réalisés, chiffre qui, dans le contexte particulier de la crise COVID de 2020, reste toutefois très supérieur à l'année 2019 (264 268 tests), qui avait été impactée par des difficultés dans le renouvellement du marché des tests.

Ceci porte le taux d'activité 2020 calculé sur la base du fichier des caisses à 27.5% et sur la base du nombre d'invitations à 22.6%.



Sur l'ensemble des tests réalisés en 2020, plus de la moitié l'a été suite à l'invitation (53.1%), 31.3% suite à la première relance, 15.6% suite à la seconde relance.

En juillet 2020, une nouvelle présentation du test sur le site de commande AMELI Pro de l'assurance maladie a été mise à disposition des médecins et des centres de dépistage. Le test est resté inchangé dans son principe.

Animation du réseau

Le Comité technique DOCCR s'est réuni pour la première fois en juillet 2020.

4.3. Actions menées

4.3.1. Objectifs ciblés du CRCDC-IDF sur le DOCCR

Avec un taux de participation de 25% en IDF à la fin 2019 (30,5% en France), le DOCCR reste très en deçà des recommandations européennes qui préconisent un taux de participation au moins égal à 45 %.

Pour augmenter cette participation, plusieurs pistes ont été définies pour améliorer l'efficacité des invitations et rendre le test plus accessible :

- Augmenter l'impact des invitations :
 - Harmonisation/optimisation des procédures d'envoi : mise en place de la R2 avec tests dans tous les sites départementaux
 - Mieux cibler les invitations et éviter des relances inutiles : transmission des actes de coloscopies par l'assurance maladie (AM) vers les sites territoriaux
 - Envois rebonds par AM: couplage des invitations d'un mail ou sms par AM
- Faciliter l'accès au test :
 - Expérimentations, appel à projet et stratégies alternatives de remise de tests : envois directs, site de commande de tests de AM, remise de tests lors des actions de terrain, par pharmacies, demandes par site internet ...
 - Encourager la remise de tests par les professionnels de santé : partenariat avec la médecine du travail, mobilisation des gynécologues et gastro-entérologues (nouvelles autorisations du cahier des charges national), accompagner et faciliter les médecins généralistes (formation à outil neonet, alertes sur le logiciel métier), ...

En parallèle, le processus de régionalisation des structures de gestion implique un travail d'importance pour la création d'une base de données unique « ESIS colon » (harmonisation des dictionnaires, des procédures de recueil, etc.).

4.3.2. Niveau d'avancement du plan d'action

En 2020, l'harmonisation des procédures d'envoi a été réalisée avec la mise en place sur le site du 75 de la relance 2 avec tests à l'instar des autres départements et en application du cahier des charges.

La stratégie de renforcement de l'impact des invitations par un envoi rebond de la CPAM, déjà existante dans 6 départements, est en cours de discussion dans les autres départements. Une évaluation de cette stratégie réalisée par certaines CPAM (91, 75) permet de légitimer et d'encourager la démarche au regard des résultats obtenus en termes de participation.

L'intégration des données DI de la CPAM dans les stratégies d'invitation et de relance, telle que partiellement réalisée dans le 91, sont en cours de discussion avec un certain nombre de CPAM départementales. De par cette information sur les coloscopies réalisées, un nombre significatif de relances inutiles ont pu ainsi être évitées dans le 91, un gain en termes de coût mais aussi d'image du CRCDC-IDF auprès des assurés.

La création en 2020 du site internet du CRCDC-IDF a permis l'envoi d'un certain nombre de prise en charge aux assurés qui en faisaient la demande.

Le projet national de création d'un site interne de commandes de tests DOCCR pour le public a suscité un certain nombre d'échanges entre l'assurance maladie et les CRCDC pour optimiser la démarche et en améliorer la pertinence.

A un niveau départemental, de nombreuses actions et initiatives se développent pour rendre le test plus accessible (remise de tests lors des actions de terrain, par les pharmacies, par la médecine du travail) de même que pour faciliter le travail des médecins généralistes (former et augmenter l'usage de Néonet dans les CMS, MSP, CES notamment ; aide à l'utilisation du site de commandes sur Ameli pro voire approvisionnement direct par le CRCDC-IDF ; techniques de rappels à l'éligibilité des patients sur le logiciel métier). En 2020, le CRCDC-IDF a cherché à identifier toutes les expériences locales menées en ce sens en vue de mutualiser les initiatives jugées prometteuses.

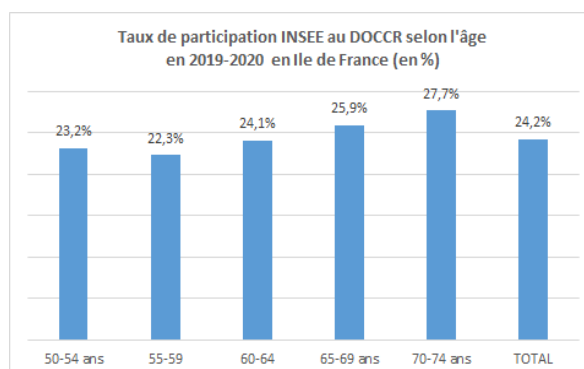
La création d'une base de données unique régionale et le transfert de données des bases actuelles représentent un chantier d'une ampleur inédite et les travaux sont en cours. Le site de l'Essonne sera le site pilote pour la mise en place de la base régionale E-SIS. Le contrôle de qualité des procédures de suivi aura un impact sur la diminution de la mortalité, ainsi que sur la prise en charge des personnes avec un dépistage positif.

4.4. Evaluation du programme

4.4.1. Evaluation de la participation

Taux de participation Insee (2019-2020)

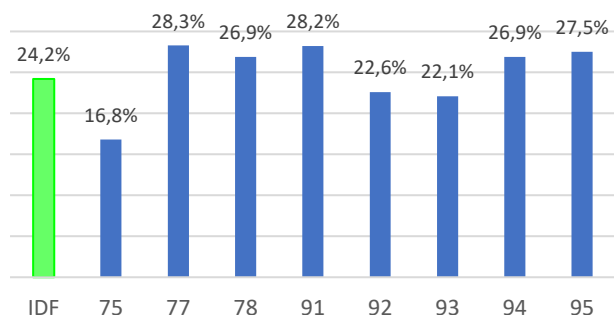
Sur la campagne 2019-2020, le taux de participation sur la population Insee en Ile de France était de 24.4%, plus élevé chez les femmes (25.1%) que chez les hommes (23.6%). Les meilleurs taux de participation sont observés chez les personnes de plus de 70 ans (27,7%), les taux les plus faibles chez les 55-59 ans (22.3%).



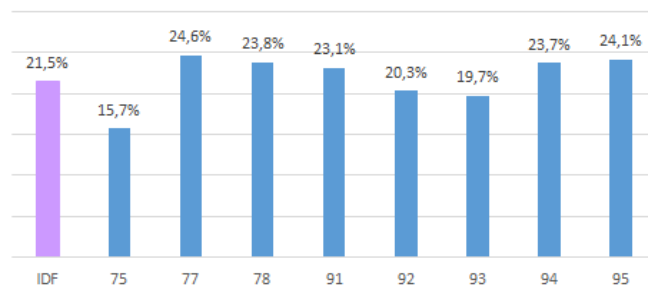
Les taux de participation dans la région Ile de France vont de 17.6 % (Paris) à 28.3% (Seine et Marne) pour un taux de participation régional à 24.4 %. Ce taux est inférieur au taux de participation France entière qui est de 28,9% en 2019-2020 (comparé à 30,5% en 2018-2019). Malgré une réduction temporaire des activités de

dépistage au cours de l'année 2020 due à l'épidémie de COVID-19, il n'a pas été constaté de chute brutale de la participation à ce programme (source Santé Publique France).

Taux de participation INSEE en 2019-2020 en IDF et dans les 8 départements franciliens (en %)

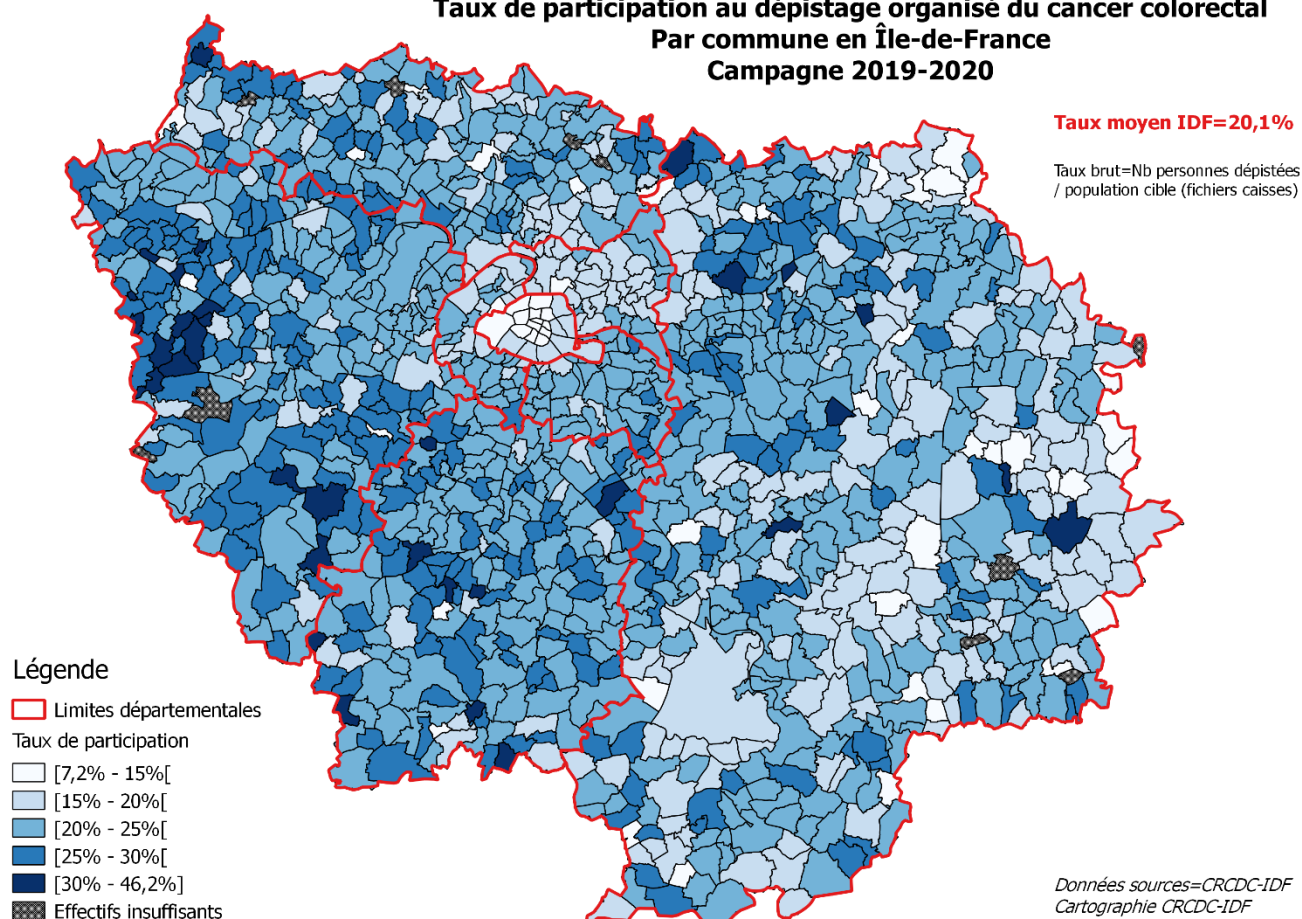


Taux de participation INSEE brut (sans les exclusions) en 2019-2020 en Ile de France et dans les 8 départements franciliens (en %)



Les taux de participation par commune ont été calculés sur la base de la population cible présente dans le fichier des caisses (effectif minimal de 25 personnes pour comptabilisation) sans prise en compte des exclusions (taux bruts) et varient de 7,2% à 46,2%.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal Par commune en Île-de-France Campagne 2019-2020



4.4.2. Indicateurs de résultat du programme

Résultats des tests

Sur les 424 506 tests de dépistage réalisées en 2020 en Ile de France, 14 646 sont positifs au seuil de 30µg d'Hb/g de selle (soit 3,6%). Ce taux de positif est supérieur chez les hommes (4,2% versus 3,1% chez les femmes).

Sur l'ensemble des tests, 18 725 ont été considérés comme non analysables (NA) et n'ont pas été refaits, soit 4.4% des tests (pour rappel norme Européenne inférieure à 3 %). La principale cause est l'envoi d'un test périmé par la personne testée. En France, la proportion de personnes avec un test non analysable non refait est plus élevée que les années précédentes (4,7 % en 2020 contre environ 3% les autres années). Les difficultés rencontrées par les services de La Poste et la moindre attention portée par les participants à l'envoi de leur test due à la crise sanitaire sont les principales hypothèses évoquées pour expliquer l'augmentation de la proportion de tests non analysables en 2020 (source Santé Publique France).

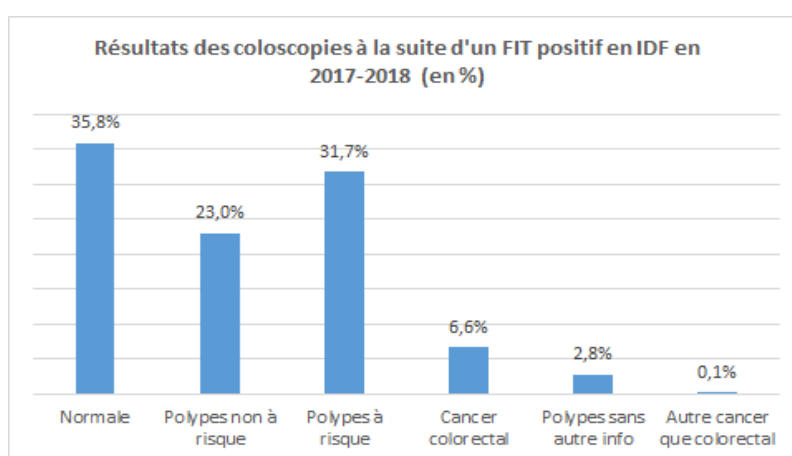
Une forte hausse du taux de tests NA a été observée au mois de décembre 2020 dans tous les sites d'Ile de France, pour atteindre des taux allant de 16% en Seine et Marne à 25% dans les Yvelines et en Essonne avec une moyenne régionale de 22%. Les deux causes principales étaient l'utilisation de tests périmés et un délai d'acheminement supérieur à 6 jours.

Tests positifs et diagnostics de cancers pour la campagne 2017-2018

Au cours de la campagne 2017-2018, un total de 774 451 tests a été réalisé par les franciliens, avec un taux de positivité de 3.9 %.

Pour 81,3% des tests positifs, un résultat de coloscopie est disponible (n=24 787). Pour 10,1% des tests positifs, le dossier est classé perdu de vue malgré les courriers de relance, et pour 1,8% la personne a déclaré refuser la coloscopie.

Lorsque le résultat de la coloscopie est connu, la valeur prédictive positive d'un FIT positif pour un cancer est de 6,6% (n=1 632), et pour les polypes à risque de 31,7% (n=7 857).

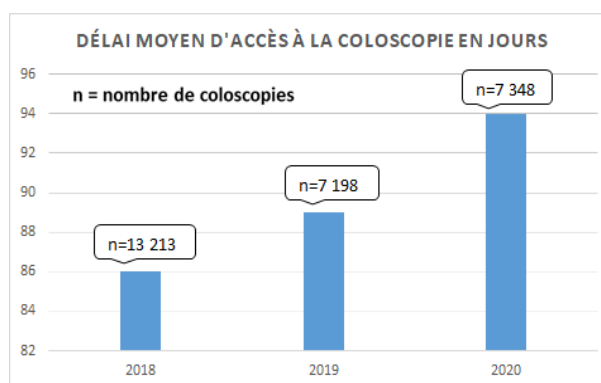


Au total pour 1 000 dépistages effectués en Ile de France en 2017-2018, le taux de cancers est de 2,1 et de 10,3 pour les polypes à risque.

Focus sur les coloscopies, point au 30/04/2021 :

Un allongement des délais entre le FIT positif et la réalisation de la coloscopie a été observé en 2019 et semble encore plus marqué en 2020 (alors que les données sont provisoires) :

- 16 477 tests positifs en 2018, dont 80,1% (n=13 213) résultats de coloscopies connus, avec un délai moyen de 86 jours
- 9 891 tests positifs en 2019, dont 72,8% (n=7 198) résultats de coloscopies connus, avec un délai moyen de 89 jours
- 14 795 tests positifs en 2020, dont 49,6% (n=7 348) résultats de coloscopies connus, avec un délai moyen de 94 jours **(données provisoires)**



Ces résultats sont à consolider.

5. PROGRAMME DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

5.1. Contexte régional du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

5.1.1. Données épidémiologiques spécifiques au cancer du col de l'utérus

Le cancer invasif du col de l'utérus se situe au douzième rang des cancers les plus fréquents en France. En 2018, le **nombre de nouveaux cas** était estimé à **2920** et le nombre de décès à **1117**. Les âges médians au diagnostic et au décès étaient respectivement de 53 et 64 ans.



En région d'Ile-de-France, l'incidence standardisée monde (TSM) du cancer du col de l'utérus était de 6,8, soit un niveau comparable à celle de la France métropolitaine située à 6,6 pour 100 000 personnes-années sur la période 2007-2016. Elle varie entre 7,4 en Seine-Saint-Denis et 5,7 dans les Yvelines. Le nombre moyen de nouveaux cas de cancer du col utérin s'élevait à 584 par an.

Col de l'utérus, situation infra-régionale, Ile-de-France : estimations du nombre annuel de nouveaux cas, taux d'incidence standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence lissés (SIR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

	Incidence 2007-2016		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾
Paris-75	120[105;138]	7,1[6,2;8,2]	1,09[0,97;1,23]
Seine-et-Marne-77	64[55;75]	6,8[5,8;8,0]	1,04[0,93;1,16]
Yvelines-78	59[51;70]	5,7[4,9;6,7]	0,94[0,83;1,07]
Essonne-91	60[51;70]	6,8[5,8;8,0]	1,02[0,91;1,15]
Hauts-de-Seine-92	85[74;99]	7,2[6,2;8,3]	1,08[0,96;1,21]
Seine-Saint-Denis-93	75[65;88]	7,4[6,4;8,6]	1,10[0,97;1,24]
Val-de-Marne-94	67[58;79]	6,7[5,8;7,9]	1,06[0,94;1,19]
Val-d'Oise-95	54[46;64]	6,5[5,5;7,7]	1,03[0,91;1,16]

⁽¹⁾ Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

⁽²⁾ Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

5.1.2. Population cible et exclusions

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) concerne les femmes entre 25 et 65 ans. En 2020, selon les estimations INSEE, 3 316 152 franciliennes répondent à ce critère.

La base de données populationnelle constituée à partir des fichiers caisses de l'Assurance Maladie comptabilisait 3 009 927 femmes au 30/04/2021. Les exclusions, définies selon le cahier de charge, s'élevaient à 11 129

femmes pour l’Île-de-France et représentaient essentiellement des hystérectomies totales. La population cible était ainsi estimée à 2 998 798 femmes.

Tableau de la population Insee, population Caisse et exclusions par classes d’âge en IDF en 2020

	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-65 ans	Total
Insee 2020	429 564	447 917	435 940	412 486	415 659	308 918	383 086	390 681	3 224 251
% (ligne)	13,3	13,9	13,5	12,8	12,9	9,6	11,9	12,1	100
Caisse 2020	424 168	433 736	326 530	371 724	358 266	342 606	333 424	350 485	2 940 939
% (ligne)	14,4	14,7	11,1	12,6	12,2	11,6	11,3	11,9	100
Eclusions HST	24	98	186	638	1648	1814	1603	3157	9168
% (ligne)	0,3	1,1	2,0	7,0	18,0	19,8	17,5	34,4	100

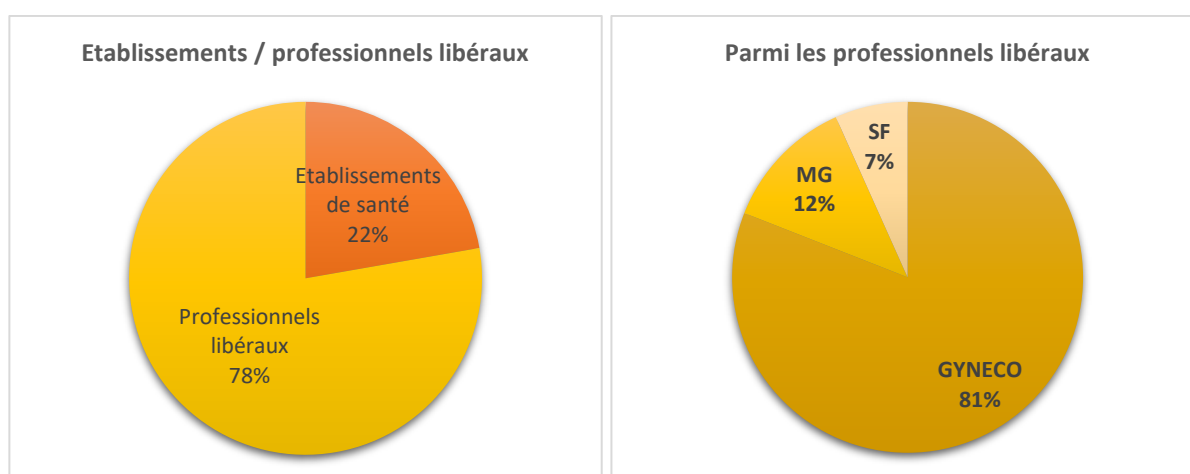
5.1.3. Caractéristiques de l’offre de soins spécifique à ce dépistage

L’étude Géodépistage 2020 (cf. Ch.2.7.3. *Recherche et expérimentations*) a permis d’identifier le nombre de prescripteurs/préleveurs (professionnels libéraux et établissements) pour le DOCCU dans la région, sur la base de la cotation des actes de dépistage transmis fin 2019 par les fichiers caisses de l’assurance maladie (avec un minimum de 5 actes de prélèvement cotés sur la période oct2017-dec2019 pour comptabilisation).

Cette analyse a recensé 4 109 préleveurs libéraux en IDF, se répartissant de la façon suivante : 1043 gynécologues, 691 sages-femmes et 2375 médecins généralistes. Cela, rapporté aux 7 622 médecins généralistes libéraux (ou mixtes) en activité régulière exerçant dans la région (*Données : Atlas démographique médical 2019*), indiquerait un taux en IDF de médecins généralistes prescrivant/réalisant des prélèvements cervico-utérins de 31%. Des disparités territoriales sont à noter, avec notamment Paris qui concentre plus d’un tiers des gynécologues franciliens. Du côté des établissements de santé, 493 structures ont été recensées comme réalisant des prélèvements, principalement des centres de santé et des PMI ainsi qu’un certain nombre d’hôpitaux. La Seine-Saint-Denis est le département le mieux pourvu en établissements publics. Parallèlement, une enquête téléphonique menée par chacun des sites territoriaux auprès des laboratoires de biologie médicale a identifié 287 laboratoires en IDF réalisant des prélèvements cervico-utérins.

Si l’on considère non plus le nombre d’effecteurs mais le nombre d’actes réalisés, il apparaît qu’une grande majorité des prélèvements cervico-utérins sont réalisés par des professionnels libéraux (à 78%), au premier rang desquels les gynécologues qui restent les principaux effecteurs de frottis en IDF (81%).

Les préleveurs de frottis en IDF (volume total des prélèvements réalisés)



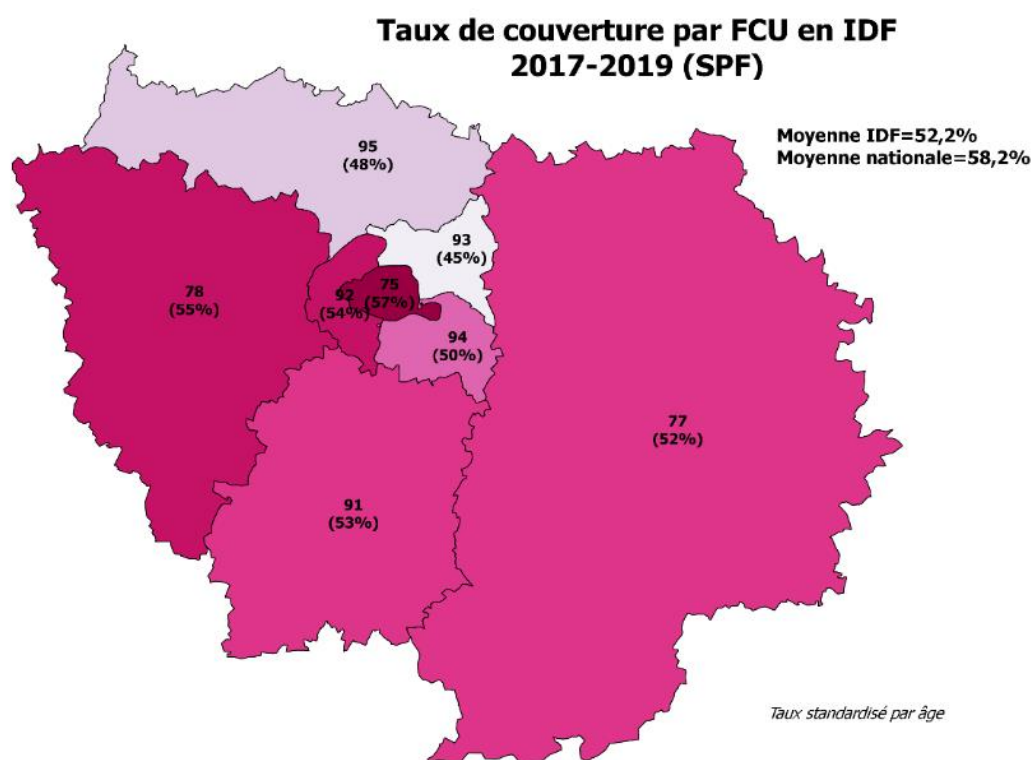
Données Fichiers caisses AM oct2017-dec2019

Une enquête téléphonique réalisée par les équipes territoriales du CRCDC-IDF a permis de recenser le nombre de structures réalisant la lecture des tests de dépistage du CCU (cytologies et tests HPV) : 62 structures d'anatomocytopathologie (ACP) et 354 laboratoires de biologie (LaBM) ont été identifiés en IDF.

Le recensement des colposcopistes a eu lieu à l'aide d'un questionnaire envoyé par le CRCDC-IDF auprès des professionnels de santé, des fichiers actes de l'assurance maladie, du site de la société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale et des remontées des CPAM départementales. 311 colposcopistes ont été dénombrés en IDF permettant la prise en charge diagnostique d'un test de dépistage positif.

5.1.4. Taux de couverture et dispersions territoriales

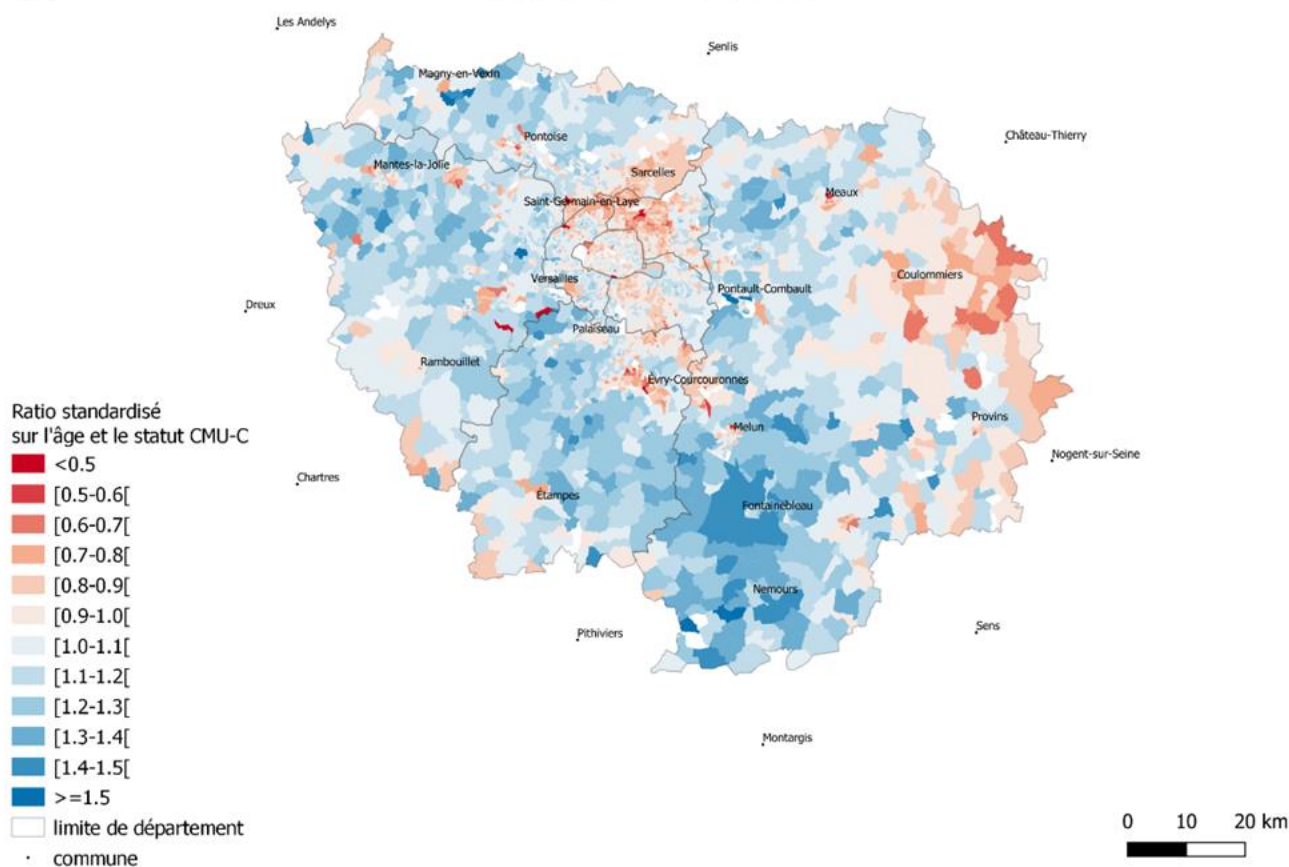
Le taux de couverture national concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, évalué par Santé Publique France pour la période 2017-2019, soit en amont du déploiement de ce nouveau programme, était de 58.2% (en légère baisse par rapport au taux observé pour la période 2016-18). Cette baisse a été particulièrement marquée en région IDF qui enregistrait fin 2019 un taux de couverture de 52,2% (contre 55,5% à la fin 2018), la situant au rang du taux régional le plus bas de France. En IDF, ces taux oscillaient entre 45% pour la Seine-Saint-Denis et 57% pour Paris.



L'étude Géodepistage de 2020, menée en partenariat avec les géographes de la santé de l'université de Nanterre, a permis une identification plus précise, à l'échelle spatiale aussi fine que les îlots d'habitation, des taux de recours au frottis en IDF. Les zones représentées en bleu reflètent des taux de recours au frottis supérieurs à la moyenne francilienne, en rouge des taux inférieurs et en rouge foncé les taux les plus critiques. Les taux les plus faibles se retrouvent principalement en Seine-Saint-Denis (notamment la partie Ouest), dans le Sud-Est du Val d'Oise, le Nord des Hauts-de-Seine, le Nord-Est de l'Essonne, l'Est Seine et Marnais, et plus globalement dans toutes les zones marquées par le statut socioéconomique plus défavorable de ses populations résidentes. L'homologie de cette carte avec celle de la défavorisation sociale (ch. 2.1) rappelle l'importance des facteurs socioéconomiques sur les comportements de dépistage du CCU.



Ratio standardisé sur l'âge et le statut CMU-C de la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en IDF



5.2. Organisation et activité du cancer du col de l'utérus

5.2.1. Organisation

Spécificités organisationnelles de ce programme

Le programme s'adresse à toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans, à l'exclusion de celles ayant subi une hystérectomie totale. Dans le cahier des charges, les patientes avec un suivi particulier du fait de pathologies spécifiques liées au col (antécédents de cancer) sont exclues temporairement du dépistage. Elles peuvent réintégrer le dépistage organisé suite à une demande spécifique du professionnel de santé en direction du CRCDC. Toutefois, en raison de la mise en place récente de ce programme de dépistage freinant les potentialités de transmission de cette information, la région Ile-de-France a décidé de poursuivre les invitations pour ces assurées au suivi spécifique afin d'éviter toute perte de chance.

Comme pour les deux autres dépistages organisés, il repose sur un système d'invitations et de suivi des résultats positifs, à ces deux exceptions près : les invitations ne s'adressent qu'aux femmes non à jour dans leur dépistage tandis que le suivi concerne toutes les femmes de la population cible, qu'elles aient participé spontanément au dépistage ou à la suite du courrier d'invitation.

Elles reçoivent une lettre d'invitation permettant une prise en charge à 100% par l'assurance maladie de la lecture du test par le laboratoire. La consultation médicale reste à la charge de l'assurée selon les modalités habituelles.

Pour assurer ce dispositif et conditions particulières du DOCCU (filtrage des invitations, suivi de toutes les femmes), les CRCDC, après conventions avec les différentes caisses d'AM et structures ACP/LABM, reçoivent les données administratives, les actes de dépistage et de suivi ainsi que les résultats cytologiques et histologiques relatifs au CCU de toute la population cible. Les femmes ne souhaitant pas participer au programme et/ou transmettre leur résultat ont la possibilité d'exercer leur droit d'opposition (mentions spécifiques sur la lettre d'invitation et sur la feuille de demande d'examen).

Les spécificités du DO CCU viennent modifier les indicateurs usuels d'évaluation des programmes de dépistage organisé : les objectifs de participation se mesurent non plus (ou plus seulement) en termes de taux de DO mais par la couverture globale atteinte, avec un objectif national fixé à 80% de la population cible.

Nouveautés 2020

En juillet 2019, paraissaient de nouvelles recommandations de l'HAS modifiant le type de test utilisé et le rythme de dépistage en fonction de l'âge des femmes. Les anciennes recommandations (un frottis tous les 3 ans après deux cytologies normales réalisées à un an d'intervalle) restent de vigueur pour les femmes de 25 à 29 ans. En revanche, pour les femmes âgées entre 30 et 65 ans, le test HPV est préconisé tous les 5 ans. Ces recommandations ont été officiellement intégrées dans le PNDO le 15 août 2020 avec la parution d'un nouveau cahier des charges pour le programme. Les courriers d'invitation ont été modifiés en conséquence en septembre 2020 en IDF.

Etat d'avancement opérationnel du programme

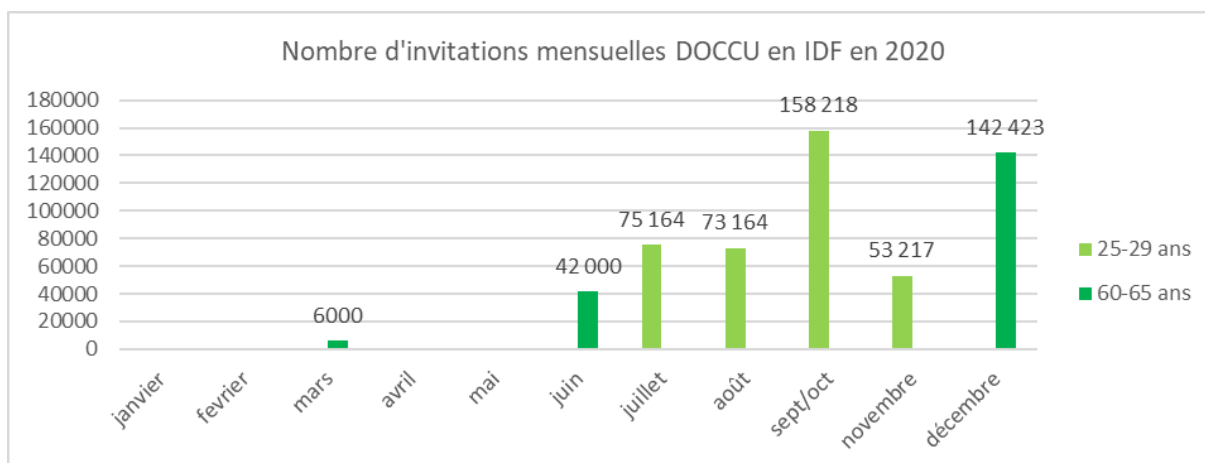
Annoncé officiellement en mai 2018 (date de publication du cahier des charges), le programme national de dépistage organisé (PNDO) du cancer du col de l'utérus n'a débuté dans la région IDF que fin 2019 (date de transmission des fichiers de l'assurance maladie), avec l'envoi des premières invitations dans le département du 94, site pilote de l'expérimentation depuis 2010. En 2020, les modalités d'échanges avec les ACP/LaBM demeurent toujours en cours de discussion et d'arbitrage au niveau national (notamment pour ce qui est du financement des modules d'extraction). Les conventions pour le transfert des résultats, conditionnant le début effectif de la mission de suivi de ce programme, n'ont pas encore été signées.

5.2.2. Activités

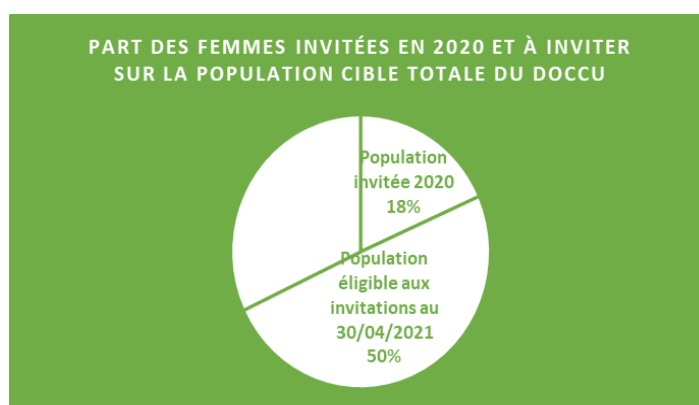
Invitations

Fin 2019, dans l'attente de l'intégration des nouvelles recommandations HAS au cahier des charges, la stratégie d'invitation décidée en comité technique a été de solliciter prioritairement les femmes sortantes puis les femmes entrantes pour lesquelles les modalités de dépistage étaient inchangées.

Sur l'ensemble de l'année 2020, un total de 550 186 invitations ont été adressées aux femmes d'Ile-de-France, dont 25% aux Parisiennes. Les assurées des Hauts-de-Seine ont été les premières à recevoir l'invitation en mars 2020. La crise sanitaire a entraîné l'arrêt de ces envois, qui ont repris à partir de juin 2020 pour l'ensemble des départements franciliens.

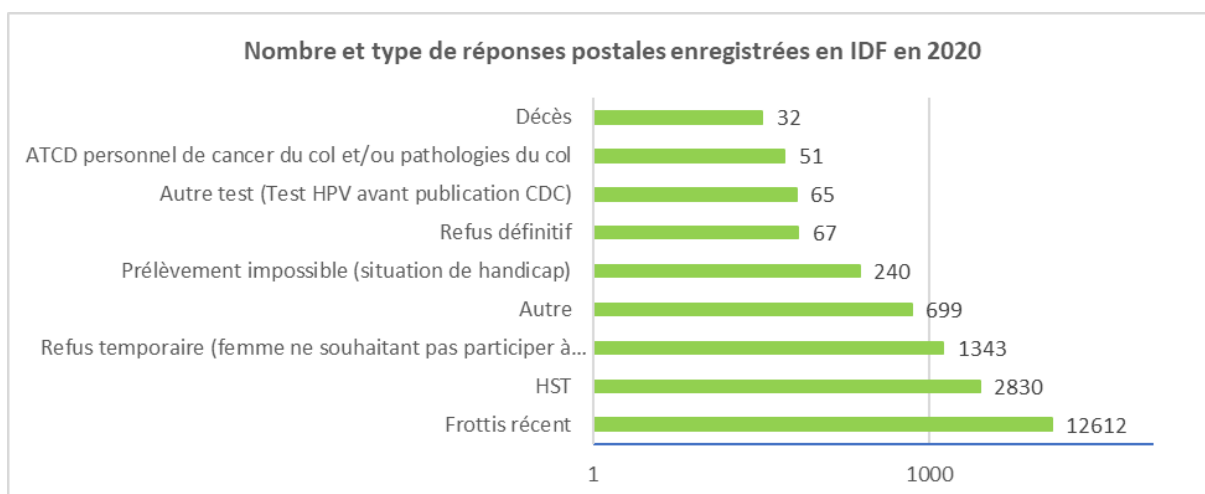


Rapporté à la population cible totale du DOCCU en IDF (population caisse moins les exclusions définitives), cela signifie que près d'un cinquième des franciliennes (18,3%) ont été invitées en 2020. Avec 1 487 865 femmes actuellement éligibles aux invitations, il y a, en l'état actuel du niveau d'information de nos bases de données sur les dépistages réalisés, encore la moitié des franciliennes à inviter.



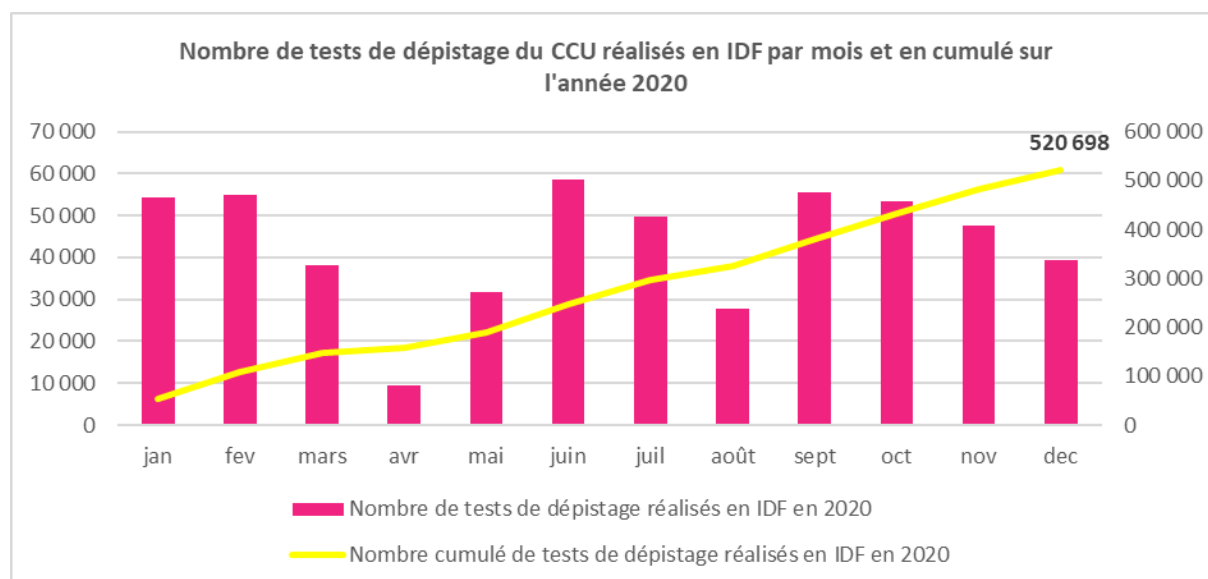
Les réponses postales

17 939 réponses postales ont été traitées par l'ensemble des départements franciliens, elles se répartissent selon le graphique ci-dessous :



Tests de dépistage réalisés en 2020

En 2020, 520 698 tests de dépistage (DO/DI confondus) ont été réalisés, selon une temporalité reflétant en partie l'impact des périodes de confinement.



Animation du réseau

En 2020, les rencontres avec les instances nationales (INCa, Santé publique France) et les réunions du comité technique DO CCU ont été stoppées.

Toutefois, certains responsables de structures d'anatomo-cytopathologie ont été sollicités pour identifier leur fonctionnement et réaliser un état des lieux sur leur regroupement à venir. Un travail spécifique a été initié avec le référent APHP, afin de poser les bases de notre future collaboration.

5.3. Actions menées

5.3.1. Objectifs ciblés du CRCDC-IDF sur le DO CCU : déploiement et promotion d'un nouveau programme de dépistage organisé

En 2020, les objectifs du CRCDC-IDF concernant le DO CCU étaient :

- La mise en œuvre opérationnelle du programme : montée en charge des invitations, mise en place du suivi des résultats de dépistage et gestion de la base de données ;
- L'information/formation des professionnels de santé : informer du dispositif, former au geste, rappel des conduites à tenir et des nouvelles recommandations HAS, créer des réseaux de correspondants, dans l'objectif d'une implication plus forte des professionnels de santé dans ce dépistage, d'une amélioration des pratiques et d'un élargissement du nombre de préleveurs en IDF, dans le contexte actuel d'une démographie déclinante en gynécologie ;
- Être en capacité d'orienter les professionnels de santé et les femmes dans le parcours de soins et la prise en charge d'un test positif : formation des équipes territoriales sur le DOCCU pour répondre aux questions des femmes, identification des outils et ressources existantes pour accompagner les PS de premier recours. A contrario des deux autres dépistages organisés (listing des radiologues agréés pour le DOCS, médecin traitant pour le DOCCR), il n'y a pas pour le DOCCU de parcours tout tracé pour aller faire son dépistage. Aussi dans un contexte de départ à la retraite et raréfaction des gynécologues de ville, un travail d'information est à mener auprès des femmes, encore peu averties de l'ensemble des circuits existants, notamment l'habilitation des sages-femmes à réaliser le suivi gynécologique et les missions de

suivi de la femme par les médecins généralistes. Pour les nouveaux préleveurs, médecins généralistes et sages-femmes de la jeune génération, la création du réseau de soins et des circuits de correspondants est reconnue comme un enjeu incitatif important à la réalisation du dépistage du CCU ;

- Le développement de nouveaux partenariats et d'actions de proximité pour toucher cette tranche d'âge plus jeune des DO, avec un focus particulier sur les femmes en retrait du dépistage (femmes socialement défavorisées, isolées ou vulnérables).

5.3.2. Plan d'action et niveau d'avancement

➤ Déploiement opérationnel du programme

La crise sanitaire et les trois mois d'arrêt quasi-total d'activité ont fortement bouleversé les objectifs fixés pour l'année 2020. La montée en charge des invitations a été différée pour l'essentiel au mois de juin. Un fort rattrapage des invitations a été fait au 2^e semestre permettant de couvrir, dans leur totalité, deux tranches d'âge de la population éligible (25-29 ans et 60-65 ans), soit un quart de la population cible du DOCCU.

En septembre 2020, les courriers d'invitation ont été modifiés pour intégrer les nouvelles modalités de dépistage préconisées par l'HAS. En collaboration avec l'éditeur du logiciel métier « E-Sis », un nouveau programme a été implémenté dans E-sis pour inclure le test HPV en dépistage primaire dans l'édition des invitations relatives aux 30-65 ans. Des réunions bimensuelles se sont tenues tout le long de l'année entre l'éditeur du logiciel métier et le CRCDC-IDF afin de remonter les problèmes opérationnels rencontrés et améliorer l'efficacité du logiciel. En début d'année 2020, toutes les équipes départementales ont été formées à l'utilisation d'E-Sis, à raison de 2 séances assurées par le médecin référent régional DO CCU, en collaboration avec la sage-femme du site territorial.

Le traitement des réponses postales a abouti à l'édition de 4 courriers spécifiques, implémentés dans E-Sis après validation régionale, afin de répondre à chaque situation individuelle rencontrée. Pour les réponses postales mentionnant une « hystérectomie », un courrier a été envoyé de façon systématique afin d'obtenir le compte-rendu opératoire de l'intervention ou une validation médicale attestant l'hystérectomie totale. Pour les femmes mentionnant l'absence de rapports sexuels, la vaccination et autres situations demandant des précisions complémentaires pour statuer de l'éligibilité au dépistage, un courrier a été renvoyé pour clarifier les modalités du dépistage.

L'absence de conventions avec les anatomopathologistes, conditionnant le transfert des résultats, reporte le début de la mission du suivi des positifs à l'année 2021.

➤ Information/formation des professionnels de santé sur le DO CCU

Un mail d'information a été envoyé le 30/10/2020 aux préleveurs de chaque département suite à l'intégration du test HPV primaire dans le cahier des charges pour les femmes de 30 à 65 ans et la modification de la lettre d'invitation. Les partenaires en santé, chefs de service hospitaliers ou directeurs de centre de santé, ont été dans le même temps informés par le médecin coordonnateur territorial de cette mise à jour.

Les nouvelles cotations concernant le test HPV primaire dans le cadre du dépistage organisé ont été notifiées par mail auprès des anatomopathologistes et des biologistes le 12/12/2020.

Les séances d'information à destination des professionnels de santé ont porté sur l'organisation du programme du DOCCU et sur les nouvelles recommandations et conduites à tenir en cas de test positif et/ou de cytologie anormale. La crise sanitaire a contraint à proposer de nouveaux outils innovants, tels que les webinaires, permettant le déroulement de séances à distance. Sur la région, 17 séances ont eu lieu sur l'année.

Sur certains départements, une approche territoriale a été proposée dans l'objectif de renforcer les réseaux de professionnels. Dans le Val-de-Marne, une colposcopiste exerçant à l'hôpital Bégin a présenté les nouvelles recommandations du test HPV en dépistage primaire aux préleveurs de ce secteur géographique.

➤ **Être en capacité d'orienter les populations et les professionnels de santé**

Dans tous les départements, les équipes territoriales ont été formées sur le DOCCU.

Un travail d'identification des professionnels de santé impliqués dans le DOCCU (préleveurs, lecteurs et colposcopistes) a été fait dans chacun des départements franciliens, en prévision du plan de formation des professionnels de santé sur le DOCCU.

La possibilité de faire connaître les lieux ressources (préleveurs, colposcopistes, anapaths) aux femmes comme aux professionnels de santé de premier recours sollicitant une aide à l'orientation reste déontologiquement problématique et ne pourra se faire que par renvoi vers des sites déjà existants ou encore dans le cadre de projets territoriaux spécifiques.

Une mise à jour des données concernant les professionnels de santé a été effectuée en mars 2020. Pour chaque préleveur libéral (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue), une adresse email a pu être enregistrée suite à un appel personnalisé.

4) Développer une communication de proximité, notamment en direction des femmes en retrait du dépistage

Un travail d'information auprès des femmes a débuté en 2020 pour une sensibilisation à ce nouveau programme de dépistage organisé, en développant une communication plus adaptée à cette tranche d'âge de la population (réseaux sociaux, pages Facebook, etc.). Un rapprochement a été fait avec de nouveaux partenaires et associations de terrain travaillant auprès de publics plus jeunes (PMI, ateliers sociolinguistiques, missions locales...). L'effort est placé sur le déploiement d'une communication de proximité, adaptée aux besoins des populations locales (séances d'information en petit groupe, groupes de discussion, ateliers de sensibilisation et démarches plus participatives de coproduction de la communication sur le DOCCU avec les habitantes). Une réflexion est en cours avec les partenaires pour développer des circuits de prise en charge accessibles aux plus démunis et/ou aux populations plus isolées de l'offre de soins (dépistage gratuit, offre hors les murs, ...). La crise sanitaire de 2020 a conduit à l'annulation de nombreuses actions de proximité. Elle a néanmoins été propice au travail préparatoire pour la mise en place de nouveaux projets plus ambitieux (conjuguant démarche de sensibilisation des publics à la proposition concrète d'une offre de dépistage).

5.4. Evaluation du programme

En l'absence de transferts automatisés des résultats de dépistage et d'un recueil encore partiel de l'activité du dépistage (basé uniquement sur les cotations d'actes soumis à remboursement), l'évaluation du programme en termes de taux de couverture et d'indicateurs de résultats n'a pas pu être menée en 2020. Les taux d'activité annuelle et de retour à l'invitation ainsi que les changements potentiels de pratiques médicales ont néanmoins été analysés.

5.4.1. Evaluation de la participation

Taux d'activité annuelle¹⁴

En 2020, 517 893 femmes ont été dépistées en Ile-de-France, soit un taux d'activité annuelle (rapporté au tiers de la population cible) de **51,8 %**, variant de 42,03 % pour le 93 à 58,33 % dans le 78 : des taux relativement faibles¹⁵, probablement à mettre en lien avec les effets de la crise Covid, mais aussi avec un mode de recueil encore très incomplet des tests réalisés, estimés uniquement à partir des fichiers actes de l'assurance maladie.

¹⁴ A distinguer des taux de couverture (historiquement par frottis) calculés sur une période de 3 ans et donc gommant les effets de la pratique de sur-dépistage (FCU réalisés tous les ans ou tous les 2 ans)

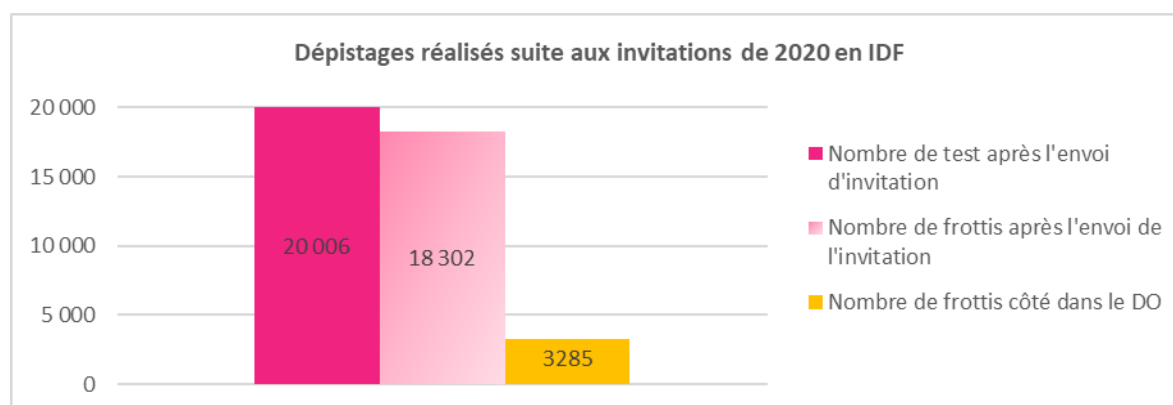
¹⁵ Les taux annuels se situent généralement à des niveaux très supérieurs aux taux de couverture, en raison de pratiques encore importantes de sur-dépistage (FCU tous les ans ou tous les 2 ans)

L'expérience pilote du 94 avait démontré la part importante de l'information apportée par les transmissions ACP/LaBM sur le recueil d'activité du dépistage. Par ailleurs, des contraintes techniques pesant sur le logiciel et le raccrochement des actes (**56 183** actes de dépistage en « incohérence » non implémentés dans la base E-sis) diminuent encore la part réelle des tests effectués.

Taux de participation suite à l'invitation

Un an de recul temporel après la date d'invitation étant nécessaire pour calculer la participation suite à l'invitation, le taux de retour aux invitations 2020 ne pourra être obtenu que fin 2021 et est mentionné ici à titre préliminaire mais non significatif. En mai 2021, on comptabilisait **20 006** tests de dépistage réalisés en région IDF après l'envoi d'une invitation en 2020¹⁶, soit un taux de participation « invitées » de **3.64 %** (taux brut) et de **3.76 %** si ajusté aux réponses postales informant d'une exclusion temporaire ou définitive. Très peu de disparités sont observées entre départements, ce taux ajusté allant de 3.3 pour le 77 à 4.5 pour le 91.

L'utilisation de la prise en charge a été estimée uniquement sur les dépistages par FCU (les cotations DO pour le test HPV étant trop récentes pour être évaluées). Sur les **18 302** tests de FCU réalisés suite à l'invitation, **3 285** ont été cotés DO, soit un taux d'utilisation de la prise en charge de **17.95 %** (avec une relative homogénéité interdépartementale) : un taux particulièrement faible questionnant le niveau d'information des professionnels de santé (et des femmes) sur le DOCCU et ses circuits de prise en charge et par là les perspectives de communication pour 2021.

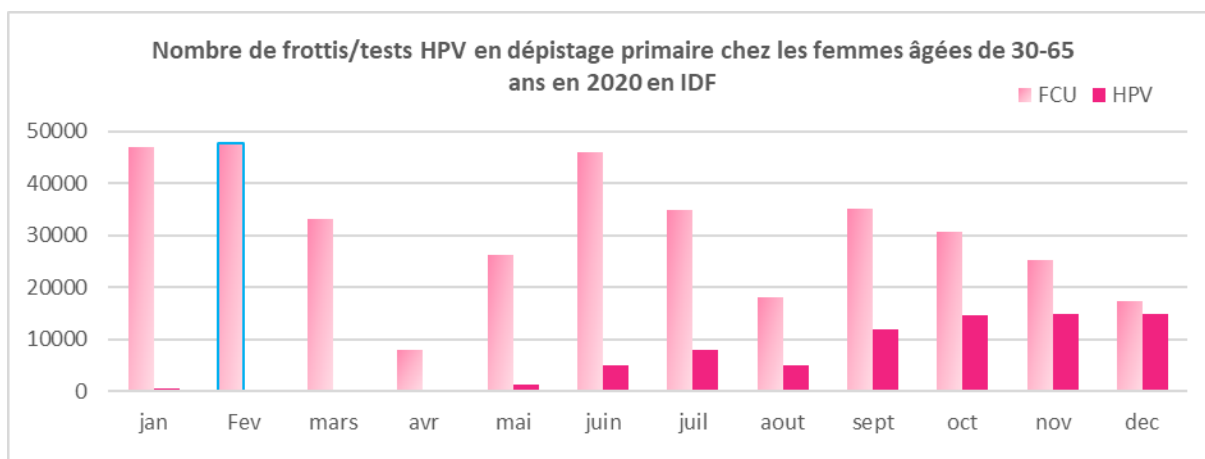


5.4.2. Impact des nouvelles recommandations HAS sur les pratiques de dépistage

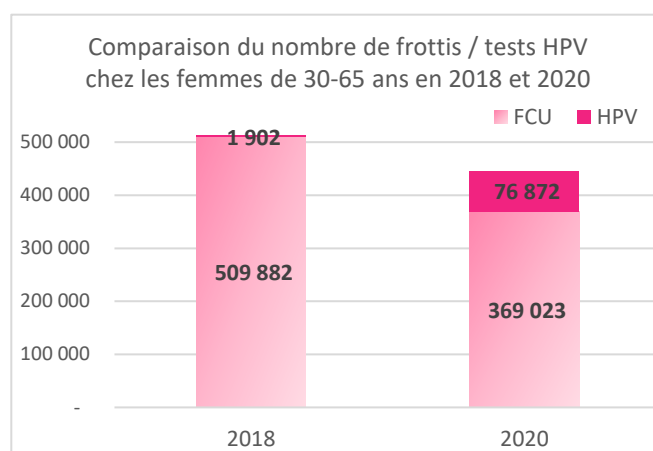
L'analyse a porté ici uniquement sur les femmes âgées de 30 à 65 ans pour lesquelles les recommandations de dépistage ont été modifiées. Les cytologies cervicales réalisées en dépistage de première intention ont pu être identifiées à l'aide des cotations CCAM. Pour le test HPV, du fait du changement récent des recommandations et des cotations nouvellement attribuées (encore très peu utilisées par les professionnels en 2020), seuls les tests HPV réalisés sans cytologie notifiée dans les 3 mois précédant le test ont été pris en compte pour extraire les tests HPV de « première intention » des tests dits « reflexes » faisant suite à une cytologie anormale (type ASCUS).

L'analyse mensuelle des types de tests réalisés laisse entrevoir un changement progressif des pratiques professionnelles au cours de l'année 2020 : avec une augmentation graduelle du nombre de tests HPV réalisés en dépistage primaire associée à une baisse progressive du nombre de frottis pratiqués.

¹⁶ Délai de 3 semaines entre la date d'invitation et la réception du courrier pris en compte



La comparaison avec 2018 (avant la parution des recommandations HAS) confirme ce changement, avec une part de tests HPV (« primaires ») quasi nulle en 2018 et plus significative en 2020 (**17,2%**). Elle montre, par ailleurs, la faible activité de dépistage en 2020 qui, par-delà un moindre recul temporel dans le recueil des données, pourrait résulter de l'impact non négligeable de la crise sanitaire liée au Covid 19 sur les pratiques de dépistage.



Perspectives

Les remontées 2020 viennent orienter la stratégie de communication sur ce nouveau programme de dépistage. Les séances d'information sur le DOCCU auprès des prescripteurs et des préleveurs doivent être maintenues, avec un accent sur les modalités pratiques de ce dépistage (utilisation des étiquettes, lieu d'envoi du prélèvement). L'information à destination des femmes doit être accentuée en expliquant les modalités de prise en charge du test de dépistage.

Les partenariats avec les ACP et LaBM doivent être renforcés, pour consolider l'information sur les modalités de prise en charge des tests et la cotation des actes (cytologies et tests HPV en DO/DI) et faciliter les transferts de résultats une fois les conventions signées. A l'issue de ces transferts automatisés, pourra débuter la mission de suivi des tests positifs de ce programme. De même qu'une évaluation plus solide des taux de participation et de couverture au dépistage pourra être amorcée.