

JUIN 2022

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

**/ Rapport de phase 2 : élaboration
des scénarios d'organisation structurelle
d'évolution du programme national
de dépistage du cancer du col de l'utérus**

Analyse comparative portant sur l'organisation des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus par test de recherche d'ADN HPV, proposition et analyse des scénarios possibles de structuration du futur dispositif français

DÉPISTAGE ORGANISÉ DUCANCER DU COL DE L'UTÉRUS / Rapport de phase 2 : élaboration des scénarios d'organisation structurelle d'évolution du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Le présent document constitue une expertise sur des questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer réalisée en application du 8° de l'article L.1415-2 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut national du cancer en date du 27/06/2022.

Cette expertise sanitaire a été adoptée par décision du Président de l'Institut N° 2022-32 en date du 11/07/2022, publiée au Registre des actes administratifs de l'Institut.

Ce document doit être cité comme suit : © Dépistage organisé ducancer du col de l'utérus / Rapport de phase 2 : élaboration des scénarios d'organisation structurelle d'évolution du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus, collection Recommandations et référentiels, Institut national du cancer, juin 2022.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

COORDINATION INCA

MARCHADIER Agathe, cheffe de projets

BARRE-PIERREL Stéphanie, coordinatrice des programmes de dépistage organisé

DE BELS Frédéric, responsable du département Prévention

ÉQUIPE PROJET

ABADIE Audrey, PricewaterhouseCoopers (PWC)

BEZANNIER Léa, CEMKA

DETOURNAY Bruno, CEMKA

LELEU Henry, Public health expertise (PHE)

MANCEAU Antoine, PricewaterhouseCoopers (PWC)

MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE

Chaque expert a participé *intuitu personae* au comité de pilotage.

L'Institut a analysé la déclaration publique d'intérêts (DPI) de chaque expert préalablement à sa participation et tout au long des travaux d'expertises au regard des points traités dans le cadre de l'expertise. Des experts ont déclaré des liens d'intérêts avec les 8 industries de santé membres fondateurs de l'association FIAC¹. L'Institut n'a pas identifié de risque de conflit d'intérêts. Chaque DPI est publiée sur le site unique DPI-SANTÉ².

ALEMANY Pierre, pathologiste, Ouest Pathologie, Brest

ALOE Laura (fin de mandat : 22/06/2021) remplacée par MERCIER Mélanie, chargée de prévention, CNAM, Paris

BENET-BOZETTO Nathalie, sage-femme, CH de Bastia

BONASTRE Julia, économiste de la santé, Paris

BOUTTIER Émilie, chargée de dossier, DGS, Paris

BUNGE Lucie, médecin généraliste, Saint-Ouen

CADEVILLE Marjorie (fin de mandat : 25/01/2021), remplacée par POTTIER Lucie, chargée de mission, CCMSA, Bobigny

CARCOPINO Xavier, PUPH gynécologue-obstétricien, APHM

CONDE Marie-Hélène, médecin, Cnam, Paris

COURTADE SAIDI Monique, PUPH Anatomie et cytologie pathologiques, Toulouse

DALSTEIN Véronique, MCU-PH biologiste moléculaire, CHU de Reims

DERRENDINGER Isabelle, sage-femme directrice, CHU de Nantes

¹ <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Filiere-Intelligence-Artificielle-et-Cancer>

² <https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/recherche/declarant>

DILLENBOURG-WERTZ Claire, radiologue, Direction de la Santé, Luxembourg

HAMERS Françoise, coordinatrice de programme, Santé publique France, Saint-Maurice

HAGUENOER Ken, praticien hospitalier, CHRU de Tours

HERNANDEZ Caroline, membre du comité de démocratie sanitaire de l'Institut national du cancer - usagers, Boulogne Billancourt

HERON Isabelle, gynécologue médical, Rouen (fin de mandat : 21/10/2021)

HOCQUEMILLER Raphaël, gynécologue médical, Paris

LAUNOY Guy, professeur d'Université-Praticien hospitalier en épidémiologie et santé publique, Caen

LE DUFF Franck, médecin directeur du CRCDC Corse, Bastia

OUMEDDOUR Said, sous-directeur de la Cnam - Responsable du Département de la prévention et de la promotion de la santé, Paris

PONS Jean-Louis, biologiste médical, Carpentras

PRÉTET Jean-Luc, professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Directeur du Centre national de référence papillomavirus, Besançon

ROUSSEAU Agnès, membre du comité de démocratie sanitaire de l'Institut national du cancer - usagers, Boulogne Billancourt

RUELLE Yannick, professeur associé de médecine générale, Pantin

SOMMAIRE

1.	PARTICIPANTS	12
1.1.	L'équipe.....	12
1.2.	Le comité de pilotage scientifique.....	12
PHASE 2 : ÉLABORATION DES SCÉNARIOS D'ORGANISATION STRUCTURELLE D'ÉVOLUTION DU DOCCU		15
2.	MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DES SCÉNARIOS.....	16
3.	LIMITES DE LA DÉMARCHE	18
4.	CONTENU DES SCÉNARIOS.....	19
4.1.	Options « organisation structurelle ».....	19
4.1.1.	Option structurelle iso-organisation.....	19
4.1.2.	Option structurelle centralisation.....	20
4.1.3.	Option structurelle régionalisation renforcée	21
4.2.	Options auto-prélèvement.....	22
4.3.	Option stratégies « d'aller vers »	25
5.	TRAJECTOIRES DE MIGRATIONS ENVISAGEABLES.....	27
5.1.	L'organisation temporelle de la migration.....	28
5.2.	Une mise en place territoire par territoire.....	28
6.	COÛTS ET GAINS DES SCÉNARIOS PROPOSÉS	31
6.1.	Méthodologie de recueil des avis des différentes typologies d'acteurs sollicités	32
6.2.	Analyse avantages – inconvénients – prérequis – faisabilité – acceptabilité	35
6.2.1.	Options organisation structurelle.....	35
6.2.2.	Options auto-prélèvements (APV)	89
6.2.3.	Options stratégies « d'aller vers »	125
AVIS DU COMITÉ DE PILOTAGE SUR LES PRÉCONISATIONS FORMULÉES.....		136
7.	PRÉCISIONS SUR L'INSTRUCTION DES SCÉNARIOS EN PHASE 2	137
8.	PRÉCONISATIONS FINALES ET AVIS DES MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE	138
8.1.	Préconisations portant sur les scénarios structurels.....	138
8.2.	Préconisations portant sur les scénarios APV	145
8.3.	Préconisations portant sur les scénarios d'aller vers.....	147
CONCLUSION		149
RÉFÉRENCES		157

ANNEXES.....159

- 9. ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES REPRÉSENTANTS
DES PROFESSIONNELLES 160
- 10. ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE EN LIGNE DESTINÉ AUX CRCDC161
- 11. ANNEXE 3 : RAPPORT D'ANALYSE D'IMPACT BUDGÉTAIRE 169

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Position des acteurs interrogés sur le scénario iso-organisation	46
Figure 2.	Position des CRCDC interrogés sur le scénario iso-organisation.....	47
Figure 5.	Position des acteurs interrogés sur le scénario régionalisation renforcée.....	68
Figure 6.	Position des CRCDC sur le scénario régionalisation renforcée	68
Figure 7.	Positionnement des acteurs en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario iso-organisation	70
Figure 8 :	Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario iso-organisation	76
Figure 9.	Positionnement des acteurs en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario centralisation	77
Figure 10.	Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario centralisation	80
Figure 11.	Positionnement des acteurs en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario régionalisation renforcée.....	82
Figure 12.	Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario régionalisation renforcée.....	84
Figure 13.	Position des acteurs interrogés sur le scénario EDR.....	101
Figure 14.	Position des CRCDC interrogés sur le scénario EDR	101
Figure 15.	Position des acteurs interrogés sur le scénario EDI	102
Figure 16.	Position des CRCDC interrogés sur le scénario EDI.....	102
Figure 17.	Position des acteurs interrogés sur le scénario EDR/EDI+PS.....	103
Figure 18.	Position des CRCDC sur le scénario EDR/EDI+PS	103
Figure 19.	Position des acteurs interrogés sur le scénario APV comme unique modalité de dépistage	110
Figure 20.	Position des CRCDC sur le scénario APV comme unique modalité de dépistage	110
Figure 21.	Positionnement des acteurs interrogés en termes de faisabilité et concernant le scénario EDR.....	112
Figure 22.	Positionnement des acteurs interrogés en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDI	112

Figure 23. Positionnement des acteurs interrogés en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDR/EDI+PS.....	113
Figure 24. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDI	115
Figure 25. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDR.....	115
Figure 26. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDR/EDI+PS	116
Figure 27. Positionnement des acteurs interrogés en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario APV comme modalité unique de dépistage	117
Figure 28. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario APV comme modalité unique de dépistage	119
Figure 29. Position des acteurs interrogés sur le scénario stratégies d'« aller-vers »	131
Figure 30. Position des CRCDC sur le scénario stratégies d'« aller-vers ».....	132

Tableau des sigles et abréviations	
ACP	Anatomocytopathologiste
ALD	Affection longue durée
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APV	Auto-prélèvement vaginal
ARS	Agence régionale de santé
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCU	Cancer du col de l'utérus
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CI-SIS	Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé
CMG	Collège de Médecine générale
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
CNOSF	Conseil national de l'ordre des sages-femmes
CNPBM	Conseil national professionnel de biologie médicale
CNPGO-GM	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale
CNPP	Conseil national professionnel des pathologistes
CNR	Centre national de référence
CNSFF	Collège national des sages-femmes de France
COFRAC	Comité français d'accréditation
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCDC	Centre régional de coordination des dépistages des cancers
CSS	Complémentaire santé et solidaire
DNS	Délégation du numérique en santé
DOCCU	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
DRSM	Direction régionale du service médical
ENS	Espace numérique de santé
FNCGM	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
HAS	Haute Autorité de santé
HPV-HR	HPV à haut risque
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICC	Immunohistochimie
INCa	Institut national du cancer
LBM	Laboratoire de biologie médicale
PN DOCCU	Programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SB	Syndicat des biologistes
SFCPCV	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales
SMPF	Syndicat des médecins pathologistes français

RÉSUMÉ

Le programme national de dépistage organisé (PN DOCCU) était inscrit dans le plan cancer 2014-2019, dont l'une des priorités était de faire reculer les inégalités face au cancer du col de l'utérus et de réduire son incidence. Après une phase de préfiguration, il a été lancé en 2018. Un cahier des charges national, publié en annexe de l'arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, en décrit les modalités de mise en œuvre.

Les objectifs du programme sont de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à dix ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible et en rendant le dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé.

Il vise également à améliorer la qualité du dépistage et du suivi des femmes ayant un résultat anormal ou positif.

Le programme concerne l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans, vaccinées ou non contre les HPV. Sont exclues les femmes symptomatiques ou ayant subi une hystérectomie totale.

Le programme vient en complément de l'action des professionnels de santé. En effet, le principal mode d'inclusion dans le programme est l'invitation des femmes par les professionnels qui réalisent leur suivi gynécologique. On parle alors de participation spontanée.

Pour les femmes non-participantes, le programme prévoit un système de courriers d'invitations/relances pour inciter les femmes à prendre rendez-vous avec un professionnel de santé pour réaliser le dépistage. Dans ce cadre, des étiquettes à apposer sur le prélèvement sont jointes au courrier et permettent à la femme de bénéficier d'une prise en charge intégrale de l'analyse de son test de dépistage et des examens réflexes éventuels.

Sont également prévues dans le cadre du programme des actions complémentaires en direction des populations vulnérables ou très éloignées du système de santé.

Enfin, pour l'ensemble des femmes de la population cible (qu'elles aient participé spontanément ou qu'elles aient été invitées par courrier), le programme prévoit un recueil des données de dépistage et un suivi de l'ensemble des femmes dont le test de dépistage est positif ou anormal dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, mais également d'évaluation du programme.

Le déploiement opérationnel du programme a été confié aux centres régionaux de coordination des dépistages (CRCDC).

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus était initialement fondé sur la réalisation d'un examen cytologique tous les 3 ans (après 2 examens cytologiques normaux à 1 an d'intervalle) pour l'ensemble de la population cible.

En 2019, la HAS a mis à jour les recommandations en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus et propose une stratégie incluant le test HPV-HR pour les femmes

de plus de 30 ans et prévoit une place pour les auto-prélèvements vaginaux (APV) pour les femmes non participantes.

L'arrêté du 30 juillet 2020 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [1] vient modifier celui du 4 mai 2018 en intégrant ces nouvelles recommandations.

Ainsi, le PN DOCCU est désormais fondé :

- entre 25 et 29 ans, sur la réalisation d'un examen cytologique : séquence de deux examens cytologiques à 1 an d'intervalle, puis à 3 ans si le résultat des deux premiers est normal ;
- à partir de 30 ans et jusque 65 ans, sur la réalisation d'un test HPV-HR : 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal ou dès 30 ans en l'absence d'examen cytologique antérieur. Le rythme entre deux dépistages par test HPV-HR est de 5 ans, dès lors que le résultat du test est négatif.

Concernant l'auto-prélèvement vaginal, l'Institut national du cancer a publié en mai 2022 un référentiel national concernant l'usage des APV dans le PN DOCCU [2]. Il prévoit de mettre en place l'envoi direct à la relance de kits d'APV et détaille les modalités organisationnelles d'utilisation de ce mode de prélèvement alternatif ainsi que les caractéristiques techniques des dispositifs d'APV et tests HPV-HR utilisables.

Dans ce contexte, l'Institut national du cancer (INCa) a souhaité interroger l'organisation des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus par test HPV-HR et par auto-prélèvement à l'étranger, afin d'identifier les scénarios les plus cohérents et efficaces permettant d'accompagner la structuration du dispositif français dans le cadre du passage au test HPV-HR.

La conduite de cette étude s'intègre à l'Action I.12.3 « Simplifier l'accès au dépistage » de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer et ses conclusions ont vocation à éclairer le décideur concernant les évolutions structurelles possibles du programme à court, moyen et long terme pour lui permettre d'atteindre ses objectifs.

La 1^{re} phase de l'étude a consisté en une analyse comparative des programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (PN DOCCU) à l'international et à identifier les pays ayant basculé de la cytologie vers le test HPV (+/— APV), les modalités organisationnelles mises en place dans les pays identifiés et à préciser le caractère transférable ou non de ces modalités organisationnelles au contexte français.

La phase 2 de l'étude vise, à partir de ces éléments, à élaborer des scénarios d'organisation possibles pour le PN DOCCU français à moyen et long terme, à présenter les principaux impacts associés et à présenter les trajectoires de migration vers ces scénarios. À partir des travaux de phase 1, plusieurs « options » de scénarios potentiellement complémentaires ont été élaborées et testées auprès des principales organisations de professionnels concernés et des CRCCD.

Tout au long de l'étude, l'INCa s'est appuyé sur un comité de pilotage afin de recueillir son avis sur les choix méthodologiques ainsi que sur la mise en œuvre et les résultats dans les 2 phases de l'étude.

1. PARTICIPANTS

1.1. L'équipe

Ce travail a été coordonné par Agathe Marchadier et Stéphanie Barré-Pierrel , département Prévention du pôle Santé Publique et Soins de l'Institut national du cancer, sous la direction de Frédéric de Bels.

L'ensemble des travaux de recueil et d'analyse des données ont été réalisés par Mme Audrey Abadie (PwC), Mme Laura Bezannier (CEMKA), le Dr. Bruno Detournay (CEMKA) et M. Antoine Manceau (PwC).

La recherche et la gestion documentaire ont été réalisées par par le Mme Audrey Abadie (PwC), Mme Laura Bezannier (CEMKA), le Dr. Bruno Detournay (CEMKA) et M. Antoine Manceau (PwC).

L'analyse de l'impact budgétaire a été réalisée par par M. Henri Leleu (PHE).

1.2. Le comité de pilotage scientifique

Un comité de pilotage (COPI) a été constitué en tant que groupe d'appui scientifique pour l'Institut dans son pilotage du projet et afin d'apporter des avis sur les choix méthodologiques, la mise en œuvre et les résultats de l'analyse et de l'analyse de l'impact budgétaire. Leur avis a également été recueilli concernant les préconisations finales formulées par l'Institut.

Ce comité de pilotage est un groupe pluridisciplinaire regroupant les professionnels suivants :

- professionnels de santé (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme, biologistes médicaux, anatomocytopathologistes (ACP)) ;
- acteurs de terrain (Centre régionaux de dépistage des cancers (CRCDC), Centre national de référence des papillomavirus (CNRP)) ;
- experts de santé publique, épidémiologie, modélisation et économie de la santé ;
- représentants d'usagers du système de santé ;
- représentants des institutions concernées (Direction générale de la santé (DGS), Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), Mutualité sociale agricole (MSA), Santé publique France (SpF)).

Composition

Représentants des professionnels de santé

ALEMANY Pierre, Pathologiste, Ouest Pathologie, Brest

BENET-BOZETTO Nathalie, sage-femme, CH de Bastia

BUNGE Lucie, médecin généraliste, Saint-Ouen

CARCOPINO Xavier, PUPH gynécologue obstétricien, APHM

COURTADE SAIDI Monique, PUPH Anatomie et cytologie pathologiques, Toulouse

DALSTEIN Véronique, MCU-PH Biologiste moléculaire, CHU de Reims

DERRENDINGER Isabelle, sage-femme directrice, CHU de Nantes

HAGUENOER Ken, Praticien hospitalier, CHRU de Tours

HERON Isabelle, gynécologue médical, Rouen (fin de mandat : 21/10/2021)

HOCQUEMILLER Raphael, gynécologue médical, Paris

LE DUFF Franck, médecin directeur du CRCDC Corse, Bastia

PONS Jean-Louis, biologiste médical, Carpentras

RUELLE Yannick, professeur associé de médecine générale, Pantin

Représentants du comité de démocratie sanitaire de l'Institut national du cancer

HERNANDEZ Caroline, membre du comité de démocratie sanitaire de l'Institut national du cancer – usagers, Boulogne Billancourt

ROUSSEAU Agnès, membre du comité de démocratie sanitaire de l'Institut national du cancer – usagers, Boulogne Billancourt

Représentants des experts en santé publique et économie de la santé

BONASTRE Julia, économiste de la santé, Paris

DILLENBOURG-WERTZ Claire, radiologue, Direction de la santé, Luxembourg

LAUNOY, Guy, professeur d'université-Praticien hospitalier en épidémiologie et santé publique, Caen

Représentants institutionnels

ALOE Laura, (fin de mandat : 22/06/2021) remplacée par **MERCIER Mélanie**, chargée de prévention, CNAM, Paris

BOUETIER Émilie, chargée de dossier, DGS, Paris

CADEVILLE Marjorie, (fin de mandat : 25/01/2021), remplacée par **POTTIER Lucie**, Chargée de mission, CCMSA, Bobigny

CONDÉ Marie-Hélène, médecin, Cnam, Paris

HAMERS Françoise, coordinatrice de programme, SpF, Saint-Maurice

OUMEDDOUR Said, sous-directeur de la Cnam, responsable du département de la prévention et de la promotion de la santé, Paris

PRÉTET Jean-Luc, professeur des Universités - praticien hospitalier, directeur du Centre national de référence papillomavirus, Besançon

Dans le cadre de la phase 1, le COPIL s'est réuni le 2 février 2021 et les 24 juin et 5 octobre 2021 dans le cadre de la phase 2.

**PHASE 2 : ÉLABORATION
DES SCÉNARIOS
D'ORGANISATION
STRUCTURELLE
D'ÉVOLUTION
DU DOCCU**

2. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DES SCÉNARIOS

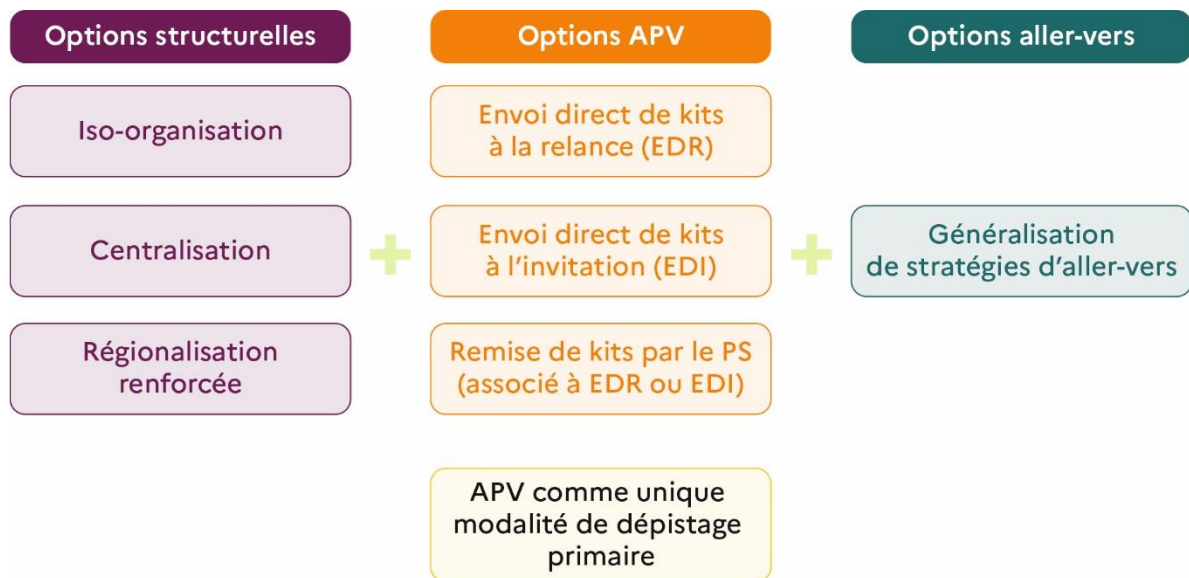
Sur la base des travaux de phase 1 et des organisations déployées à l'étranger, sont proposés pour la situation française plusieurs scénarios sous forme d'options indépendantes et potentiellement complémentaires pour un objectif d'évolution du programme à moyen et long terme au regard des objectifs du programme national de dépistage organisé français :

- faire augmenter la participation ;
- diminuer les inégalités ;
- améliorer la qualité du suivi ;
- améliorer la qualité des pratiques ;
- développer une assurance qualité pour le programme.

Cette modélisation s'appuie sur les données actuelles disponibles en matière de pratique de dépistage en France et des résultats obtenus dans les pays où ces organisations sont mises en œuvre. Les options proposées dans le cadre de l'étude sont les suivantes :

- une option associée à l'**organisation structurelle du dépistage organisé** actuellement déployé, qui constitue l'organisation macroscopique déployée dans le cadre du programme national : degré de territorialisation, liens et prérogatives de chaque acteur, principes structurants associés à chaque composante de la chaîne de valeur du dépistage organisé actuel comme l'invitation, l'information de la patiente, la remontée d'informations, etc. ;
- une option associée à la **mise en place d'une nouvelle modalité de dépistage par auto-prélèvement**, qui constitue l'une des principales orientations stratégiques à court terme en France en matière de dépistage du CCU ; 3 options APV présentent une utilisation de l'APV comme modalité complémentaire aux modalités actuelles et une 4^e propose l'APV comme modalité unique de dépistage primaire ;
- une option sur des dispositions organisationnelles permettant de lutter contre les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins : stratégies « d'aller-vers ».

Trois options composant un scénario, différentes combinaisons de scénarios sont possibles avec



3. LIMITES DE LA DÉMARCHE

À l'exception des approches relatives à l'APV, les composantes organisationnelles des scénarios proposés n'ont pas fait l'objet d'études comparatives dans la littérature disponible, mais s'appuient sur les orientations adoptées dans différents contextes internationaux. Il n'est donc pas possible de déterminer avec précision leur impact, qu'il s'agisse de taux de participation, d'amélioration de la qualité du suivi et des pratiques, de conséquences économiques.

Afin de sélectionner les approches les plus pertinentes, une analyse de la faisabilité, de l'acceptabilité, des avantages et inconvénients, des prérequis, des conséquences économiques possibles, et des alternatives envisageables a été conduite par interrogation directe de représentants des acteurs du programme français.

Sur ces bases, des préconisations ont été établies et soumises à leur tour pour avis à l'ensemble des membres du Comité de Pilotage.

Les résultats de cette démarche ne sont donc pas fondés sur une évaluation scientifique comparative des solutions proposées. Ils ne constituent nullement une démonstration permettant d'établir un niveau de preuve. Ils permettent néanmoins de disposer des opinions librement exprimées par une communauté engagée sur chacune des composantes structurelles des scénarios d'organisation envisageables. Les préconisations résultant de l'ensemble de la démarche reflètent les points d'accord majoritaires entre les acteurs interrogés. En ce sens, elles constituent des éléments d'orientation essentiels pour les décideurs bien que la démonstration formelle de leur intérêt puisse justifier une certaine prudence dans leur mise en œuvre et le recours à des phases expérimentales ou exploratoires initialement.

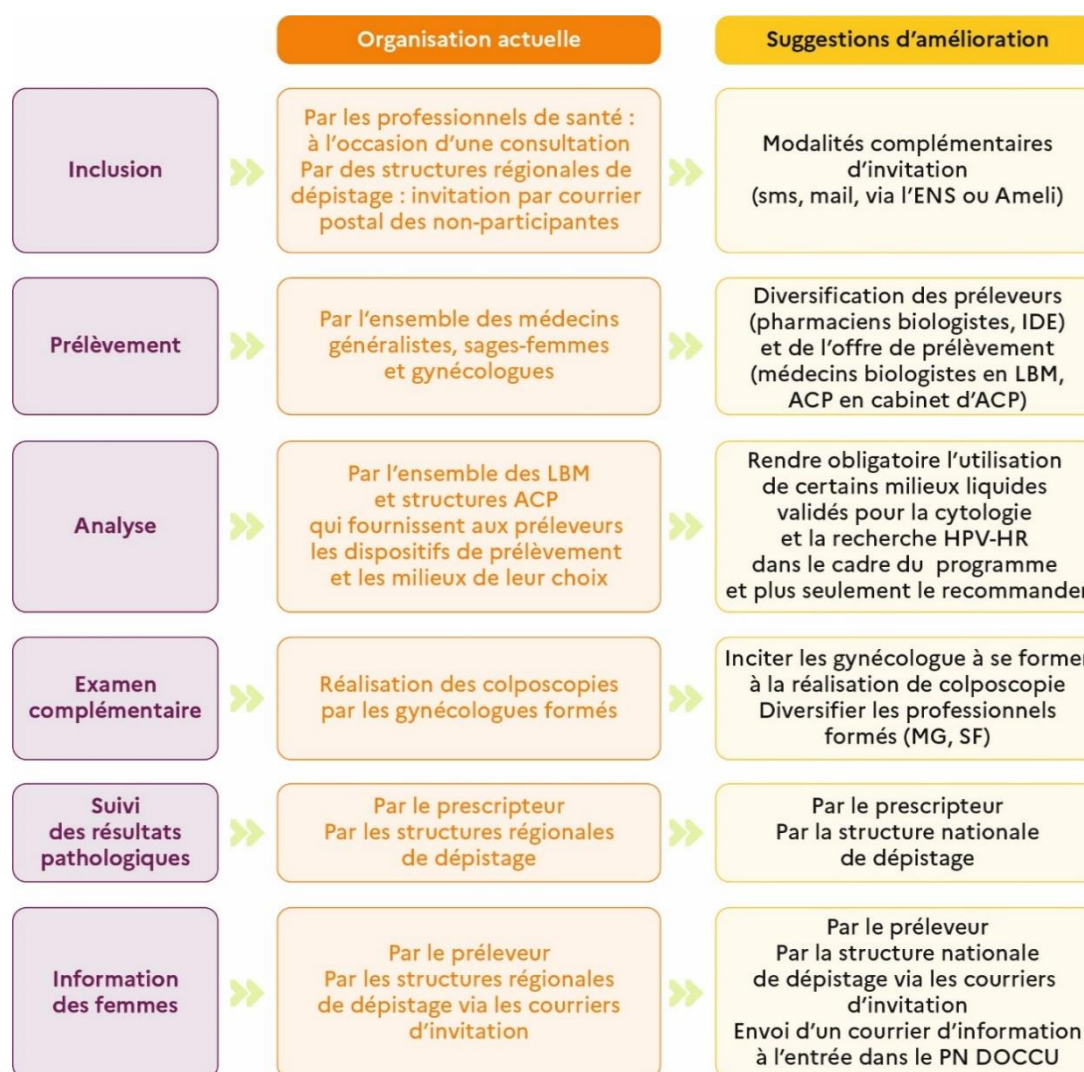
4. CONTENU DES SCÉNARIOS

4.1. Options « organisation structurelle »

Au regard de l'analyse comparative internationale menée lors des travaux de phase 1, trois possibilités se dégagent en matière d'organisation structurelle du dépistage organisé du CCU (sur toute la chaîne de valeur du dépistage): le maintien de l'organisation macroscopique actuelle avec mise en œuvre d'évolutions permettant d'en améliorer l'efficacité (iso-organisation), une centralisation des activités de dépistage et une régionalisation renforcée des activités de dépistage.

4.1.1. Option structurelle iso-organisation

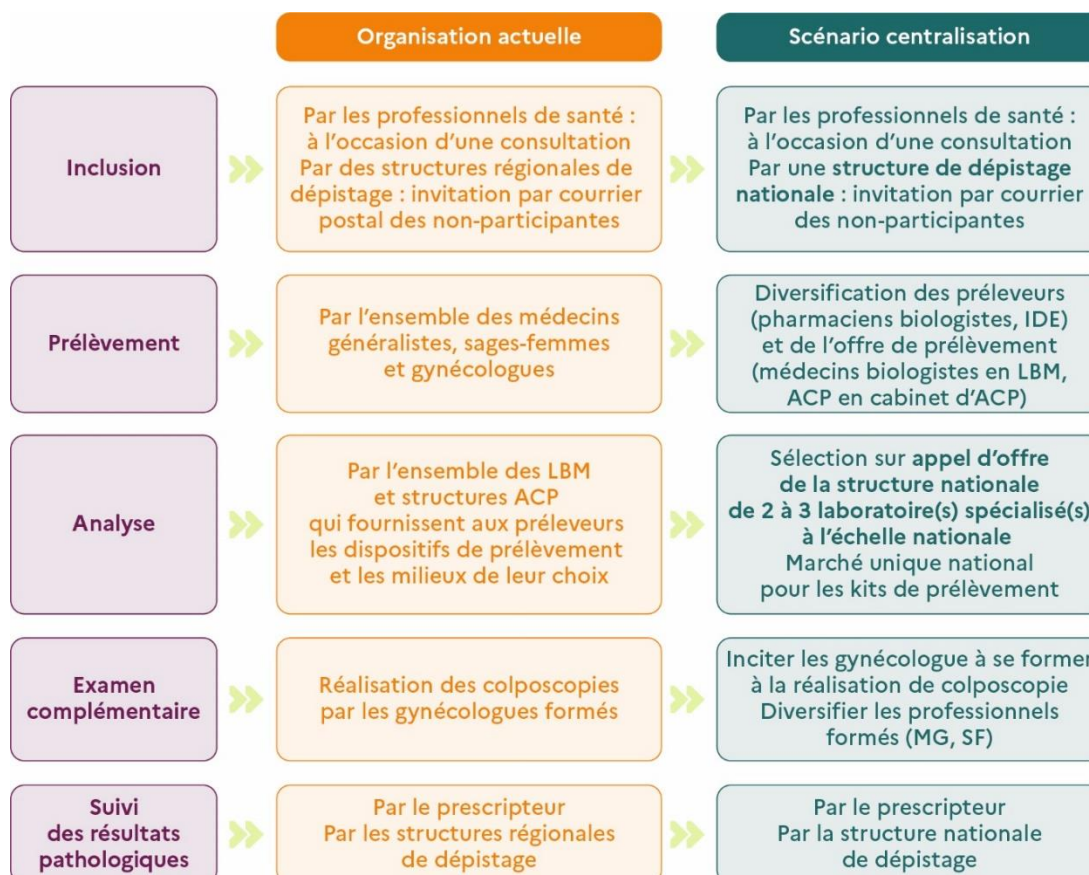
Cette option présente un scénario à iso-organisation de mise en œuvre d'évolutions permettant d'améliorer l'organisation actuelle du DOCCU. Ces améliorations peuvent être maintenues pour l'ensemble des deux autres options structurelles proposées (centralisation et régionalisation renforcée).

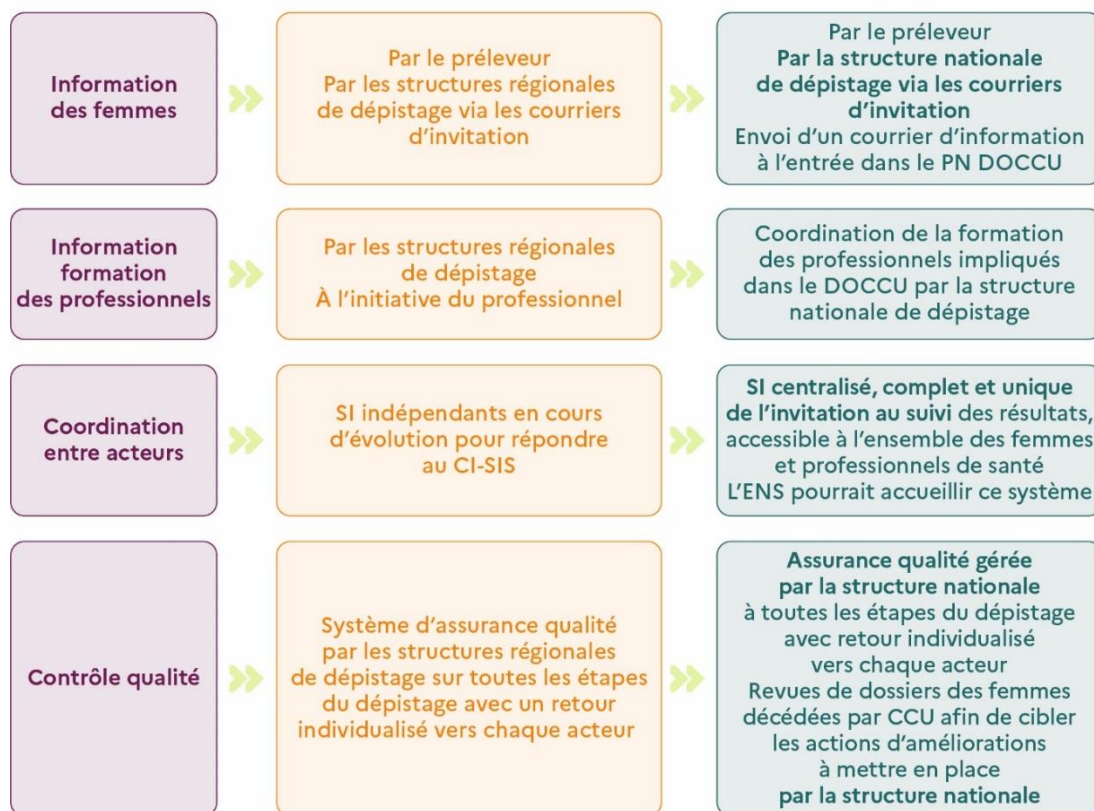




4.1.2. Option structurelle centralisation

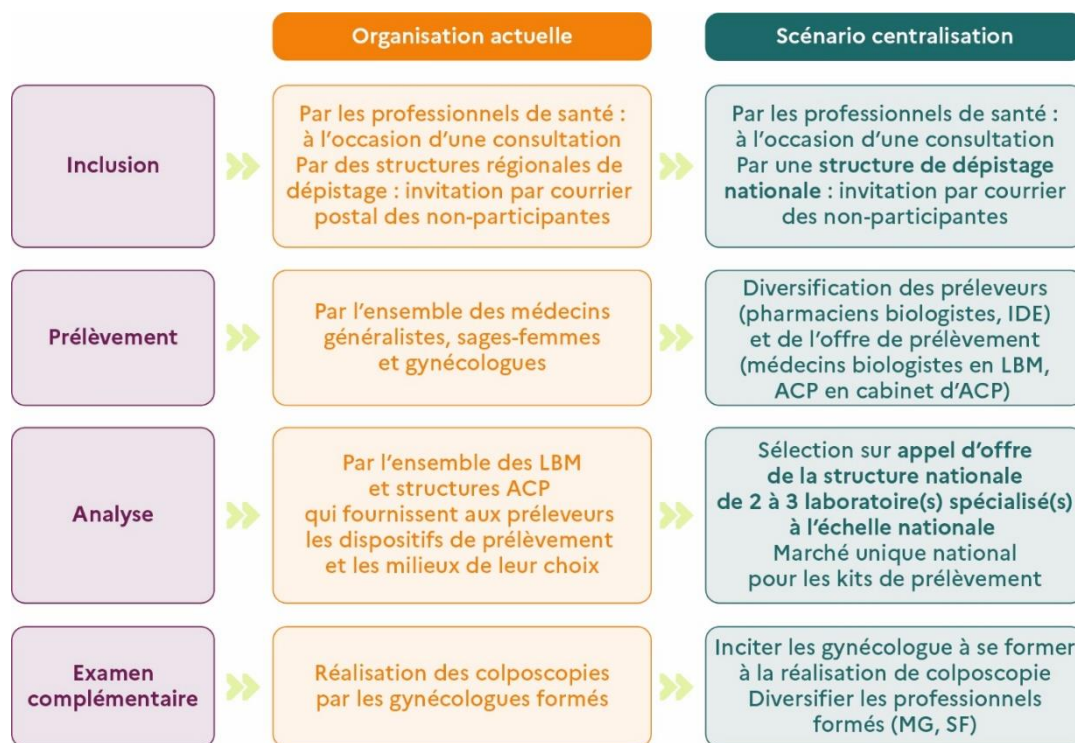
Cette option présente un scénario de centralisation de l'organisation du PN DOCCU.

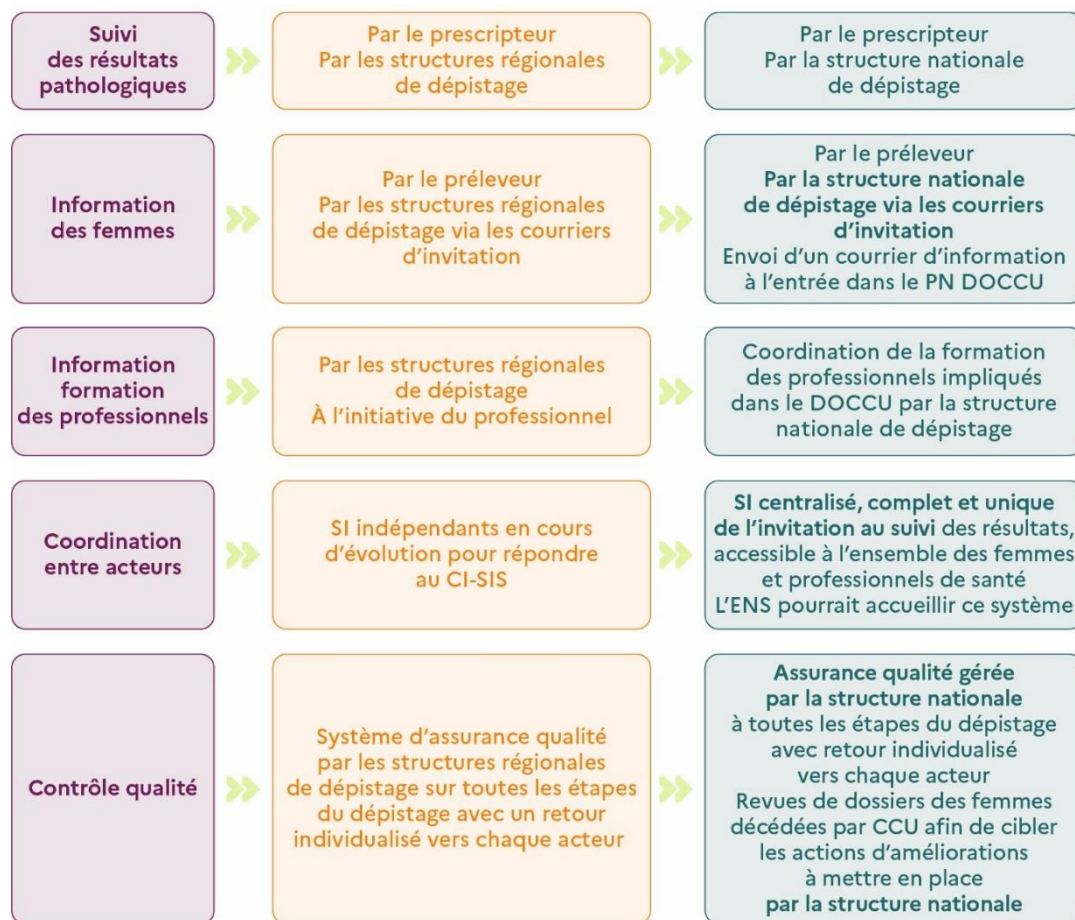




4.1.3. Option structurelle régionalisation renforcée

Cette option présente un scénario de régionalisation renforcée de l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.





4.2. Options auto-prélèvement

- L'APV comme modalité complémentaire au dépistage par le professionnel de santé

Au regard de l'analyse comparative internationale menée lors des travaux de phase 1, la modalité d'APV constitue un axe stratégique dans plusieurs programmes de dépistage organisés déployés à l'étranger. Cette modalité constitue également un axe stratégique majeur porté par les autorités sanitaires françaises. En effet, selon les recommandations de la HAS, l'auto-prélèvement vaginal doit être proposé, à partir de 30 ans, aux femmes non dépistées ou insuffisamment dépistées [3]. Les trois options développées ci-dessous présentent diverses modalités de recours de l'APV en fonction des situations rencontrées à l'étranger (des variations dans les modalités d'accès et les populations cibles concernées par l'APV), comme moyen complémentaire à la stratégie actuelle de dépistage du cancer du col de l'utérus (test HPV et cytologie).

	Envoi direct à la relance (EDR)	Envoi direct à l'invitation (EDI)	Remise par le professionnel de santé (PS + EDR ou PS + EDI)
Cible	Modalité alternative au prélèvement cervico-utérin pour les femmes à partir de 30 ans n'ayant pas réalisé de dépistage dans les délais recommandés		Modalité alternative au prélèvement cervico-utérin pour toutes les femmes de plus de 30 ans
Distribution	Envoi direct à la relance par la structure nationale ou régionale de dépistage Commande possible par le professionnel pour la femme via serveur d'éligibilité	Envoi direct dès l'invitation par la structure nationale ou régionale de dépistage Commande possible par le professionnel pour la femme via serveur d'éligibilité	Proposé par le professionnel lors d'une consultation Proposé par la structure régionale ou nationale via l'invitation ou la relance adressée aux non-participantes (commande en ligne, ou demande d'envoi d'un kit par retour de courrier, liste de points de retraits) Retrait du dispositif chez des professionnels de type pharmacien, LBM, cabinets ACP.
Retours	Envoi postal avec enveloppe préimprimée ou liste des points de retrait et/ou dépôt chez un professionnel type pharmacien, LBM, cabinets ACP.		
Type de kit	Encadrés par des marchés régionaux gérés par les structures régionales ou laboratoires régionaux Ou encadré par un marché national géré par une structure nationale ou des laboratoires nationaux		
Analyse	Sélection de laboratoires régionaux ou nationaux dans le cadre de marchés Ou analyse réalisable par l'ensemble des laboratoires en mesure d'analyser les prélèvements à partir des kits choisis dans le cadre du marché passé avec les fournisseurs de kits		
Suivi	Transmission des résultats à la femme, au médecin traitant et/ou au professionnel qui assure le suivi gynécologique de la femme, ainsi qu'à la structure régionale ou nationale de dépistage. Si positif : résultat envoyé à la femme accompagné d'une invitation à contacter son médecin traitant et/ou au professionnel qui assure son suivi gynécologique en vue d'une information sur ce résultat et sur la conduite à tenir.		

- L'APV comme nouvelle modalité de dépistage primaire pour les femmes de 30 ans à 65 ans

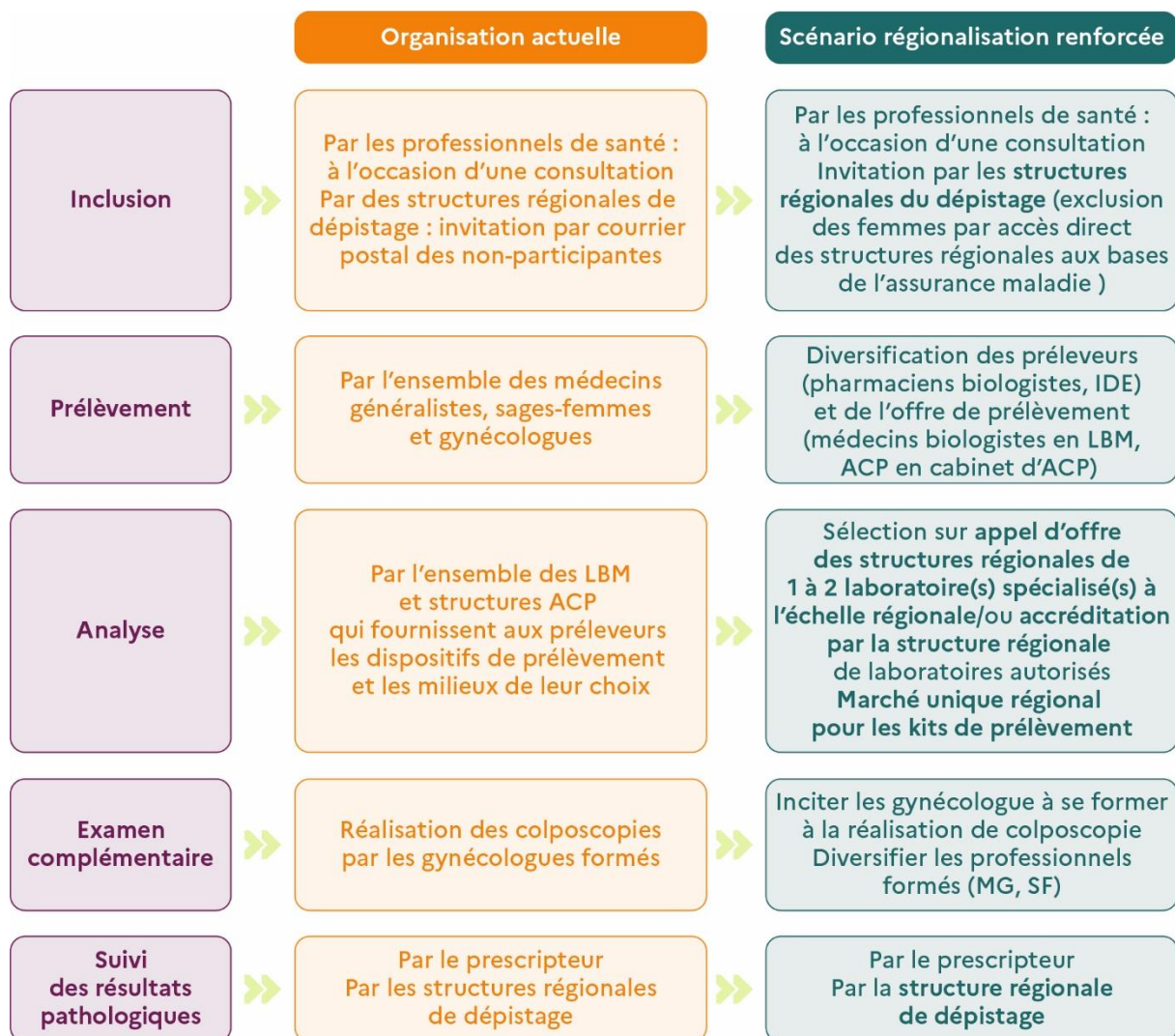
Cette option présente un scénario de recours à l'APV comme modalité de dépistage primaire unique pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'un changement de paradigme dans la manière de dépister les femmes en matière de cancer du col de l'utérus et dans l'organisation associée.

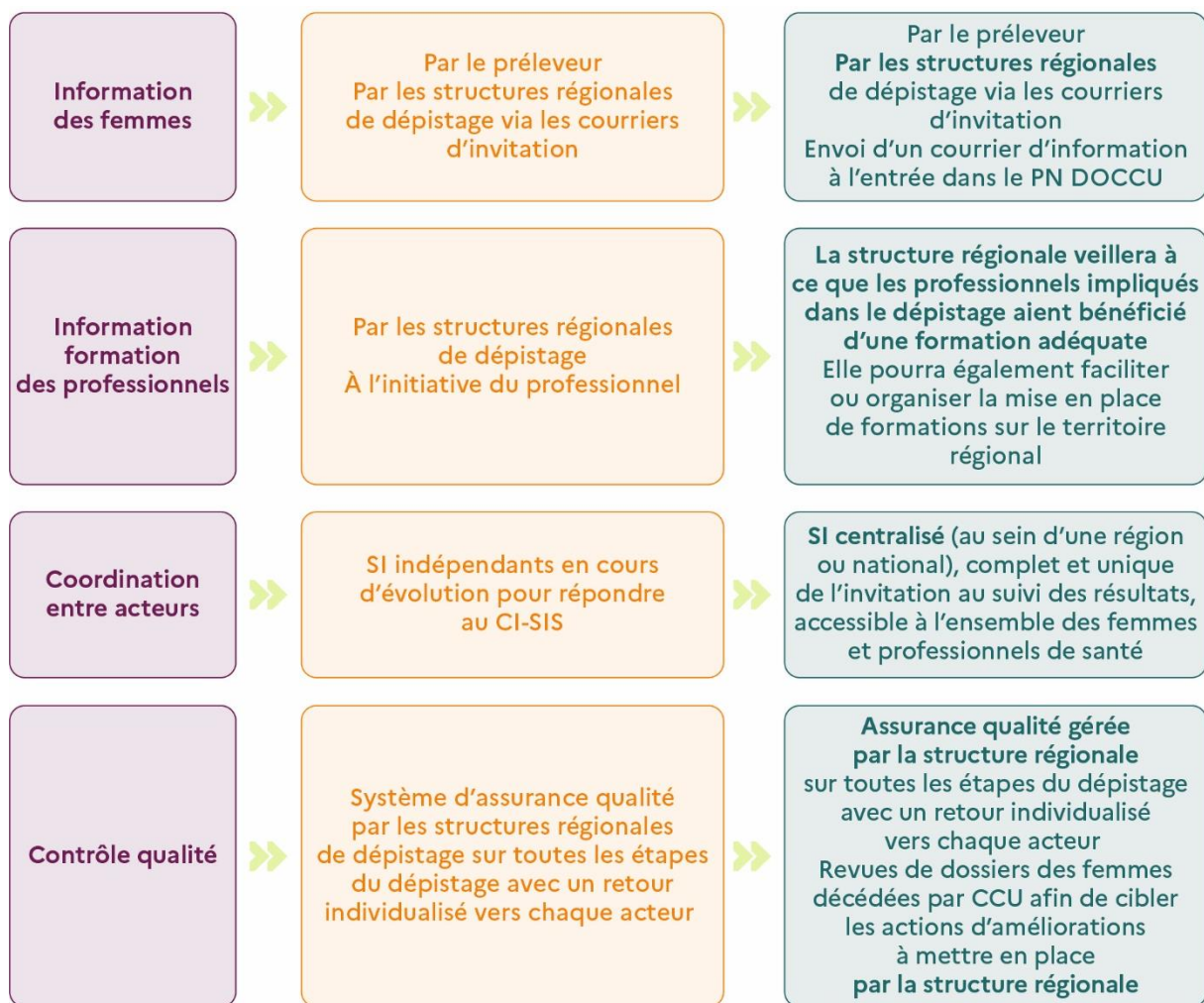
La HAS recommande l'utilisation de l'APV comme modalité de prélèvement alternatif au prélèvement cervical par un professionnel de santé, permettant de

faciliter le dépistage des femmes qui ne se font jamais dépister ou qui ne se font pas dépister selon le rythme recommandé. Toutefois elle précise qu'il n'existe actuellement pas de données probantes sur l'utilisation d'APV comme alternative au prélèvement réalisé par un clinicien en population générale. Des expérimentations d'utilisation d'APV en population générale devraient être menées afin d'en évaluer l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience dans le contexte français.

Ainsi, les textes actuellement en vigueur limitent son utilisation aux femmes qui ne se font jamais dépister ou qui ne se font pas dépister selon le rythme recommandé (Arrêté du 30 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus).

Aucun pays étudié ne propose actuellement l'APV comme modalité de dépistage primaire. Certains pays interrogés tels que les Pays-Bas, le Royaume-Uni (hors Pays de Galles), et l'Australie envisagent néanmoins de généraliser la possibilité de recours à l'APV pour toutes les femmes.





4.3. Option stratégies « d'aller vers »

Cette option vise à capitaliser sur des dispositifs déjà déployés dans certains territoires pour améliorer le taux de couverture du dépistage. Elle prévoit la généralisation de ce type de dispositif à l'ensemble des territoires concernés par les inégalités territoriales et sociales de santé, afin d'améliorer l'atteinte des objectifs du programme national en matière de réduction des inégalités. Cette thématique de réduction des inégalités d'accès aux soins fait l'objet d'une option spécifique, car elle permet d'apporter une réponse à certaines inégalités sociales et territoriales de santé présentes sur le territoire, qui ont eu tendance à s'accroître avec la crise sanitaire liée au Covid-19.

Public cible : les femmes isolées géographiquement (zones rurales et urbaines avec offre de soin réduite, certaines zones des territoires ultramarins...) et/ou les femmes en rupture sur le plan du suivi gynécologique pour diverses raisons (socio-économiques, liées à des traumatismes, culturelles...)

Les objectifs sont de :

- conduire des campagnes de dépistages ciblées selon les motifs de non-participation identifiés ;

- réaliser des actions de prévention et de sensibilisation auprès de ces catégories de population (avec adaptation des outils de communication aux spécificités locales si besoin).

Les propositions à utiliser et à adapter selon les territoires et les populations ciblées sont les suivantes

Adapter la stratégie de dépistage (hors APV) :	Adapter l'information/sensibilisation :
<ul style="list-style-type: none"> • Généralisation de la mise en place d'unités mobiles de dépistage dans les territoires isolés ou concentrant une forte proportion de femmes non dépistées/non participantes • Développer la réalisation de prélèvements vaginaux pour la recherche d'HPV par les professionnels de proximité (infirmières libérales, pharmaciens biologistes) • Approche globale et recherche de synergie avec la politique de vaccination anti-HPV 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention d'associations/médiateurs afin de faciliter les actions menées • Traductions des supports d'information et/ou utilisation de format BD ou FALC • Dépistage sans RDV ? Stratégies de remise d'APV ?

5. TRAJECTOIRES DE MIGRATIONS ENVISAGEABLES

Les scénarios proposés reposent sur un certain nombre de composantes constitutives de ces derniers. En ce sens, la pleine mise en œuvre de chaque scénario proposé ne peut être assurée que si certains prérequis sont présents.

Selon les scénarios ces prérequis peuvent être :

- des évolutions réglementaires :
- diversification des préleveurs pour les prélèvements cervico-utérins ;
- diversification des opérateurs pour les colposcopies ou attractivité renforcée de l'activité ;
- auto-prélèvement comme modalité unique de prélèvement pour le dépistage primaire ;
- des formations adaptées :
- à l'ensemble de la démarche de dépistage ;
- pour la réalisation d'actes spécifiques ;
- l'établissement de marchés publics avec un processus de sélection des opérateurs au niveau national ou régional selon les scénarios envisagés ;
- des évolutions, voire une redéfinition des systèmes d'information :
- évolution mineure pour le scénario iso-organisation ;
- redéfinition au niveau national pour le scénario centralisation ;
- redéfinition au niveau régional pour le scénario régionalisation renforcée ;
- des évolutions complémentaires seront imposées par l'ajout des options APV et stratégies d'aller-vers ;
- la définition de systèmes complets d'assurance qualité.

Certains pays, tels que le Royaume-Uni, ont donc choisi de retarder le démarrage d'un dépistage par le test HPV largement centralisé dans l'attente de la concrétisation de l'ensemble des attendus du programme sur l'ensemble de leur territoire. D'autres pays ont cependant fait le choix d'une installation progressive en commençant par certaines zones géographiques.

Les trajectoires de migration vers les différents scénarios retenus peuvent de fait être définies sur deux plans :

- un plan temporel : il s'agit alors d'ordonner dans le temps les étapes nécessaires pour une évolution du PN DOCCU ;
- un plan géographique : qui autorise la possibilité d'une mise en place progressive par territoire.

5.1. L'organisation temporelle de la migration

Les composantes des scénarios retenus sont plus complexes à mettre en œuvre s'agissant des options structurelles, centralisation et régionalisation renforcée ou encore de la mise en place de l'APV en dépistage primaire pour les femmes de 30 ans à 65 ans que pour l'option structurelle iso-organisation.

Ces composantes requièrent probablement des délais de mise en œuvre différents selon leur contenu. On peut penser que si ces sujets ont une dimension stratégique importante, il n'y a pas d'obstacle majeur pour procéder aux évolutions réglementaires requises, établir des marchés publics pour ce qui est des lieux de réalisation des analyses ou des consommables ou de mettre en place la logistique nécessaire à l'envoi des dispositifs d'APV.

En revanche, l'expérience montre que le développement et la conduite des formations de multiples acteurs professionnels ou encore l'intégration des systèmes d'information mis aux normes nécessitent un temps et des moyens importants. Il y a donc, là, un intérêt à démarrer la transition par ces composantes principales, probablement les plus complexes à gérer. On peut penser qu'il faut se saisir rapidement des opportunités offertes dans ce domaine par les orientations gouvernementales en faveur d'un développement massif du numérique en santé en France (Publication le 11 mars 2021 du plan d'investissement issu du Ségur de la santé et de son volet numérique).

5.2. Une mise en place territoire par territoire

Cette démarche est celle qui a été mise en œuvre jusqu'à présent pour le développement du PN DOCCU. Elle n'est pas compatible avec l'option organisationnelle centralisation qui regroupe à l'échelle nationale un ensemble de fonctions assurées aujourd'hui à l'échelle des régions. Elle est plus compatible pour les autres options structurelles et les options complémentaires relatives à l'APV ou aux Territoires présentant des difficultés d'accès aux soins.

La mise en œuvre opérationnelle sur chaque territoire du PN DOCCU actuel est confiée aux 18 centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), qui interviennent en appui des Agences régionales de santé (ARS) et des échelons régionaux des régimes d'Assurance maladie. Comme évoqué dans le Rapport de phase 1 (Difficultés évoquées par les acteurs interrogés sur la situation française

actuelle), les CRCDC sont confrontés à un ensemble de difficultés liées à la mise en place de l'organisation adoptée pour le dépistage, difficultés qui ne s'expriment pas nécessairement de la même manière selon les territoires et leurs caractéristiques (offre en matière de professionnels de santé formés et répartition de ces derniers selon leur formation initiale, niveau d'implantation des normes d'échange définies par l'Institut national du cancer, expérience acquise sur le DOCCU, expérience acquise sur l'APV, situation géographique et économique spécifique des territoires ultramarins, etc.). Ces difficultés expliquent pour partie les différences observées dans le processus de mise en place du PN DOCCU selon les régions. Elles ont probablement été encore accrues par les conséquences multiples de l'épidémie de Covid-19 sur le système de santé en France.

D'une manière générale, il peut sembler souhaitable d'organiser la transition de manière graduelle en privilégiant les régions qui ont le moins ou le plus de difficultés dans la conduite du PN DOCCU actuel plutôt que de devoir constater a posteriori la variabilité des situations selon les territoires.

Un critère d'opérationnalité voudrait alors que la nouvelle structuration envisagée soit implantée dans les régions qui ont pu s'adapter à la mise en place du PN DOCCU et à son évolution depuis 2018. Ceci est probablement particulièrement vrai pour ce qui est du scénario de régionalisation renforcée qui impose un ensemble de responsabilités nouvelles venant impacter le fonctionnement du PN DOCCU.

Inversement, une priorité pourrait être donnée aux territoires les plus en difficulté quant à l'implantation des solutions relatives au développement de l'APV ou des mesures d'adaptation aux régions comportant une proportion importante de femmes isolées géographiquement (zones rurales et urbaines avec offre de soin réduite, certaines zones des territoires ultramarins...) et/ou de femmes en rupture de suivi gynécologique pour des raisons socio-économiques ou socioculturelles. On peut imaginer qu'un scénario combinant une évolution à iso-organisation, une option APV et des solutions permettant d'adapter la stratégie de dépistage, l'information/communication et l'intégration de dispositifs spécifiques déplaçant les actions de dépistage au plus près des populations cibles pourraient répondre aux besoins majeurs de ces territoires et constituer, de fait la justification d'une telle priorité donnée à ces territoires dans la transition attendue.

Les solutions constitutives de l'option « stratégies d'aller vers » sont ou ont été parfois déjà expérimentées localement particulièrement dans les espaces des territoires ultramarins qui relèvent parfois d'une situation proche de celle des pays en développement. Moins d'expériences ont été conduites auprès des populations isolées géographiquement, en situation de détresse sociale ou issue de communautés spécifiques. L'envoi direct de kits d'APV semble efficace pour atteindre les femmes qui appartiennent à des groupes de population sous-dépistés, comparativement à l'envoi de lettres d'invitation ou de rappel pour un prélèvement par un clinicien. La taille de l'effet est cependant très variable parmi les essais inclus dans la revue conduite par la HAS [3]. L'envoi de kits d'APV ou de courriers personnalisés accompagnés de kit d'APV pourrait être difficilement applicable dans certaines situations (femmes sans domicile stable ou en habitat mobile ou précaire). Dans ces

situations, toujours selon le rapport HAS d'autres modalités de remise de kits (action de proximité/campagne, visite à domicile par des travailleurs sociaux) pourraient être plus appropriées et devraient être évaluées. Néanmoins, le pourcentage élevé de perdues de vue post-test HPV positif limiterait le bénéfice de cette stratégie de dépistage dans ces populations.

La mise en œuvre de cette option suppose donc un temps de recherche et d'adaptation à chaque territoire et à chaque cible visée par le programme. L'identification et la mise en place des solutions peuvent-être relativement longues, ce qui implique de lancer ces réflexions au plus tôt ou de les poursuivre sans rupture quand elles ont déjà été initiées.

6. COÛTS ET GAINS DES SCÉNARIOS PROPOSÉS

La notion de coût d'un PN DOCCU dépend de la perspective adoptée, mais également du périmètre considéré. Dans une perspective collective, l'évaluation des coûts est généralement conduite sur la base des coûts de production diminuée de la prise en compte des bénéfices escomptés hors transferts financiers entre agents. Une approche complémentaire dans une logique de prévision budgétaire peut être établie en considérant le point de vue des différents agents impliqués (ici, l'Assurance maladie obligatoire, l'État et les collectivités locales, les professionnels, les femmes concernées, etc.). Ces deux approches sont toujours comparatives au regard d'une situation de référence dont on peut penser qu'elle est ici celle de l'état d'avancement actuel du PN DOCCU.

Les études disponibles sur le coût annuel total du dépistage du cancer du col de l'utérus sont anciennes et sans rapport avec le dépistage organisé actuel [4]. La modélisation conduite par l'INCa en 2017 comparait une stratégie de référence fondée sur le dépistage spontané et différentes modalités de dépistage définies par la nature des tests utilisés et les intervalles temporels entre ces tests. Elle prenait en compte les coûts de réalisation des tests, les coûts des invitations et relances, mais ni les coûts de l'organisation nécessaire, ni les coûts de développement des systèmes d'information, ni les coûts de formation. Elle n'envisageait pas de nouveaux acteurs participant au dépistage et si elle examinait la possibilité de recourir à l'APV, c'était uniquement dans le cadre d'un rappel des femmes non-participantes dans le cadre d'un dépistage par frottis cervicovaginal tous les 3 ans. Dans ce cadre, le ratio coût-efficacité du dépistage organisé était légèrement moins favorable que le recours au dépistage par frottis cervicovaginal seul.

En l'absence d'étude comparative disponible entre les différents modes d'organisation structurelle proposés dans les scénarios établis, un ensemble d'hypothèses structurantes doivent donc être posées pour simplifier une démarche qui imposerait la conduite d'une modélisation complexe dépassant largement le cadre de la réflexion conduite ici.

On admettra ainsi que :

- la concentration, la mise en concurrence et la mise en œuvre de marchés publics sont des facteurs générateurs de réduction des coûts collectifs et des coûts pour les financeurs publics du dépistage. Cette réduction est plus importante avec un dispositif national qu'avec un dispositif régional par simple effet d'augmentation de la taille du marché, réduction du nombre de procédures, etc. ;
- les coûts de formations, de communication augmentent les coûts collectifs à court terme et pour les financeurs publics de manière similaire, quels que soient les scénarios envisagés. Les effets à plus long terme sont difficiles à

apprécier. Ils peuvent contribuer à une meilleure participation des femmes et donc à une réduction à terme des coûts liés aux cancers ;

- le développement, l'adaptation et l'intégration des systèmes d'information, la mise en place des dispositifs d'assurance qualité sont des éléments augmentant également les coûts de production au niveau collectif et pour les financeurs publics. En l'absence d'élément de référence dans ces domaines, on admettra que cette augmentation est également similaire, quels que soient les scénarios envisagés.

En ce qui concerne les options APV, les résultats d'une modélisation visant à estimer l'impact budgétaire des différents scénarios de mise en œuvre de l'APV par rapport à un scénario de référence correspondant à la stratégie de dépistage seront présentés dans le présent rapport.

Enfin, l'option relative aux stratégies « d'aller vers » va nécessairement augmenter les coûts de production à court terme, coûts qui seront également en partie compensés à long terme dans les populations concernées par les économies induites sur la réduction des cas de cancers.

Sur la base de ces hypothèses et de l'analyse d'impact budgétaire des scénarios d'APV, l'analyse hiérarchisée des scénarios intègre une dimension d'appréciation des coûts et gains sur le plan économique des scénarios proposés.

Analyse hiérarchisée des scénarios

Une analyse des différents scénarios identifiés a été conduite afin de les hiérarchiser à partir de leurs avantages, inconvénients, faisabilité et acceptabilité.

Après identifications des pré-requis et analyse préalable de chaque scénario par l'équipe projet en charge de l'étude, les avis des différentes typologies d'acteur concernées par le DOCCU ont été sollicités afin de recueillir leur position sur chacun d'eux.

6.1. Méthodologie de recueil des avis des différentes typologies d'acteurs sollicités

Afin d'analyser chacune des options de scénarios proposées, plusieurs outils de recueil ont été mobilisés selon les typologiques d'acteurs concernés, afin de tester le contenu de chaque option, les avantages, inconvénients, prérequis, degrés de faisabilité et d'acceptabilité :

- une série d'entretiens qualitatifs auprès des principaux ordres, conseils, syndicats des professions concernées par les scénarios (guide d'entretien en Annexe 1) ;
- un questionnaire en ligne (Annexe 2) administré auprès de l'ensemble des CRCDC.

Organisations interrogées en entretien (ayant répondu favorablement à sollicitation)
Représentants des sages-femmes Conseil national de l'ordre des sages-femmes Collège national des sages-femmes de France
Représentants des gynécologues Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale
Représentants des médecins généralistes Collège de médecine générale
Représentants des biologistes médicaux Syndicat des biologistes médicaux Conseil national professionnel de biologie médicale
Représentants des pathologistes Syndicat des médecins pathologistes français Conseil national professionnel des pathologistes
Représentants des colposcopistes Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale
Représentants des nouveaux acteurs potentiels du DO Conseil national de l'ordre des pharmaciens
Représentants des usagers Ligue contre le cancer
Représentants des acteurs du numérique en santé Délégation du numérique en santé (DNS)
Organisations internationales IARC
Organisations sollicitées, mais non répondantes
Collège national des gynécologues-obstétriciens AVECsanté (Avenir des équipes coordonnées) Fédération nationale de centres de santé Médecins du monde Fédération nationale des comités féminins pour le dépistage des cancers Ordre national des infirmiers
CRCDC ayant participé au questionnaire en ligne³
Auvergne Rhône Alpes (site expérimentateur DOCCU)
Bourgogne Franche-Comté
Centre-Val de Loire (site expérimentateur DOCCU)
Corse
Grand Est (site expérimentateur DOCCU)
Guadeloupe
Hauts de France
Île-de-France (site expérimentateur DOCCU)
La Réunion (site expérimentateur DOCCU)
Normandie
Nouvelle-Aquitaine
Occitanie
Pays de la Loire (site expérimentateur DOCCU)
Provence-Alpes-Côte d'Azur

³ L'ensemble des CRCDC ont été sollicités pour répondre à l'enquête en ligne

CRCDC sollicités, mais non répondants
Bretagne (non-répondant)
Guyane (non-répondant)
Martinique (non-répondant)

Certains CRCDC répondants ne s'étant pas prononcés sur l'acceptabilité et la faisabilité de toutes les options de scénarios, ces derniers ne figurent pas tous sur les différentes figures présentées dans le rapport.

Pour chaque option de scénario, les acteurs sollicités se sont vus présenter les :

- **prérequis** — identifiés par l'équipe projet, complétés de ceux identifiés par les parties prenantes interrogées ;
- **avantages** — transversaux identifiés par l'équipe projet, et ceux identifiés par les parties prenantes interrogées ;
- **inconvenients** — transversaux identifiés par l'équipe projet, et ceux identifiés par les parties prenantes interrogées ;
- **degrés de faisabilité & d'acceptabilité** — de chaque partie prenante interrogée ;
- **coûts & gains** — identifiés par l'équipe projet associée à la mise en œuvre de l'option ;
- **alternatives à l'option telle que décrite** — proposées par les parties prenantes interrogées.

Afin de faire se positionner les acteurs, les scénarios d'évolution proposés étaient volontairement fondés sur des situations extrêmes les unes par rapport aux autres avec une option hyperrégionalisée et une option hyper centralisée. Le 3^e scénario basé sur l'organisation actuelle a permis de tester des évolutions sur des composantes précises du programme.

Une première analyse macroscopique des retours a permis de dégager le positionnement des acteurs sur les scénarios dans leur globalité puis dans un second temps une analyse plus fine de leurs interviews et réponses à l'enquête a été conduite.

L'IARC et la DNS ont rendu un avis sur certains points spécifiques des scénarios et non sur l'ensemble des aspects ainsi leurs retours figurent uniquement dans l'analyse détaillée.

6.2. Analyse avantages – inconvénients – prérequis – faisabilité – acceptabilité

6.2.1. Options organisation structurelle

Scénario iso-organisation

Prérequis identifiés

- Discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles
- Mise en œuvre opérationnelle de l'Espace numérique de santé (ENS)
- Mise en conformité des systèmes d'information des différents acteurs impliqués dans le DOCCU, sur le plan de l'interopérabilité (respect du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) pour favoriser le partage et le suivi des résultats des femmes participantes
- Évolution des compétences de certains professionnels et évolutions réglementaires associées
- Identification d'une liste restreinte de milieux liquides autorisés
- Amélioration de la qualité des bases de données sur lesquelles est basée la stratégie actuelle d'invitation des femmes (historiques des actes et situations médicales des femmes correctement renseignés dans les bases de données pour des extractions plus pertinentes)

Avantages

Avantages transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> • Scénario proche de la situation actuelle, écart à la cible mesuré avec possibilité de mise en œuvre du scénario sans bouleversement structurel de l'organisation actuelle • Réalisation d'économies, gain de temps et amélioration de la qualité grâce au numérique • Offre de prélèvement augmentée Offre de colposcopie augmentée Amélioration de la qualité du dépistage La diversification des préleveurs permet de libérer du temps médical pour le suivi des femmes dont les résultats sont pathologiques 		
Avantages identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi du courrier d'information par voie postale permettant de toucher toutes les femmes, y compris celles concernées par la fracture numérique

Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du système actuel à « moindre effort » (même si des investissements seraient nécessaires): notamment en capitalisant sur le rôle clé du pathologiste dans la stratégie actuelle, notamment dans le cadre de la cytologie réflexe • Maintien du libre-choix de la patiente en matière de préleveur et de prescripteur par rapport à l'option centralisation • Amélioration de la qualité par la mise en place de formations des professionnels et la mise en place d'un système de revue des dossiers
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de formations (organisation, modalités de prélèvements, de lecture...) bénéfique aux professionnels et à leur connaissance du sujet. • Obligation d'utilisation de certains milieux liquides validés permettant d'améliorer la qualité du dépistage • Organisation du DO sur la base d'une ambition nationale avec mise en place de circuits locaux, permettant d'impliquer les acteurs locaux, et de faire adhérer professionnels et femmes concernées.
Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie d'invitation multicanale axée sur le numérique permettant d'une part d'améliorer le taux de couverture et d'autre part de réaliser des économies dans l'envoi des courriers postaux • Amélioration probable de la qualité du dépistage par la mise en place d'une part de formations obligatoires pour les professionnels et d'autre part du système de revues des dossiers
	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> • Diversification des préleveurs par le recours à des professionnels de proximité tels que les biologistes et les pharmaciens constituant un atout de taille pour améliorer le taux de couverture • Formation des sages-femmes à la colposcopie dans le cadre de l'élargissement du champ de compétences de la profession et pour pallier le manque de gynécologues, de même que pour les médecins généralistes • Amélioration de la qualité du dépistage par la mise en place d'une liste définie de milieux liquides validés • Amélioration de l'efficacité des invitations par l'amélioration des bases de données
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie d'invitation multicanale axée sur le numérique permettant d'améliorer le taux de couverture • Série d'améliorations utiles et attendues face aux problématiques actuellement rencontrées

	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Degré de régionalisation le plus adapté au dépistage organisé
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration probable de la qualité du dépistage par la mise en place d'une revue sur les ruptures des parcours
Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> En ligne avec le renouveau de la jeune génération de médecins généralistes, composée majoritairement de médecins femmes intéressées par la gynécologie et souhaitant se former : DU, ou formation continue Stratégie d'invitation multicanale permettant d'une part d'améliorer le taux de couverture et d'autre part de réaliser des économies dans l'envoi des courriers postaux
Pharmaciens	Conseil national de l'ordre des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie d'invitation multicanale permettant d'améliorer le taux de couverture Diversification des préleveurs par le recours à des professionnels de proximité tels que les biologistes et les pharmaciens constituant un atout de taille pour améliorer le taux de couverture Obligation d'utilisation de certains milieux liquides validés permettant d'améliorer la qualité du dépistage Amélioration de la situation des patientes qui n'ont pas à subir plusieurs prélèvements. Amélioration de la proximité entre les patientes et les prescripteurs dans le cadre d'une collaboration formelle
Association	Ligue contre le Cancer	<ul style="list-style-type: none"> Bénéfices de la diversification des préleveurs et des colposcopistes, évolutions qu'il faudrait appliquer à chaque option de scénario structurelle et qui permettraient de répondre aux problématiques d'offres associées Pour la colposcopie plus particulièrement, évolution nécessaire en ouvrant cet acte et généralisant la formation d'autres professions, notamment les SF (comme cela a été le cas pour l'échographie) Stratégie d'invitation multicanale axée sur le numérique permettant d'une part d'améliorer le taux de couverture, en capitalisation notamment sur les enseignements de la crise Covid-19 Amélioration de la qualité du dépistage par la mise en place d'une liste définie de milieux liquides validés

CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Permet le maintien d'une prise en charge de proximité pour les patientes — maintien de la qualité organisationnelle du dépistage (CRCDC déjà connu, territoire déjà maillé...) et capacité à mettre en œuvre rapidement les nouvelles mesures (ex. : formations, mesures d'amélioration continue du dispositif). Organisation déjà en place permettant de se focaliser sur l'amélioration de chaque étape plutôt qu'un bouleversement de tout le dispositif. Évolution en parallèle avec un espace numérique régional permettant une fluidité dans la transmission d'informations. • Permet l'amélioration du taux de couverture du dépistage par l'augmentation de l'offre de prélèvement (qui plus est de proximité avec les IDE, pharmaciens-biologistes). • Permet, pour les professionnels préleveurs, la valorisation de leur travail à un niveau local avec les relations presse et des figures locales emblématiques mises en avant par les CRCDC. • Permet la lutte contre les inégalités : favoriser la proximité des nouveaux préleveurs plus facile d'accès que les médecins
	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Permet une évolution sans rupture, permet de gagner en efficacité et en qualité • Permet l'amélioration de la couverture du dépistage du fait de l'augmentation de l'offre de prélèvement
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'amélioration de la couverture du dépistage du fait de l'augmentation de l'offre de prélèvement • Permet de mieux toucher les femmes non participantes (modalités d'invitation variées, amélioration de l'information et de la sensibilisation des femmes) • La stabilisation de la question des milieux permet d'améliorer la qualité du circuit d'analyse et de le fluidifier
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> • L'obligation de certains milieux validés permettra d'améliorer la qualité du dépistage • Permet l'amélioration de l'offre médicale pour le suivi des patientes à travers l'augmentation de l'offre de colposcopie
	CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Permet la sécurisation du bon déploiement du DOCCU : un changement d'interlocuteur pour un programme qui se met en place et qui connaît de nombreux changements dans sa mise en œuvre pourrait être un frein au déploiement et à la compréhension de ce dispositif.

		<ul style="list-style-type: none"> • Permet un déploiement de qualité, au plus près des besoins du terrain et des patientes : tous les CRCDC ont la connaissance du terrain : démographie médicale, offre de soins, réseaux de communication, lien avec les organisations professionnelles (CPTS, URPS,...) et des freins ou obstacles éventuels • Permet la lutte contre les inégalités sociales et territoriales : proximité pour mener des actions départementales et régionales avec les partenaires. Les CRCDC connaissent les acteurs sur lesquels s'appuyer pour mettre en œuvre des actions. Certaines actions ont déjà été mises en place avec des évaluations.
	CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'inclusion de toutes les femmes dans le dispositif contrairement aux autres programmes de DO dans lesquels les femmes réalisant un dépistage individuel ne sont pas intégrées. • Permet l'amélioration de la couverture du DO par l'élargissement des modalités d'invitation et l'augmentation de l'offre de prélèvement • Permet d'améliorer la qualité du programme par l'obligation d'utilisation de certains milieux liquides uniquement • Permet de lutter contre les inégalités sociales et territoriales en élargissant les modalités d'invitation
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Permet une amélioration de l'organisation sans changer la structuration du CRCDC actuel qui est encore jeune • La multiplication des relances par différents moyens (SMS, mails), une information aux femmes adaptée et renforcée, une augmentation de l'offre de soins sont autant de gages pour gagner du temps et améliorer la qualité et de la couverture du dépistage.
	CRCDC Hauts-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Scénario proche de l'organisation actuelle nécessitant peu de changement structurel du DO • Modalités d'invitations qui permettent de simplifier les démarches en lien avec le RGPD et d'inclure le digital (gain de participation attendu notamment sur la tranche d'âge la plus jeune) • Amélioration de la qualité du programme en particulier avec la revue de dossiers pour cibler les actions d'améliorations et la formation des Professionnels de Santé • Offre de prélèvement augmentée • Interopérabilité des SI facilitée
	CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patientes, les modalités complémentaires d'information sur le DOCCU par SMS par mail... augmentent les chances d'avoir accès à l'information et de participer au DOCCU.

		<ul style="list-style-type: none"> • Rendre obligatoire l'utilisation des milieux liquides validés est un avantage en termes de qualité. • L'information des femmes par l'envoi d'un courrier systématique à leur entrée dans le programme pourrait simplifier l'organisation du DOCCU, car il n'y aurait plus cette contrainte du dépliant à donner à la femme au moment de la consultation.
	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte de l'organisation actuelle, de la connaissance des territoires par les CRCDC et du travail déjà mené. Absence de rupture risquant de tout faire repartir du début. • Amélioration des procédures d'invitation, de l'offre de prélèvements, de formations et d'études et des systèmes d'information
	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> • Proche de l'organisation actuelle, il permet aux patientes et à tous les professionnels de s'approprier le dispositif qui à l'heure actuelle n'a pas été évalué. L'ajout de nouvelles modalités d'invitation peut entraîner une diminution des coûts et faciliter l'adhésion des personnes réfractaires à l'écrit. • La diversification des préleveurs est importante pour les zones peu médicalisées. • L'obligation d'utiliser des milieux agréés servirait la qualité, mais elle ne devrait pas être mise en place avant la résolution des transferts de résultats. • L'alerte sur les logiciels des prescripteurs est déjà mise en œuvre chez certains et s'avère très efficace
Acteurs n'ayant pas identifié d'avantages supplémentaires par rapport aux avantages transversaux décrits		Conseil national professionnel de biologie médicale CRCDC Guadeloupe CRCDC Corse CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes

Inconvénients

Inconvénients transversaux pré-identifiés		
		<ul style="list-style-type: none"> • Risque de réticences de certains professionnels • Fracture numérique en lien avec l'invitation dématérialisée • Coûts générés par la formation obligatoire • Coûts générés par l'évolution des SI
Inconvénients identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Par la diversification des canaux d'invitation, mise en difficulté d'une partie de la population concernée par la fracture numérique • Pas de prise en compte des nouvelles organisations déployées en ville comme les CPTS qui pourraient activement contribuer au dépistage

		<ul style="list-style-type: none"> • Pas de proposition de mise en place d'un SI centralisé, qui constituerait une avancée facilement atteignable compte tenu du succès de SIDEP dans la gestion de la crise Covid-19 et qui permettrait de mettre un terme aux difficultés d'accès aux données des laboratoires et des CRCDC • Uniquement focalisé sur le dépistage organisé et non sur le dépistage spontané, qui constitue un mode d'entrée tout aussi pertinent pour améliorer le dépistage des femmes non-participantes et pour lequel les LABM ont un vrai rôle à jouer en tant qu'acteur de proximité • La mise en place d'une liste de milieux validés pour réaliser une cytologie réflexe constituerait une contrainte supplémentaire pour les LABM, et un frein à l'amélioration de la couverture du dépistage des femmes, l'accréditation des LABM suffirait en matière de critères qualité
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque qu'une invitation postale soit peu efficace et soit dans la majorité des cas jetée • Uniquement focalisé sur le dépistage organisé et non sur le dépistage spontané, qui constitue un mode d'entrée tout aussi pertinent pour améliorer le dépistage des femmes non-participantes et pour lequel les LABM ont un vrai rôle à jouer en tant qu'acteur de proximité • La mise en place d'une liste de milieux validés pour réaliser une cytologie réflexe constituerait une contrainte supplémentaire pour les LABM • Risque que le fait d'imposer la participation de professionnels à des formations ne soit contre-productif et ne permette pas d'améliorer le taux de professionnels formés : privilégier le format optionnel, selon le besoin du professionnel • Pas de compétences des CRCDC pour assurer aujourd'hui la mise en place d'une instance qualité de revues des dossiers, qui consisterait à évaluer la pratique des médecins et autres professionnels de santé sur le dépistage
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de recul sur l'utilisation des autres canaux d'invitation évoqués : nécessité de tester avant de généraliser • Crainte que la diversification des préleveurs ne suffise pas, nécessité de susciter l'intérêt des professionnels sur le dépistage du CCU par une politique incitative, pour améliorer le nombre de professionnels formés • Adaptation des outils SI source de coûts importants pour le secteur libéral et le secteur public : nécessité d'imposer la mise en œuvre des nouvelles normes d'échange et d'y associer les financements

	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> • Diversification des préleveurs par le recours notamment aux pharmaciens risquant de n'améliorer que marginalement le taux de couverture (mêmes craintes, mêmes réticences que pour les autres professionnels actuels...) • Doute sur la capacité technique des médecins généralistes et des sages-femmes à réaliser des colposcopies qui constituent un acte technique requérant une réelle expertise en gynécologie, que seuls les médecins gynécologues peuvent pratiquer • Pas de prise en compte des problématiques SI en aval du test HPV, sur la transmission des résultats de biopsies et de conisations
Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Doute sur la possibilité de lier l'étiologie d'un décès à une rupture de parcours par l'analyse de données malgré les potentiels bénéfiques associés • Non-sens médical associé au fait de dissocier le geste de prélèvement d'une consultation gynécologique complète (interrogation, analyse clinique...) par la diversification des préleveurs & craintes associées des gynécologues et sages-femmes suscitées par la mise en place des protocoles de coopération • Pas de gain à la diversification des canaux d'invitation en termes de participation des femmes en rupture de soins comme les femmes SDF • Impossibilité pour les sages-femmes à isoformation (initiale et continue) de réaliser des colposcopies • Risque associé à la diversification des professionnels formés à la colposcopie, la réalisation d'une colposcopie pouvant impliquer la réalisation d'une biopsie, voire d'une conisation, ce qui va bien au-delà des compétences des professionnels proposés et pourrait constituer une perte de chances pour la femme
	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque associé à la diversification des préleveurs, que les professionnels ne soient pas suffisamment formés à la pose d'un spéculum qui peut constituer un acte traumatisant si mal posé • Risque associé à la régionalisation de la gestion des dépistages de maintenir certaines disparités entre les territoires en fonction des orientations régionales en matière de dépistage
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Doute sur la capacité technique des médecins généralistes et des sages-femmes (qui sont formées à la physiologie et non à la pathologie) à réaliser des colposcopies qui constituent un acte technique requérant une réelle expertise en gynécologie, que seuls les médecins gynécologues peuvent pratiquer

		<ul style="list-style-type: none"> • Risque associé à la diversification des préleveurs, que les professionnels ne soient pas suffisamment formés à la pose d'un spéculum qui peut constituer un acte traumatisant si mal posé • Risque que les évolutions affaiblissent la profession d'ACP qui est une profession déjà fragilisée au-delà de la question du dépistage du CCU, et qui a beaucoup investi sur l'acquisition de matériel pour analyser les tests HPV
	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque que la diversification des moyens d'invitation et notamment l'envoi de mails ne permettent d'augmenter que très peu le taux de participation (les femmes reçoivent beaucoup de mails) • Risque associé à la diversification des préleveurs, que les professionnels ne soient pas suffisamment formés à la pose d'un spéculum qui peut constituer un acte traumatisant si mal posé, et non réalisé par un gynécologue qui réalise habituellement un examen complet de la femme (notamment examen des seins), ce qui constitue une perte de chances potentielle • Risque associé à l'offre en matière de colposcopie qui risque quelle que soit l'évolution mise en œuvre de ne pas être suffisante • Absence de revalorisation des actes de colposcopie qui constituerait un axe permettant d'améliorer l'offre • Réticences quant au fait de rendre obligatoires des formations pour les médecins, ce qui risquerait de ne pas favoriser l'adhésion à des formations pourtant importantes
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> • Option manquant de solutions concrètes et pragmatiques permettant d'améliorer le dépistage du CCU notamment en matière d'offre de colposcopie • Absence de mise en place d'un système de contrôle des pratiques professionnelles permettant de mettre fin aux pratiques hors recommandations officielles qui constitue pourtant l'une des principales problématiques actuelles • Risque associé à la régionalisation du contrôle qualité, qui serait plus efficace si organisé à l'échelle nationale • Risque associé à l'offre en matière de colposcopie qui risque quelle que soit l'évolution mise en œuvre de ne pas être suffisante • Incapacité technique des médecins généralistes et des sages-femmes à réaliser des colposcopies qui constituent un acte technique requérant une réelle expertise en gynécologie, que seuls les médecins gynécologues peuvent pratiquer

		<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité de mettre en œuvre • Absence de revalorisation des actes de colposcopie qui constituerait un axe permettant d'améliorer l'offre
Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> • Doute sur l'ouverture des prélèvements aux IDE, qui dans la majorité des cas exercent au domicile des patients bien plus qu'en cabinet • Doute sur le fait de rendre obligatoire la formation des professionnels, un certain nombre de formations étant aujourd'hui obligatoires, mais non honorées : nécessité de mettre en place un dispositif de contrôle/sanction associé • Nombreuses réticences sur le terrain de gynécologues ne souhaitant pas faire évoluer leur pratique en matière de dépistage du CCU, auxquelles risquent de se heurter les propositions de cette option
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Option manquant de solutions concrètes et pragmatiques permettant d'améliorer le dépistage du CCU notamment en matière d'offre de colposcopie • Absence de mise en place d'un système de contrôle des pratiques professionnelles permettant de mettre fin aux pratiques hors recommandations officielles qui constitue pourtant l'une des principales problématiques actuelles • Risque associé à la régionalisation du contrôle qualité, qui serait plus efficient si organisé à l'échelle nationale • Risque associé à l'offre en matière de colposcopie qui risque quelle que soit l'évolution mise en œuvre de ne pas être suffisante • Incapacité technique des médecins généralistes et des sages-femmes à réaliser des colposcopies qui constituent un acte technique requérant une réelle expertise en gynécologie, que seuls les médecins gynécologues peuvent pratiquer • Impossibilité de mettre en œuvre • Absence de revalorisation des actes de colposcopie qui constituerait un axe permettant d'améliorer l'offre
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-augmentation de la couverture du dépistage (forte dépendance à la bonne volonté des nouveaux professionnels à prélever, réticence des préleveurs actuels à ouvrir le champ de professionnels pouvant prélever, besoin d'informatiser et automatiser difficile à mettre en place, réticence possible à entrer dans le dispositif sans compensations financières).
	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-amélioration de l'organisation en raison des réticences possibles des professionnels

CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégradation du suivi des femmes ayant des résultats anormaux en raison de l'augmentation du nombre de professionnels préleveurs qui n'assureraient pas le suivi ensuite (situation actuellement rencontrée avec les biologistes, potentiellement amplifiée) • Risque de non-amélioration du dépistage en raison de la réticence possible de certains acteurs (ex. : gynécologues opposés à l'augmentation de l'offre de colposcopie)
CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégradation de la qualité du suivi des femmes et d'augmentation des pertes de vue : le prélèvement réalisé dans le cadre du DOCCU est aussi l'occasion pour les femmes d'avoir un examen gynécologique avec visualisation du col, palpation mammaire... et donc va au-delà du dépistage du DOCCU. Le suivi de la femme en cas de test positif est du ressort du préleveur, si diversification des préleveurs : pharmaciens biologistes, IDE • Risque de non-amélioration de l'organisation si la formation des professionnels est une condition d'entrée dans le DOCCU (frein à la participation).
CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de blocages de certaines organisations professionnelles
CRCDC Hauts-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de limiter le suivi gynécologique au seul acte technique de prélèvement cervico-utérin par la diversification des préleveurs non-médecin • Risque de réticences des gynécologues
CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de fracture numérique et sociale pour les femmes n'ayant pas accès au téléphone ou à internet. • Risque de perte de chance pour les femmes : les pharmaciens et les IDE ne sont pas formés à identifier les symptômes et les aspects pathologiques des cols utérins • • Risque en matière de qualité du suivi : Médecin généraliste et sage-femme pourront-ils réaliser assez de colposcopie pour satisfaire aux critères de la charte qualité des colposcopistes ?
CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de réticences des professionnels (actes médicaux faits par des non-médecins ou sages-femmes) • Risque en matière d'amélioration effective de la couverture (acceptabilité des femmes à des examens gynécologiques par des non-médecins, non-sages-femmes). • Risque d'opposition des professionnels si les formations sont obligatoires et non encouragées.
Acteurs n'ayant pas identifié d'inconvénient	Conseil national de l'ordre des pharmaciens CRCDC Corse CRCDC Guadeloupe

	CRCDC PACA CRCDC Centre-Val de Loire CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes CRCDC Grand Est
--	--

Faisabilité & acceptabilité

De manière à disposer d'une vision graphique à visée comparative du degré d'acceptabilité et de faisabilité des différents scénarios envisagés, les représentations professionnelles et CRCDC interrogés ont été invités à se positionner sur une échelle allant de 1 (pas de tout acceptable/pas du tout faisable) à 4 (très acceptable/très faisable). Certains CRCDC ne s'étant pas exprimés sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'ensemble des scénarios, certaines régions n'apparaissent pas sur certains graphiques.

Faisabilité :

- possibilité à mandations selon priorisation.

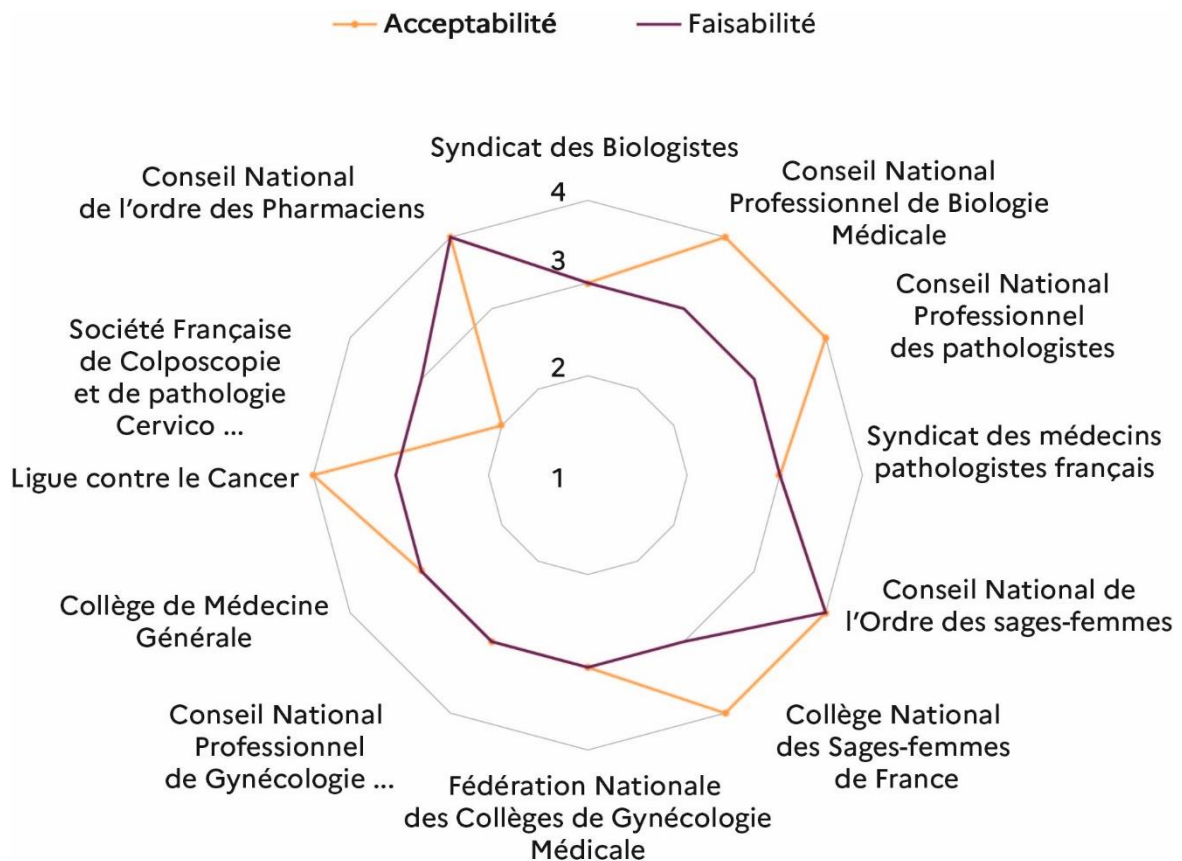


Figure 1. Position des acteurs interrogés sur le scénario iso-organisation

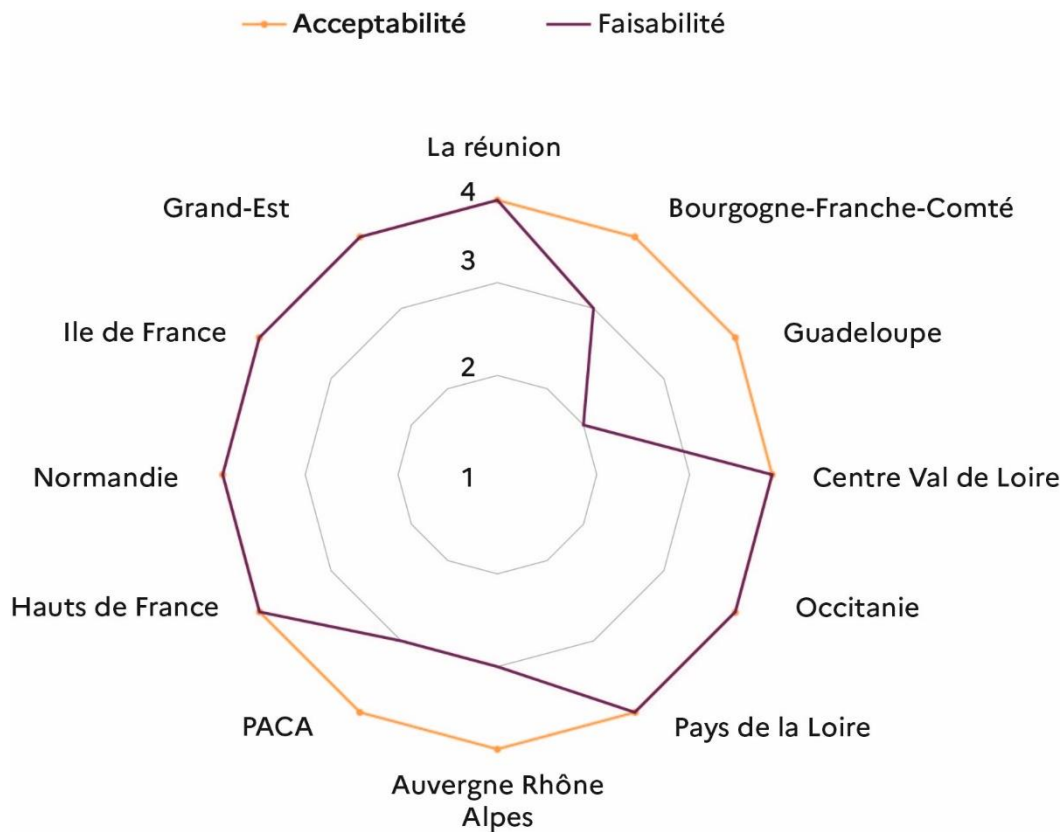


Figure 2. Position des CRCDC interrogés sur le scénario iso-organisation

Coûts & gains

Différentiel de coûts de production (perspective collective vie entière)	Gains en termes de santé publique
<p>Les coûts de formation, de communication augmentent les coûts collectifs à court terme. Le développement, l'adaptation et l'intégration des systèmes d'information, la mise en place des dispositifs d'assurance qualité sont des éléments augmentant également les coûts de production au niveau collectif.</p> <p>Ces mesures peuvent contribuer à une meilleure participation des femmes et une meilleure qualité des examens et du suivi réalisé et donc à une réduction à terme des coûts liés aux cancers.</p>	<p>L'objectif visé est d'augmenter la participation des femmes par une amélioration de l'offre, une amélioration de la qualité du dépistage et du suivi. Ces éléments devraient réduire la morbi-mortalité du CCU et améliorer la qualité de vie des femmes concernées à long terme.</p>

Alternatives proposées

Alternatives proposées par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser l'intégration des ACP dans les LABM
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Déployer une campagne de communication nationale à grande échelle à destination des patientes et des professionnels Fournir des supports d'information aux professionnels de première ligne (pharmacien, médecin généraliste, biologiste, CPTS...) à remettre directement aux femmes concernées, comme alternative à un envoi postal de masse Capitaliser sur le retour d'expérience de la crise Covid-19 et l'utilisation de SIDEP: faire évoluer SIDEP pour qu'il intègre le dépistage du CCU et obliger les professionnels à saisir les données de leurs patientes dans cette base de données nationale, ce qui permettrait d'améliorer la qualité des fichiers d'invitation et de mettre fin au système d'invitation siloté par région
Pathologistes	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> Proposer des formations communes aux différents dépistages avec des formations spécifiques à chaque dépistage Amplifier les modalités d'invitation par la mise en place d'informations dans des lieux de vie: affiches dans les centres commerciaux, les salles de cinéma, mise en place d'un numéro vert commun aux différents dépistages... Mettre en place un tableur Excel avec des règles de confidentialité pour la transmission des données entre les ACP et les CRCDC
Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser le développement de la télé-expertise pour faciliter le partage entre professionnels sur la colposcopie
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Associer la colposcopie en priorité aux gynécologues, la prise en charge aval dépendant intrinsèquement de cet examen Sensibiliser les jeunes générations de médecins, et communiquer davantage sur la colposcopie pour promouvoir cette discipline: tous les gynécologues doivent investir cet examen, de même que les MG avec un DU de Gynécologie. Rendre obligatoire le DU de colposcopie pour un gynécologue en l'intégrant à la formation initiale (le DU étant aujourd'hui délaissé par les internes au profit d'autres DU) Communiquer à grande échelle sur le dépistage du cancer du col de l'utérus auprès du grand public, comme c'est le cas dernièrement sur le sujet de l'endométriose

Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un dispositif de contrôle/sanction des formations obligatoires honorées par les professionnels de santé dans le cadre du dépistage du CCU • Adresser à chaque médecin traitant par courrier/mail une liste tous les 6 mois de patientes ayant réalisé ou n'ayant pas réalisé alors qu'elles le devraient leur dépistage, ce qui permettrait d'inciter encore davantage les femmes à se faire dépister par le biais de leur médecin traitant
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Articuler les professionnels de santé « référents » type médecins traitants avec le CRCDC afin qu'il soit informé de la situation de chacune de ses patientes et adapter les messages associés (relance, suivi,...) • Clarifier/redéfinir les responsabilités de la gouvernance en matière de DOCCU entre la DGS, la Cnam, la DGS, afin de clarifier la lisibilité des acteurs nationaux sur la question
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Achat d'un « camion » permettant d'effectuer les prélèvements dans tous les CRCDC, avec possibilité de se déplacer ponctuellement dans les déserts médicaux/communes rurales, au plus près des populations précaires et isolées. Le médecin coordonnateur ou SF du CRCDC (ou autre PS) pourrait participer aux prélèvements 2/mois (sous réserve de formation adéquate).
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration dans le cursus de formation initiale et continue des PS de modules prévention et dépistages organisés
	CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Que les médecins puissent avoir dans leur logiciel patient un module, connecté au site d'éligibilité du CRCDC afin qu'en se connectant au dossier de leur patient ils puissent voir s'il est éligible (pour les 3 DO).
	CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Incitations financières via la ROSP par exemple, financement des mises à jour des SI, alertes automatiques aux femmes en l'absence de suivi.
	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Des éléments du scénario de régionalisation renforcée : renforcement régional des CRCDC sur la formation des PS et le contrôle qualité. Améliorer le retour vers les PS.
	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> • La diversification des préleveurs est importante pour les zones peu médicalisées à condition d'assurer une bonne filière de prise en charge en aval.
Acteurs n'ayant pas identifié d'alternative	<p>Conseil national professionnel des pathologistes Collège national des sages-femmes de France Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale Conseil national de l'ordre des pharmaciens CRCDC Corse CRCDC Bourgogne — Franche-Comté CRCDC Guadeloupe CRCDC PACA</p>	

	CRCDC Centre-Val de Loire CRCDC Pays de la Loire CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes CRCDC Hauts-de-France
--	--

Scénario centralisation

Prérequis

- Acceptabilité institutionnelle à l'échelle nationale et régionale
- Discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles et en particulier sur les arbitrages revenus/activités
- Mise en œuvre opérationnelle de l'Espace numérique de santé (ENS)
- Création d'un SI national, respectant les normes édictées par l'Agence du numérique en santé (ANS)

Avantages

Avantages transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> • Équité à l'échelle nationale • Amélioration du dispositif d'invitation • Amélioration de la qualité des analyses conduites et du suivi • Clarification des rôles des acteurs tant au niveau de la coordination que de la mise en œuvre du dépistage • Amélioration de la qualité du DO en général • Scénario impliquant une clarification des rôles des institutions au niveau national et prenant en compte les évolutions attendues des systèmes d'information • La diversification des préleveurs permet de libérer du temps médical pour le suivi des femmes dont les résultats sont pathologiques 		
Avantages identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition des agences nationales d'informations liées à la qualité, d'autant plus importantes en raison de la multiplicité des acteurs
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Capitalisation aisée sur l'outil SIDEP déployé lors de la crise Covid-19 • Probables économies d'échelle réalisées en routine (une fois la bascule organisationnelle effectuée)
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Centralisation de la remontée d'informations et redistribution aisée aux CRCDC des données probablement de meilleure qualité
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> • Avantages essentiellement théoriques, la rationalité économique restant à démontrer compte tenu des potentiels coûts de la trajectoire de migration vers un système centralisé • Simplification organisationnelle (moins de strates)

Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure égalité de chances de toutes les femmes à l'échelle nationale en matière de dépistage du CCU
	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> • Diversification des moyens d'informer les femmes sur le dépistage du CCU • Revalorisation de la profession de sage-femme dans l'organisation du DO par la formation à la colposcopie, • Amélioration du système qualité et uniformisation des pratiques • Probables économies d'échelle réalisées en routine (une fois la bascule organisationnelle effectuée)
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Centralisation de la remontée d'informations et redistribution aisée aux CRCDC des données probablement de meilleure qualité, permettant notamment de conduire des études d'envergure nationale
	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Centralisation de l'information permettant une remontée et un reporting plus efficient à des fins d'harmonisation des pratiques et d'homogénéisation entre les régions
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du système qualité et uniformisation des pratiques avec un monitoring en temps réel des pratiques (activité, effets bénéfiques, effets délétères...)
Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du système qualité et uniformisation des pratiques • Meilleure égalité de chances de toutes les femmes à l'échelle nationale en matière de dépistage du CCU, en mettant fin aux disparités territoriales
Pharmaciens	Conseil national de l'ordre des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> • SI national constituant un avantage certain, avec nécessité d'aller au-delà du seul DOCCU et de mettre en place un SI des résultats de l'ensemble des dépistages • Amélioration de la qualité par la mise en place d'un acteur unique national
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur contrôle de toute la chaîne de dépistage par la mise en place d'un appel d'offres des LBM
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'augmentation de la couverture du dépistage en raison de l'augmentation des préleveurs • Simplification du dispositif avec la présence d'un seul et unique intervenant analyseur

CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'organisation à travers : un dispositif national de gestion des invitations, la possibilité de conventionner avec un nombre restreint de laboratoires: facilitation du circuit pour la récupération des résultats dans le cadre de la nouvelle norme d'échange, la mise en œuvre d'une offre de formation centralisée et coordonnée, l'amélioration de l'information des femmes par l'intermédiaire du courrier d'information d'entrée PN DOCCU, la mise en place d'un SI centralisé, l'harmonisation des pratiques au niveau national et évaluation du dispositif du fait d'une seule chaîne de traitement centralisée
CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> Reprise en main des régions
CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la qualité du dépistage : Pour les patientes, les professionnels préleveurs, un seul interlocuteur pour les échanges : en cas de déménagement pour les femmes (suivi tout au long de son éligibilité, pour la communication, pour les échanges de données. Pour les femmes, meilleure visibilité du programme avec le courrier à 25 ans (compréhension sur le droit d'opposition) Harmonisation des tests et des contrôles qualité, respects des recommandations, applications des référentiels
CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> Un système d'information unique national
CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> Harmonisation des pratiques Économies d'échelle
CRCDC Hauts de France	<ul style="list-style-type: none"> Gain en termes de coût Harmonisation des pratiques sur l'ensemble du territoire national Possible amélioration de la qualité des analyses cytologiques liée à la spécialisation de certains laboratoires ACP
CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> Une seule formation pour l'ensemble des professionnels impliqués.
CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> Centralisation de l'information pour les résultats biologiques et ACP Information nationale sur les décès par CCU
CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> Homogénéisation du dispositif Économie en personnel dans les acteurs de coordination du dépistage et le suivi des résultats
Acteurs n'ayant pas identifié d'avantages supplémentaires	<p>CRCDC Corse CRCDC Bourgogne — Franche-Comté CRCDC Guadeloupe CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes</p>

Inconvénients

Inconvénients transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> • Scénario adapté à un système beveridgien • Scénario imposant une redéfinition des rôles des acteurs institutionnels comme des professionnels • Scénario ayant des implications en termes de revenu pour différents acteurs • Perte d'autonomie des régions • Scénario comportant une incertitude sur la capacité de la structure nationale de coordination à négocier les appels d'offres et assurer que les contenus prévus soient effectivement respectés (exemple irlandais) • Scénario probablement efficient, mais augmentant les conséquences des dysfonctionnements qui pourraient survenir 		
Inconvénients identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de reproduction des difficultés rencontrées dans le cadre du dépistage colorectal • Probable inefficience en raison de la « culture » française, de la taille du pays et de l'organisation du système de santé français différents de certains pays étrangers • Risque de déshumanisation de la démarche de dépistage (par l'absence de lien patient — professionnel de proximité « habituel » sur le suivi gynécologique), qui est d'autant plus importante lorsque le dépistage relève de l'intime
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque que la mise en place d'un appel d'offres soit perçue comme un manque de confiance des autorités à l'égard des compétences des biologistes • Risque que la mise en œuvre d'une liste de milieux liquides validés soit perçue comme un manque de confiance des autorités à l'égard des compétences des biologistes • Risque de « lourdeur » organisationnelle quant à l'organisation du dépistage
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de pertes de chances pour la femme en matière de prise en charge globale gynécologique à ce que le prélèvement soit effectué par un pharmacien ou une IDE : le dépistage fait partie intégrante d'un schéma de soins, et ne peut être décorrélé du reste de la prise en charge (structure entièrement décorrélée du professionnel de suivi habituel, méconnaissance des antécédents de la patiente, absence de communication entre préleveur & prescripteur...) • En rupture avec l'histoire et l'organisation actuelle du système de santé français qui est proche des systèmes espagnol et italien, et très éloigné du système anglais
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de fragilisation de la profession d'ACP avec un impact direct sur l'ensemble des dépistages et du soin en général (la prise en charge dépendant du diagnostic cytologique, le suivi de la patiente de la biopsie/conisation...), profession d'ACP déjà lésée financièrement par rapport aux biologistes dans le cadre du DOCCU

		<ul style="list-style-type: none"> • Risque organisationnel associé au fait que le nombre de cytologies réflexes va nettement augmenter, en prévision, 5 millions de tests HPV positifs/an, donc 1,6 million de cytologies réflexes, pour environ 1 500 ACP en France, soit 1 000 cytologies par ACP : cela risque de poser une problématique de lecture, car en cas de laboratoire centralisé l'examen de cytologie ne pourra être centralisé de la même façon, risque de se poser un problème de validation de la qualité de la lecture de la cytologie réflexe. • Risque de rupture dans la relation de proximité entre les professionnels (MG, SF, ACP, gynécologues, chirurgiens, oncologues...), qui est en pratique très réelle et garantit la qualité de la prise en charge par la concertation pluridisciplinaire • Risque que le fait de confier les analyses à un panel d'acteurs voire à un unique acteur n'engendre une dégradation de la qualité • Centralisation limitée, la prise en charge avale, ne pouvant être centralisée en cas de biopsie, de conisation... • En rupture avec l'exercice libéral de la médecine aujourd'hui en France et la liberté de choix du patient
Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Très en rupture avec l'organisation actuelle du système de santé français et avec les dernières évolutions telles que MaSanté 2022 • Risque de « stigmatisation » du DOCCU par rapport aux autres dépistages : la logique de centralisation doit s'appliquer à tous les dépistages ou à aucun • Risque de « lourdeur » organisationnelle et administrative de refonte intégrale du système actuel • Doute sur le fait que la centralisation prenne suffisamment en compte les inégalités sociales et territoriales de santé • Doute sur le calendrier de déploiement de l'ENS, et le retard acquis depuis des années en matière de numérique en santé
	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> • Très en rupture avec l'organisation actuelle du système de santé français et avec les dernières évolutions telles que MaSanté 2022 • Perte totale de l'organisation territoriale, avec des risques de perte de prise en compte des spécificités locales de terrain, de perte des dynamiques locales établies (entre professionnels et CRCDC, entre professionnels en complémentarité et non en concurrence...)
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de tensions entre professionnels par la mise en place d'appels d'offres • Risque de « lourdeur » organisationnelle et administrative de refonte intégrale du système actuel, avec un risque calendaire et un risque budgétaire non négligeables

	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque lié au fait que plus une organisation est centralisée moins elle fonctionnerait de manière efficiente d'un point de vue opérationnel (risque d'un effet « usine à gaz ») • Risque d'une forme d'incompréhension des acteurs quant au fait qu'un dépistage soit centralisé et les autres non • Questionnement lié à la pertinence de la mise en place d'un appel d'offres dans un contexte de regroupement des laboratoires et de mise en place de nombreuses normes qualité
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> • La cytologie et le test HPV ne sont utilisés que pour le dépistage, quid de l'utilisation de ces tests en aval du dépistage, par exemple dans le suivi de la pathologie ? Quelle organisation associée mettre en place ? • Risque majeur de lobbying des ACP, en raison de la fragilisation de la profession qu'entraînerait cette organisation, et probables tensions entre ACP et LBM
Pharmaciens	Conseil national de l'ordre des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune raison scientifique liée à l'efficacité de confier les analyses à un laboratoire unique avec un risque de rupture de la proximité pourtant nécessaire entre la patiente, le prescripteur et le laboratoire • Risque que la mise en place d'un acteur national unique n'améliore pas la qualité
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance accrue à un panel limité d'acteurs sélectionnés à travers un appel d'offres, avec un risque budgétaire important en cas de dysfonctionnements • Historique lié aux difficultés rencontrées sur le dépistage du cancer colorectal, avec une contestation des appels d'offres (coûts juridiques) qui a grandement complexifié le déploiement du dépistage, des difficultés organisationnelles à chaque changement de prestataire, et une perte de motivation et d'adhésion constatées chez les acteurs de santé et les patients au détriment de la prévention des cancers • Plusieurs points en suspens à soulever, car générateurs de potentiels surcoûts importants : qui détermine les standards ? Que fait-on des tests restants en fin de contrat ? Comment gère-t-on la transition entre 2 prestataires ?
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de « casse » du lien entre le CRCDC et les patientes et de l'expertise du CRCDC (dégradation du dépistage) • Risque de résistance et de désengagement de la part des laboratoires non retenus • Risque de perte de chance des populations isolées par la non-reconduction du travail de proximité engagé par le CRCDC (risque d'accroissement des inégalités)
	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des particularités locales régionales • Marché unique national en termes d'analyse impliquerait une perte de qualité, délais de rendu de résultats, compte tenu du volume

		<ul style="list-style-type: none"> • Incertitude sur la capacité de la structure nationale de coordination à négocier les appels d'offres et assurer que les contenus prévus soient effectivement respectés
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Risque sur la qualité du dépistage lié au monopole d'analyse des résultats (pas de levier/impacts en cas de problématique de délais, risque au moment du changement de marché...) • Une seule chaîne de traitement portant les risques de dysfonctionnement d'un échelon de la chaîne au niveau national
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de complexification du dépistage : Création d'un organisme supplémentaire gérant le DOCCU, perte de la vision régionale des dépistages des cancers • Saut dans l'inconnu refusé par les professionnels de santé
	CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégradation du dépistage organisé lié au fait que les acteurs ne se retrouvent pas dans une structure nationale, moins accessible, moins proche de leurs besoins et attentes • Risque de perte de chance, absence de plus-value : en cas de dysfonctionnements dans l'appel d'offres, arrêt du marché, les femmes ne pourront plus se faire dépister • Risque de rejet des professionnels actuellement mobilisés (sentiment d'être mis sous tutelle : plus le choix de leurs correspondants biologistes/pathologiste, perte de revenus considérable...) • Risque en matière d'efficience de la lutte contre les inégalités : ne structure nationale sera-t-elle assez proche du terrain, des acteurs, pour mettre en place ces actions vers les personnes en situation de vulnérabilité
	CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégradation du dépistage organisé lié au fait que les acteurs ne se retrouvent pas dans une structure nationale, moins accessible, moins proche de leurs besoins et attentes • Risque de perte de chance, absence de plus-value : en cas de dysfonctionnements dans l'appel d'offres, arrêt du marché, les femmes ne pourront plus se faire dépister • Risque de rejet des professionnels actuellement mobilisés (sentiment d'être mis sous tutelle : plus le choix de leurs correspondants biologistes/pathologiste, perte de revenus considérable...) • Risque en matière d'efficience de la lutte contre les inégalités : ne structure nationale sera-t-elle assez proche du terrain, des acteurs, pour mettre en place ces actions vers les personnes en situation de vulnérabilité
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégradation du dépistage organisé lié au fait que les acteurs ne se retrouvent pas dans une structure nationale, moins accessible, moins proche de leurs besoins et attentes

		<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte de chance, absence de plus-value : en cas de dysfonctionnements dans l'appel d'offres, arrêt du marché, les femmes ne pourront plus se faire dépister • Risque de rejet des professionnels actuellement mobilisés (sentiment d'être mis sous tutelle : plus le choix de leurs correspondants biologistes/pathologiste, perte de revenus considérable...) • Risque en matière d'efficience de la lutte contre les inégalités : ne structure nationale sera-t-elle assez proche du terrain, des acteurs, pour mettre en place ces actions vers les personnes en situation de vulnérabilité
	CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégrader la qualité du dépistage (complexification de l'orientation de la femme vers l'offre de proximité, interrogations sur la capacité de la structure nationale à réaliser le suivi des femmes et à récupérer les données de manière automatisée) • Risque de complexification avec un parcours dépistage individuel différent du parcours DO • Risque de perte d'activité pour certains labos et perte de collaboration de ces acteurs locaux avec les structures gestionnaires du dépistage • Mise en péril des actions mises en place par les CRCDC sur le terrain avec les partenaires pour améliorer la participation et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé
	CRCDC Hauts de France	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'adaptation régionale ou locale. • Fragilité de la continuité de l'offre de dépistage et donc perte de chance de la population à cause du renouvellement des marchés publics trop réguliers : choix de la masse et économique au détriment de l'individu. • Long à mettre en place en France (population plus importante que dans les pays ayant fait ce choix) • Le suivi des résultats pathologiques ne peut pas être national, car non adaptable aux cas particuliers de chaque individu. La relation de confiance entre professionnels de santé n'existera plus.
	CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'augmentation des délais de rendu des résultats du fait de l'appel d'offres national • Risque de dégradation du dépistage : charge importante sur une seule et même structure chargée de tous les suivis, tout en méconnaissant le terrain et les acteurs locaux • Risque de monopole et d'augmentation des coûts
	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de retour en arrière très important sur le DOCCU avec une nouvelle organisation qui rencontrera des difficultés à connaître et à s'adapter aux particularités des populations cibles • Risque d'allongement des prises de décisions et diminution de leurs acceptabilités

		<ul style="list-style-type: none"> Risque de remise en cause des autres dépistages et de la compréhension de leurs schémas
	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> Coût et temps importants pour la mise en œuvre du SI Opposition des professionnels de santé Perte de proximité Les systèmes centralisés s'appliquent à des pays plus petits.
Acteurs n'ayant pas identifié d'inconvénients supplémentaires		Collège de Médecine générale CRCDC Corse CRCDC Guadeloupe

Faisabilité & acceptabilité

Faisabilité :

- scénario en rupture avec l'histoire du système de santé en France et avec le cadre proposé par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009 ;
- dépend fortement du degré d'acceptabilité par les professionnels actuellement impliqués dans le dépistage.

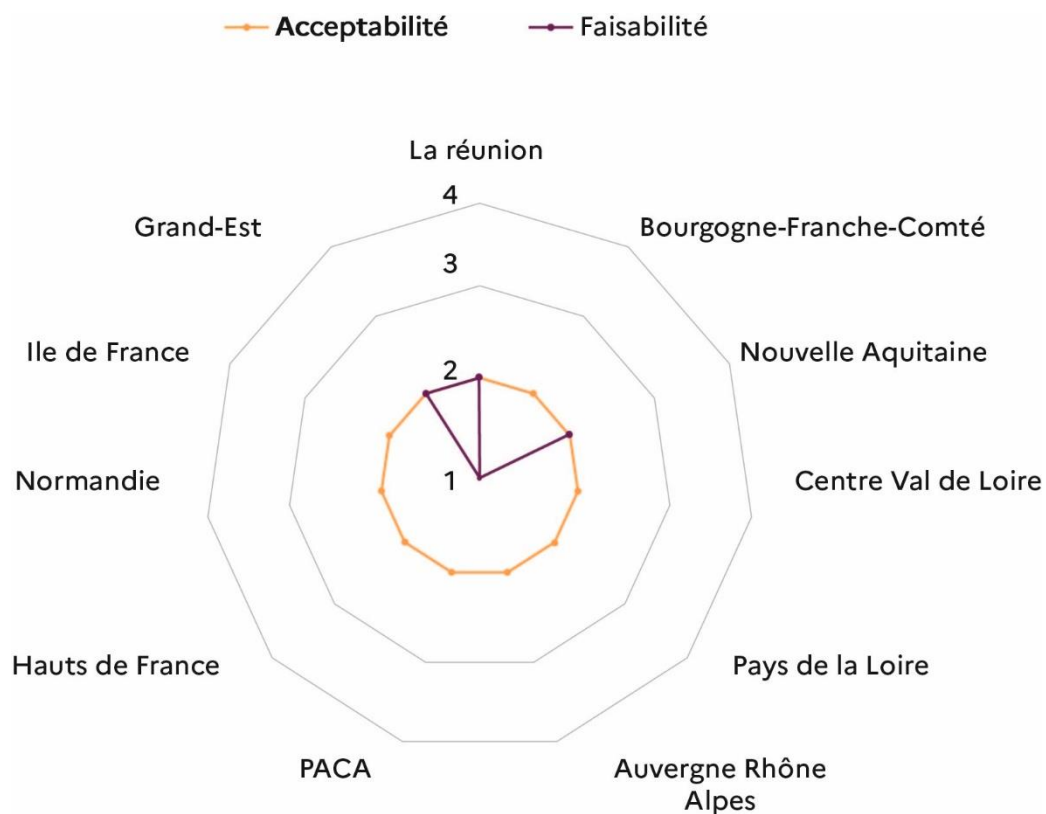


Figure 3. Position des acteurs interrogés sur le scénario centralisation

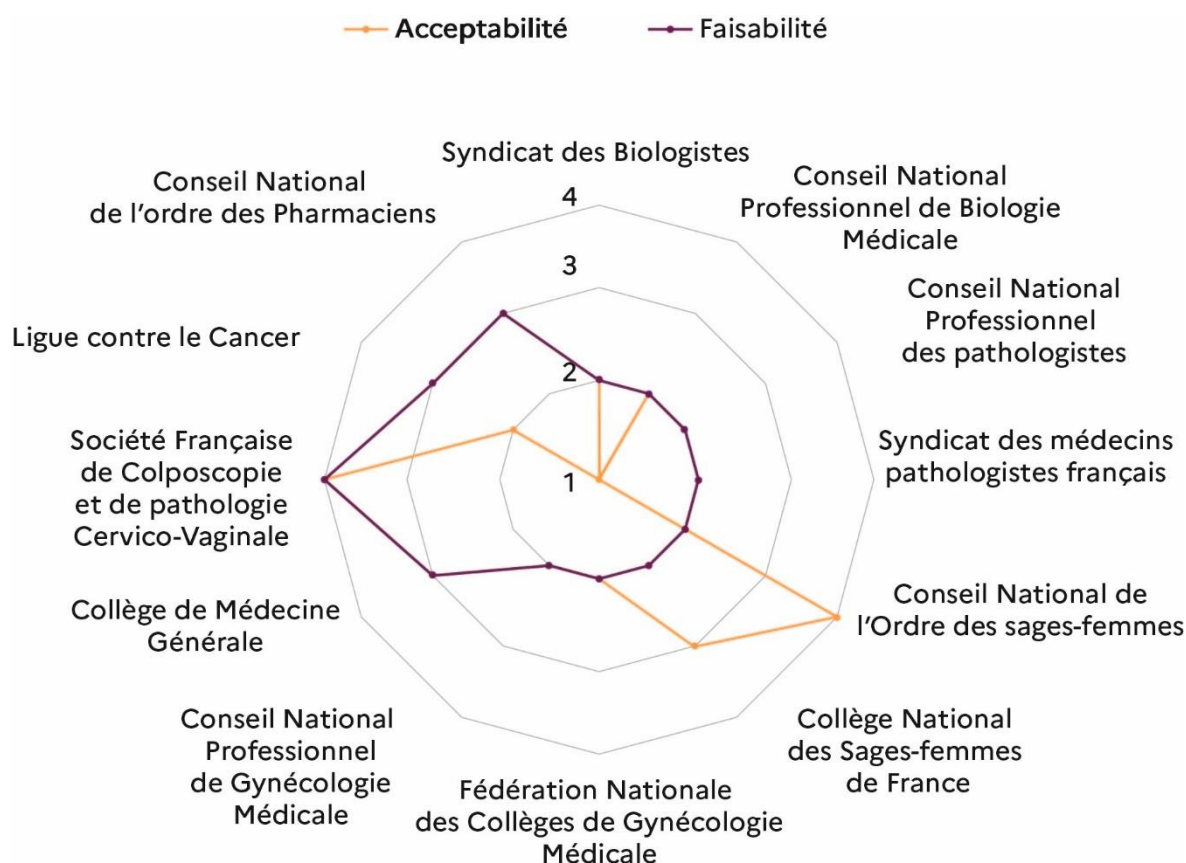


Figure 4. Position des CRCDC sur le scénario centralisation

Coûts & gains

Différentiel de coûts de production (perspective collective vie entière)	Gains en termes de santé publique
<p>La concentration, la mise en concurrence et la mise en œuvre d'un marché public centralisé pour la réalisation des analyses et pour les achats de consommables sont des facteurs générateurs de réduction des coûts collectifs.</p> <p>Le développement, l'adaptation et l'intégration d'un système d'information national, la mise en place d'un dispositif national d'assurance qualité sont des éléments augmentant également les coûts de production au niveau collectif, mais possiblement à un niveau moindre que celui de la multiplication des systèmes régionaux.</p> <p>Les coûts de formation, de communication augmentent les coûts collectifs à court terme de manière similaire, quels que soient les scénarios envisagés.</p> <p>Ces mesures peuvent contribuer à une meilleure participation des femmes et une meilleure qualité des examens et du suivi réalisé et donc à une réduction à terme des coûts liés aux cancers.</p>	<p>L'objectif visé est d'augmenter la participation des femmes par une amélioration de l'offre, une amélioration de la qualité du dépistage et du suivi.</p> <p>Ces éléments devraient réduire la morbi-mortalité du CCU et améliorer la qualité de vie des femmes concernées à long terme.</p>

Alternatives proposées

Alternatives proposées par les acteurs		
Sages-Femmes	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> Uniformiser le format des résultats d'analyse des ACP et LBM (grande disparité notamment entre les grands laboratoires d'envergure nationale et les petits laboratoires locaux dont les résultats sont parfois plus difficilement interprétables)
Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une centralisation partielle, qui s'appuierait sur les acteurs locaux : avec une centralisation de l'organisation, de l'envoi des invitations, de l'analyse des prélèvements/et un appui sur les acteurs locaux, tels que les CPTS pour préserver la relation de proximité professionnel — patient
CRCDC	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> Iso-organisation ou régionalisation renforcée
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> Intégration dans le cursus de formation initiale et continue des PS de modules prévention et dépistages organisés
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> Alternative iso-organisation
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> SI centralisé entre acteurs, mais pas le reste
	CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> Alternative iso organisation
	CRCDC Hauts de France	<ul style="list-style-type: none"> Scénario avec maintien d'un échelon régional pour garantir un maillage territorial
	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> Alternative iso-organisation ou régionalisation renforcée
Acteurs n'ayant pas identifié d'alternatives	Syndicat des biologistes Conseil national professionnel de biologie médicale Conseil national professionnel des pathologistes Syndicat des médecins pathologistes français Conseil national de l'ordre des sages-femmes Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales Conseil national de l'ordre des pharmaciens Ligue contre le cancer CRCDC La Réunion CRCDC Guadeloupe CRCDC Occitanie CRCDC Centre-Val de Loire CRCDC Normandie CRCDC Grand Est CRCDC Corse	

Scénario régionalisation renforcée

Prérequis

- Discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles
- Mise en œuvre opérationnelle de l'Espace numérique de santé (ENS)
- Mise en conformité des systèmes d'information des différents acteurs impliqués dans le DOCCU, sur le plan de l'interopérabilité (respect du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) pour favoriser le partage et le suivi des résultats des femmes participantes
- Renforcement des compétences des structures régionales et de leurs moyens, financiers et humains (accroissement des compétences attendues vis-à-vis de la situation actuelle)
- Modification des droits d'accès aux données de santé pour permettre l'interrogation des bases de données directement par l'organisme gestionnaire du DO en région

Avantages

Avantages transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du positionnement des régions • Équité à l'échelle régionale • Simplification de l'organisation régionale et amélioration de la qualité des analyses conduites • Amélioration du dispositif d'invitation et du suivi • Clarification des rôles des acteurs tant au niveau de la coordination que de la mise en œuvre du dépistage • Scénario prenant en compte les évolutions attendues des systèmes d'information et de leurs possibilités d'exploitation • La diversification des préleveurs permet de libérer du temps médical pour le suivi des femmes dont les résultats sont pathologiques 		
Avantages identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> • En accord avec ce scénario, l'appel d'offres régional étant préférable à l'appel d'offres national
Pathologistes	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de rendre officielle une situation opérationnellement déjà à l'œuvre. L'officialisation du rôle du CRCDC en matière de pilotage sur sa région et le renforcement des moyens associés à son action permettraient une amélioration de son efficacité.

Sages-femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> En adéquation avec le système de santé français, permet de mettre en place l'organisation la plus optimale au plus près des besoins de chaque territoire. Il s'agit du scénario le plus pertinent pour régler la question des inégalités de santé.
	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> Permet de mieux gérer les invitations, de gagner en exhaustivité via l'accès aux bases de données
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Permet une meilleure prise en compte des spécificités régionales en laissant les marges de manœuvre organisationnelles nécessaires aux CRCDC
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> Aucun avantage n'est identifié. Ce scénario ne permet pas d'améliorer la qualité du dépistage.
Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> Scénario le plus efficient, au plus proche des besoins du territoire.
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> Scénario proche de ce vers quoi l'on devrait tendre pour les CRCDC tels qu'ils ont été initialement conçus. Scénario proche du modèle existant (sans rupture totale). Inscrit dans une dimension de développement local avec un monitoring adapté aux réalités locales, meilleures synergies avec d'autres actions si cela est intégré avec les missions des acteurs locaux (pour pouvoir traiter en commun avec l'ensemble des acteurs locaux, les problématiques d'accès aux soins). Permet d'intégrer tous les professionnels du terrain
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> Maintien si ce n'est une amélioration de la qualité du dépistage et de son organisation : bases déjà en place pour évoluer vers une régionalisation renforcée, proximité maintenue de leur CRCDC, formation assurée des préleveurs, optimisation du travail du CRCDC avec la centralisation des SI permettant une meilleure fluidité de tous les process, et l'accès direct aux bases d'AM Amélioration de la lutte contre les inégalités
	CRCDC Bourgogne Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du positionnement des régions avec plus d'autonomie et de souplesse Simplification de l'organisation régionale et amélioration de la qualité des analyses conduites Clarification des rôles des acteurs tant au niveau de la coordination que de la mise en œuvre du dépistage

		<ul style="list-style-type: none"> Scénario prenant en compte les évolutions attendues des systèmes d'information et de leurs possibilités d'exploitation
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> Concordant avec ce qui est mis en place au niveau régional, amélioration du fonctionnement actuel et meilleure analyse des exclusions grâce à l'accès aux fichiers actes CCAM Facilitation du circuit pour la récupération des résultats en conventionnant avec, uniquement, quelques laboratoires au niveau régional Harmonisation régionale des pratiques et des programmes Autonomie des CRCDC dans la mise en œuvre coordonnée des programmes de dépistage Maintien des échanges avec les grands acteurs régionaux, maintien de leur implication et investissement dans cette action de santé publique
	CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'organisation globale du dépistage : Pour les patientes, les professionnels préleveurs, amélioration de l'éligibilité, accès à une base centralisée, meilleure visibilité du programme avec le courrier à 25 ans
	CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la récupération des résultats des dépistages
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la qualité du dépistage à travers une augmentation de la qualité du recueil des données, du suivi et de la connaissance du terrain, la simplification et l'harmonisation de l'offre des kits de prélèvements, l'accréditation par la structure régionale de laboratoires autorisés afin d'éviter des pratiques hors recommandations nationales, relations interpersonnelles facilitantes
	CRCDC Hauts de France	<ul style="list-style-type: none"> Simplification de la transmission des résultats entre les laboratoires et les CRCDC et augmentation de la qualité par la spécialisation des laboratoires
	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du rôle des régions avec plus d'autonomie. Simplification de l'organisation. Évolution d'un système existant avec amélioration de l'efficience Facilitation des formations et du contrôle qualité
	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> Pour les patientes, moins d'invitation inutile si des motifs d'exclusions autres sont accessibles aux CRCDC. Pour la structure régionale, éviter des imports inutiles, gain de temps et de qualité Choix d'une structure d'analyse régionale permettant à la fois la qualité et la proximité, avantage pour les préleveurs et la structure régionale
	Acteurs n'ayant pas identifié d'avantages supplémentaires	<p>Conseil national professionnel de biologie médicale Conseil national professionnel des pathologistes Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et Gynécologie médicale Conseil national de l'ordre des pharmaciens CRCDC Guadeloupe</p>

	CRCDC Corse CRCDC PACA CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes CRCDC Normandie
--	--

Inconvénients

Inconvénients transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> • Scénario imposant une redéfinition des rôles des acteurs institutionnels comme des professionnels • Scénario ayant des implications en termes de revenu pour différents acteurs (diminution des revenus pouvant mettre en risque le tissu local) • Scénario comportant une incertitude sur la capacité des structures régionales à négocier les appels d'offres et à s'assurer que les contenus prévus soient effectivement respectés 		
Inconvénients identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-augmentation de la couverture du dépistage du fait de l'« oubli » de certains acteurs clés de la prévention et du soin sur le territoire notamment les CPTS • Risque de diminution de la couverture et de la qualité du dépistage du fait du désengagement probable du dépistage des laboratoires non retenus lors de l'appel d'offres
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Seuls des inconvénients sont identifiés sur ce scénario • Risque de dégradation de la qualité du dépistage dans certaines régions moins bien dotées. Risque d'accroissement des inégalités à l'échelle nationale. • Risque de non-amélioration de la couverture du dépistage
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte de liberté du prescripteur vis-à-vis du professionnel qui analyse : risque de dégradation du suivi global avec perte du contact direct entre les professionnels et de perte de maillage du territoire. • Risque de diminution de la qualité du dépistage en raison de l'effet « entonnoir » vers un nombre restreint de structures
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de diminution de la qualité du dépistage (baisse de qualité du diagnostic). Si la gestion administrative est régionalisée, la gestion diagnostique sera nationalisée pour favoriser les économies d'échelle. Risque que l'augmentation des volumes de diagnostics sur un seul centre entraîne des problèmes de réalisation et validité des résultats, des problèmes de prise en charge de la suite des examens (biopsies, conisations, etc....). • Risque de diminution de la qualité du suivi et de la prise en charge des femmes du fait de la « casse » des circuits médicaux et de prise en charge existants.
Sages-femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de baisse de la couverture du dépistage lié au risque de non-adhésion des professionnels

		<ul style="list-style-type: none"> Risque d'impact négatif sur les autres prises en charge hors CCU si le système mis en place aboutie à la désertification de certaines spécialités telles que les pathologistes.
	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'accroissement des inégalités territoriales et de diminution de la qualité du dépistage et de la couverture s'il n'existe pas de lignes directrices nationales permettant de circonscrire les éventuelles dérives régionales.
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Risque de mise en péril de la pérennité de certaines professions sur certains territoires (notamment ACP) et par conséquent risque de diminution de la qualité des prises en charge et accroissement des inégalités territoriales. Risque de non-amélioration de la qualité du dépistage : Le principe de quasi-exclusivité associé à un appel d'offres donne toute puissance à une structure, et met de côté toute une partie de la profession, sans pour autant garantir l'amélioration de la qualité
	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Risque lié au renforcement des prérogatives des CRCDC qui ne disposeraient pas des moyens suffisants pour cela Questionnement lié à la pertinence de la mise en place d'un appel d'offres dans un contexte de regroupement des laboratoires et de mise en place de nombreuses normes qualité
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> Risque de renforcer les inégalités territoriales, notamment dans les territoires très pauvres en offres de soins.
Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> Risque en matière d'équité territoriale : il convient de s'assurer que les structures régionales sont prêtes, dotées et structurées en interne pour porter cette organisation.
Pharmaciens	Conseil national de l'ordre des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> Risque que l'harmonisation de l'organisation des pratiques à l'échelle régionale mette en difficulté les acteurs présents aux limites des régions et qui peuvent rayonner sur les deux régions

Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Risque en matière de « continuité de service » : ne répond pas à la question des modalités d'entraide entre régions en cas de défaillance d'une région (la régionalisation renforcée ne permet pas l'entraide, du fait d'organisations trop différentes d'une région à l'autre) • Scénario qui ne règle pas la question de la répartition des rôles des ARS, CRCDC... (nécessité de disposer d'un CDC national qui cadre l'organisation régionale et notamment le rôle, la place du CRCDC à chacune des étapes du DO)
	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de nombreux blocages pouvant impacter négativement la qualité du dépistage : réticence de la diversification des préleveurs par les acteurs actuels, pour les biologistes/pathologistes : probable levée de boucliers à mettre en place un marché unique alors que beaucoup ont déjà fait évoluer leurs pratiques pour répondre au cahier des charges
CRCDC	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Perte des lignes directrices nationales et d'homogénéité entre les régions • Articulation difficile avec les LBM et cabinets d'ACP interrégionaux • Scénario imposant une redéfinition des rôles des différents acteurs institutionnels et professionnels • Scénario comportant une incertitude sur la capacité des structures régionales à négocier les appels d'offres
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de difficultés pour conventionner avec les biologistes et ACP
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de donner un rôle aux CRCDC qu'ils ne sont pas dimensionnés pour prendre • Risque de mettre en péril certaines professions utiles au-delà du DOCCU telles que les ACP
	CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte de chance pour les patientes, en cas de dysfonctionnement dans l'appel d'offres, arrêt du marché, les femmes ne pourront plus se faire dépister • Risque de rejet des professionnels actuellement mobilisés (sentiment d'être mis sous tutelle : plus le choix de leurs correspondants biologistes/pathologiste, perte de revenus considérable...) • Risque de désorganisation des CRCDC : charge de travail importante pour la mise en place et le suivi des appels d'offres. Les CRCDC ne sont pas dimensionnés de la même manière sur les fonctions administratives. Risque juridique important avec les concurrents non retenus, avec les bénéficiaires et les professionnels de santé en cas d'arrêt du programme.

	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Nombreux risques liés à la capacité à faire des CRCDC : choix d'un marché unique régional difficile à mettre en place avec conflits d'intérêts locaux probables, pas de compétence des CRCDC pour construire des appels d'offres pour le choix d'un marché unique de kits de prélèvements avec le risque d'animosité de la part des professionnels de santé et blocage du système. • Le CRCDC doit servir d'appui aux professionnels de santé, d'améliorer sa formation et faciliter la pratique, mais ne doit pas faire de choix d'un système économique qui mettrait en difficulté des structures médicales.
	CRCDC Hauts de France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de bloquer les négociations en cours pour les signatures de conventions avec les ACP et laboratoires
	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte du lien avec les spécialistes • Risque d'opposition des laboratoires non agréés avec difficultés des retours d'information des dépistages spontanés
	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de faillite pour les petites structures ACP • Risque que la structure d'analyse détienne un poids très important et devienne moins « coopérative » avec les préleveurs.
Acteurs n'ayant pas identifié d'inconvénients supplémentaires		<p>CRCDC Corse CRCDC Guadeloupe CRCDC Occitanie CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes CRCDC Normandie</p>

Faisabilité & acceptabilité

Faisabilité :

- scénario approfondissant la situation actuelle (pas de rupture mettant en risque le bon fonctionnement du PN DOCCU) ;
- dépend fortement du degré d'acceptabilité par les professionnels actuellement impliqués dans le dépistage.

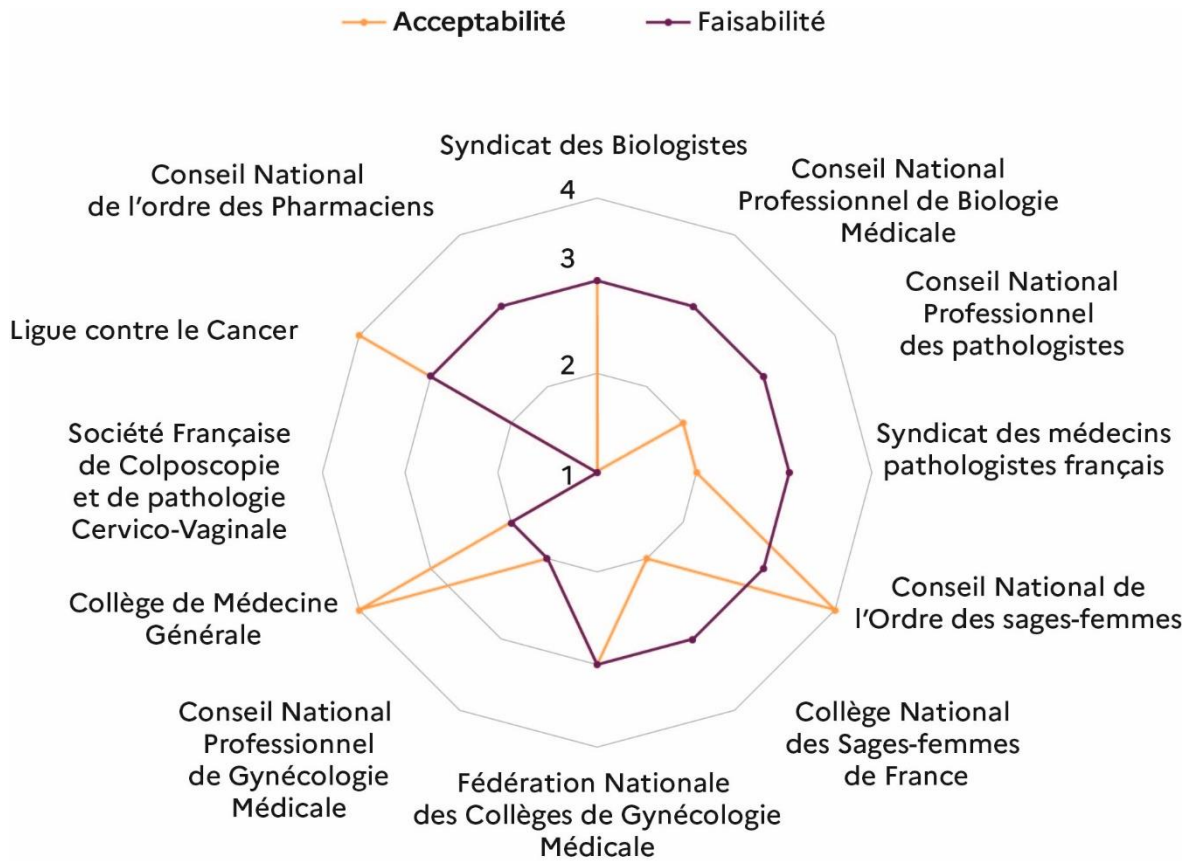


Figure 3. Position des acteurs interrogés sur le scénario régionalisation renforcée

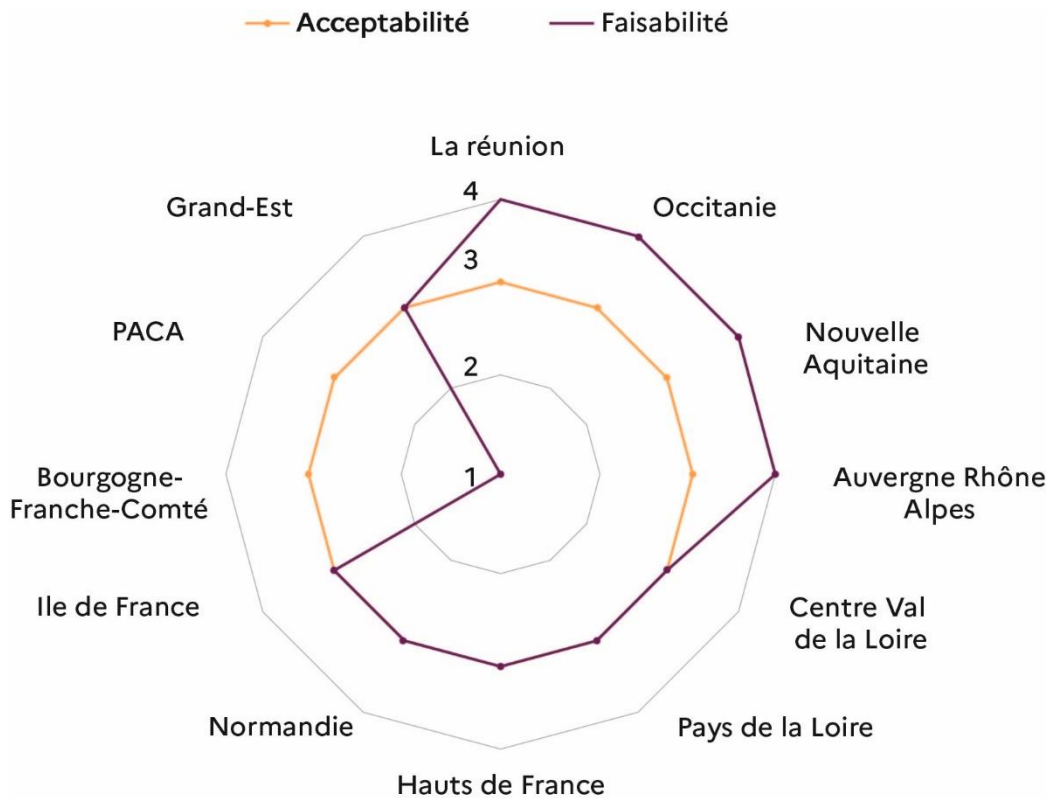


Figure 4. Position des CRCDC sur le scénario régionalisation renforcée

Coûts & gains

Différentiel de coûts de production (perspective collective vie entière)	Gains en termes de santé publique
<p>La concentration, la mise en concurrence et la mise en œuvre de marchés publics régionalisés pour la réalisation des analyses et pour les achats de consommables sont des facteurs générateurs de réduction des coûts collectifs, mais à un niveau moindre que le scénario DO-2 (centralisation nationale).</p> <p>Le développement, l'adaptation et l'intégration d'un système d'information national ou régional, la mise en place d'un dispositif national d'assurance qualité régional sont des éléments augmentant les coûts de production au niveau collectif.</p> <p>Les coûts de formation, de communication augmentent les coûts collectifs à court terme de manière similaire, quels que soient les scénarios envisagés.</p> <p>Ces mesures peuvent contribuer à une meilleure participation des femmes et une meilleure qualité des examens et du suivi réalisé et donc à une réduction à terme des coûts liés aux cancers.</p>	<p>L'objectif visé est d'augmenter la participation des femmes par une amélioration de l'offre, une amélioration de la qualité du dépistage et du suivi.</p> <p>Ces éléments devraient réduire la morbi-mortalité du CCU et améliorer la qualité de vie des femmes concernées à long terme.</p>

Alternatives proposées

Alternatives proposées par les acteurs		
CRCDC	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Solution Iso-organisation
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration dans le cursus de formation initiale et continue des PS de modules prévention et dépistages organisés
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> • Solution 1 iso-organisation
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Solution 1 iso-organisation
	CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> • Hybride iso-organisation et régionalisation renforcée.
Acteurs n'ayant pas identifié d'alternative	<p>Syndicat des biologistes Conseil national professionnel de biologie médicale Conseil national professionnel des pathologistes Syndicat des médecins pathologistes français Conseil national de l'ordre des sages-femmes Collège national des sages-femmes de France Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales Collège de médecine générale Conseil national de l'ordre des pharmaciens Ligue contre le cancer CRCDC La Réunion CRCDC Corse</p>	

	CRCDC Guadeloupe CRCDC Centre-Val de Loire CRCDC Occitanie CRCDC Hauts de France CRCDC Normandie CRCDC Île-de-France CRCDC Grand Est
--	--

Analyse approfondie des retours sur les options structurelles

Scénario à iso-organisation

Il est souligné par l'ensemble des acteurs que les évolutions proposées dans ce scénario seraient également applicables dans les deux autres options, centralisation ou régionalisation renforcées.

Point de vue des représentants des professionnels, de la DNS et de la ligue contre le cancer

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général de cette option structurelle par les représentants des professionnels de santé et de la ligue est synthétisé dans la figure suivante :

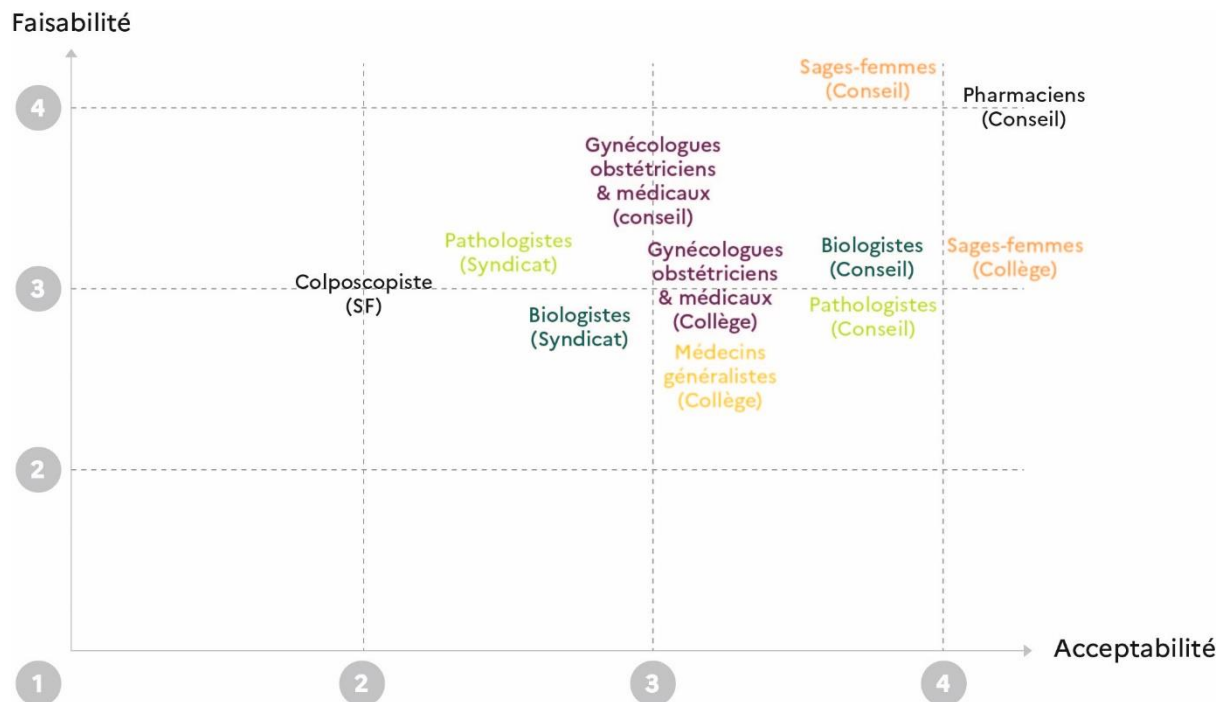


Figure 5. Positionnement des acteurs en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario iso-organisation

Proche de la situation actuelle, ce scénario est jugé faisable par l'ensemble des acteurs. On constate également que d'un point de vue global ce scénario est celui qui est considéré comme le plus acceptable par la majorité d'entre eux à l'exception de la société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales qui est de son

côté défavorable à ce scénario. Elle considère, en effet, que les recommandations présentées ne permettraient pas d'améliorer de la qualité du dépistage, notamment concernant le contrôle des pratiques professionnelles.

Si on analyse cette fois les retours plus en détail, on constate que certains ajustements sont souhaitables pour plusieurs propositions d'évolution de ce scénario d'après les professionnels. Le Conseil national des sages-femmes de France et le Conseil national professionnel de biologie médicale estiment notamment que certaines modalités décrites ici gagneraient à être centralisées.

- Diversification des canaux d'invitation

La diversification des canaux d'invitation (SMS, mails, etc.) ne fait pas l'unanimité au sein des acteurs interrogés. Pour certains, ces nouvelles modalités n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et devraient être expérimentées avant généralisation. A contrario, d'autres estiment qu'il ne faut pas attendre pour miser sur ce type de stratégies et s'appuyer sur le numérique afin de faire augmenter les taux de participation en capitalisant sur les réussites enregistrées dans le contexte de la crise Covid. Le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale estime quant à lui qu'il est plus sûr de conserver une invitation par courrier et d'utiliser ces nouveaux canaux uniquement pour les relances.

Le Collège de la médecine générale propose par ailleurs une stratégie centrée sur le médecin traitant (MT). En effet, il indique que le MT est à 98 % un médecin généraliste et que chaque MT dispose d'une liste de patients mise à jour chaque jour et disponible sur Ameli Pro. Le Collège de la médecine générale estime qu'adresser de manière automatisée la liste des femmes qui ont ou non réalisé un dépistage du cancer du col parmi leur patientèle serait une opportunité intéressante pour faire augmenter la participation. Il s'agit par ailleurs d'une possibilité en place dans le cadre de la vaccination anti-Covid 19 depuis juillet 2021.

Concernant spécifiquement l'invitation, la DNS considère que le plus simple serait un traitement national de la gestion des invitations par l'INCa, avec réception et envoi des invitations. Confier cette tâche aux CRCDC reste néanmoins compatible avec le SI national si les CRCDC ont la possibilité d'interroger la base de données.

La Délégation du numérique en santé estime qu'il est nécessaire de travailler avec la Cnam sur l'articulation avec Mon espace santé, qui pourra être un outil incontournable en matière de dépistage : recours à la messagerie sécurisée usager pour disposer d'un nouveau canal d'invitation, création d'un service référencé au store de l'Espace numérique de santé pour créer une plateforme de commande des APV...

- Diversification des préleveurs et élargissement des compétences pour certaines professions

Les avis sont également partagés à ce sujet parmi les acteurs interrogés.

Concernant les prélèvements cervico-utérins (PCU), les représentants des professions ciblées par un élargissement de leurs compétences en matière de PCU sont favorables à ces évolutions. Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens et le Conseil national

professionnel de biologie médicale sont notamment très favorables à l'inclusion des biologistes médicaux pharmaciens parmi les préleveurs potentiels. Le Conseil national professionnel de biologie médicale estime par ailleurs qu'il faudrait renforcer l'accès direct au biologiste pour la réalisation du dépistage avec notamment la possibilité de rembourser cet acte même lorsqu'il n'est pas prescrit.

Il est à souligner que les représentants des biologistes médicaux (Conseil national professionnel et Syndicat des biologistes) vont plus loin dans leurs propositions pour augmenter l'offre de prélèvement. Ils jugent que le sujet de l'examen cytologique réflexe ne doit pas être un point bloquant et qu'il serait nécessaire de communiquer auprès du grand public sur la possibilité de réaliser un dépistage uniquement sur un prélèvement vaginal. Ils estiment qu'il serait moins coûteux de reconvoquer les femmes pour un examen cytologique que de traiter les cas de cancer dus à l'échappement au dépistage. Selon eux, la prévention génère forcément des économies par rapport aux traitements. Il est néanmoins important de souligner que cette stratégie n'est à ce jour par recommandée par la HAS.

Par ailleurs, les représentants des ACP soulignent de leur côté qu'en tant que médecins, ils peuvent également réaliser ces prélèvements. Ainsi d'après eux, il serait pertinent de les inclure dans la diversification des préleveurs. Toutefois, il est à noter que cette évolution de pratique nécessiterait des aménagements, car, pour l'heure, les cabinets d'ACP ne reçoivent pas en routine des patients pour des prélèvements à la différence des LBM.

Si le Collège de médecine générale s'avère réservé concernant la diversification, car il estime notamment qu'augmenter le nombre de professionnels en mesure de réaliser le dépistage ne ferait pas augmenter le nombre de femmes volontaires pour le réaliser, le Conseil national de l'ordre de sages-femmes, le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale et la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale y sont quant à eux défavorables. Ils estiment que décorrélérer l'acte de prélèvement pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) de la consultation gynécologique complète est un non-sens. Par ailleurs, ils estiment que la pose d'un spéculum n'est pas un acte anodin et qu'il y a donc un risque à diversifier et ouvrir l'acte à des professionnels qui ne soient pas formés à l'examen gynécologique.

Le Conseil national de l'ordre des sages-femmes précise que les sages-femmes sont aujourd'hui totalement impliquées dans le dépistage du CCU, mais qu'il existe une réelle méconnaissance de la population sur les compétences des sages-femmes en matière de prévention. Il y a d'après lui une vraie opportunité à faire connaître cette compétence des sages-femmes pour faire augmenter les taux de participation. Le collège national des sages-femmes de France partage cette position et précise par ailleurs que les sages-femmes sont bien ancrées sur les territoires au plus près des femmes y compris dans des zones où la démographie médicale est faible. Les gynécologues prenant en charge la pathologie indiquent se trouver au premier plan concernant le suivi de la femme en bonne santé.

De son côté la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale ainsi que Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale

estiment quant à eux que les gynécologues doivent rester l'un des principaux acteurs du dépistage du CCU.

Concernant la colposcopie, on observe là aussi que les représentants des professions ciblées par un élargissement de leurs compétences y sont favorables. Mais uniquement sous réserve d'une évolution de leur formation initiale (Conseil national de l'ordre des sages-femmes) ou dans le cadre de la formation continue (Collège de la médecine générale, Collège national des sages-femmes de France). Le Collège de la médecine générale évoque par ailleurs un intérêt marqué de la jeune génération de médecins pour s'investir sur cette thématique.

Les représentants des autres professions sont quant à eux réservés ou opposés à ces évolutions. La Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale souhaite que la colposcopie ne puisse être réalisée que par les médecins généralistes formés à la gynécologie et par les gynécologues, car cela relève de la pathologie qui n'entre pas dans le champ de compétences des sages-femmes. Le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale et la Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales estiment quant à eux que l'acte de colposcopie doit être réservé aux seuls gynécologues. La Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales précise que la formation initiale des autres professionnels n'est aujourd'hui d'après elle pas du tout adaptée ni sur le plan théorique ni sur le plan de la pratique. Elle alerte sur le fait qu'il est nécessaire d'être très vigilant à l'extrapolation de situations rencontrées à l'étranger comme en Angleterre, où les colposcopies sont réalisées dans des structures encadrées avec ouverture de la réalisation de la colposcopie à d'autres professionnels qu'aux seuls gynécologues. Ceci ne peut d'après elle pas s'appliquer tel quel à la situation française.

Concernant ces aspects, le Conseil national professionnel des pathologistes, le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale et la Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales estiment que plus que diversifier, il serait nécessaire de rendre attractive la réalisation de ces actes pour les professionnels pouvant d'ores et déjà les réaliser. En effet, pour la Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales, l'acte de colposcopie nécessiterait d'être valorisé. Ils précisent que si l'on souhaite que les professionnels se forment, cela doit passer par une revalorisation de l'acte, qui est aujourd'hui sous-évalué, voire « déficitaire », dans certains cas d'après eux.

La Ligue contre le cancer estime quant à elle que les évolutions proposées pour les préleveurs et la colposcopie permettent de répondre aux problèmes de ressources humaines actuellement rencontrés et bloquants pour prendre en charge et suivre plus de femmes. Ouvrir l'acte de colposcopie afin de le généraliser en formant plus de professionnels pour ne plus retarder les prises en charge des femmes qui en ont besoin est indispensable. Elle recommande d'ouvrir aux sages-femmes et médecins généralistes puisque comme pour l'échographie, il s'agit d'un acte « naturel » pour ces professions d'après elle. Comme pour les autres acteurs interrogés, elle indique que le problème actuel pour les sages-femmes est relatif au fait qu'elles doivent s'occuper des sujets considérés comme non pathologiques. La colposcopie se trouve d'après elle

à la frontière du pathologique et nécessitera des évolutions réglementaires concernant cette profession.

Elle indique par ailleurs que l'augmentation du nombre d'interlocuteurs potentiels peut avoir un impact négatif sur la qualité et la cohérence d'ensemble du DOCCU, constat partagé par le Collège national des sages-femmes de France.

- Formation/information des professionnels

Les avis sont là encore partagés selon les acteurs. Les représentants des professionnels rappellent que la formation professionnelle continue est déjà une obligation, mais qu'il n'existe aucune sanction aujourd'hui si cette obligation n'est pas respectée.

Plusieurs acteurs estiment que la sensibilisation des professionnels sur le programme et sur le dépistage (organisation du PN DOCCU, bonnes pratiques cliniques pour le dépistage, etc.) devrait être renforcée (Conseil national professionnel des pathologistes, Collège de la médecine générale, Syndicat des médecins pathologistes français, Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale).

- Utilisation obligatoire de certains milieux de prélèvement

Les avis sont divisés sur ce point entre représentants des ACP et des LBM.

Les représentants des biologistes médicaux sont défavorables au fait d'imposer certains milieux. D'après eux, les LBM sont accrédités et utilisent donc des milieux validés et compatibles avec une cytologie réflexe.

Les représentants des ACP sont quant à eux favorables à rendre obligatoire l'utilisation de certains milieux et estiment par ailleurs que le PCU sur lame devrait être abandonné.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens ainsi que la Ligue contre le cancer y sont eux aussi favorables tout comme le Collège national des sages-femmes de France qui estiment que tous les professionnels devraient utiliser un même milieu.

- Information des femmes

Concernant l'information des femmes sur le PN DOCCU, un certain nombre d'acteurs estime que le courrier n'est pas suffisant et que des acteurs tels que les pharmaciens et les biologistes médicaux ont également un rôle à jouer concernant la sensibilisation du public. Le Syndicat des biologistes précise par ailleurs que les LBM sont implantés sur tout le territoire et sont amenés à être en contact avec un grand nombre de femmes de la tranche d'âge cible. Il estime donc être un vecteur clé de communication et d'information pour le dépistage auprès de ces dernières.

Le Conseil national professionnel de biologie médicale va plus loin en indiquant qu'un support (plaquette d'information) devrait être mis à disposition des professionnels pour être remis aux femmes lors de l'information délivrée au moment du dépistage. Il est à souligner que la remise du dépliant d'information produit par l'Institut national du cancer lors de la réalisation du PCU est d'ores et déjà recommandée.

Plusieurs acteurs indiquent par ailleurs que d'autres acteurs peuvent être mobilisés comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

La Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale, le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale et le Syndicat des médecins pathologistes français préconisent quant à eux une information massive du public par des canaux multiples sur ce sujet.

- Le Système d'information répondant au CI-SIS

La majorité des acteurs voient un intérêt à un système d'information interopérable pour la remontée des données du dépistage et cela qu'il s'agisse de résultats de biologie ou d'ACP.

Le Conseil national professionnel des pathologistes estime de son côté que les investissements nécessaires n'ont pas été réalisés pour atteindre cette cible. Par ailleurs, les représentants des biologistes voient quant à eux une réelle opportunité à utiliser le nouvel outil SI-DEP [5] dans le cadre du PN DOCCU.

La Délégation du numérique en santé estime que le sujet majeur en matière numérique pour le dépistage du cancer du col relève de la transmission des résultats. Un modèle centralisé avec un ou deux acteurs apparaît efficient. Il est en effet plus simple de définir un format de données et de simplifier la transmission des résultats avec une organisation de ce type.

Il apparaît essentiel à la DNS de mettre en place un SI de gestion des résultats unique et géré par l'INCa. Ce SI national pourrait prendre la forme d'un entrepôt national des données de dépistage, accessible en consultation par les CRCDC.

À court terme, il apparaît indispensable à la DNS que le CI-SIS de biologie et d'anatomocytopathologie soit pleinement mis en œuvre, notamment par les éditeurs de logiciels.

- Contrôle qualité

Concernant le contrôle qualité, la majorité des parties prenantes est favorable aux propositions faites dans ce scénario.

Le Conseil national professionnel de biologie médicale ainsi que la Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales estiment que ce ne devrait pas être aux structures régionales de mettre en place ce dernier. D'après eux, le contrôle qualité relatif à ces aspects devra être mis en place à l'échelle nationale, car la qualité du dépistage ne peut être gérée d'après eux à l'échelle régionale.

Point de vue des CRCDC

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général du scénario iso-organisation par les CRCDC est synthétisé dans la figure suivante :

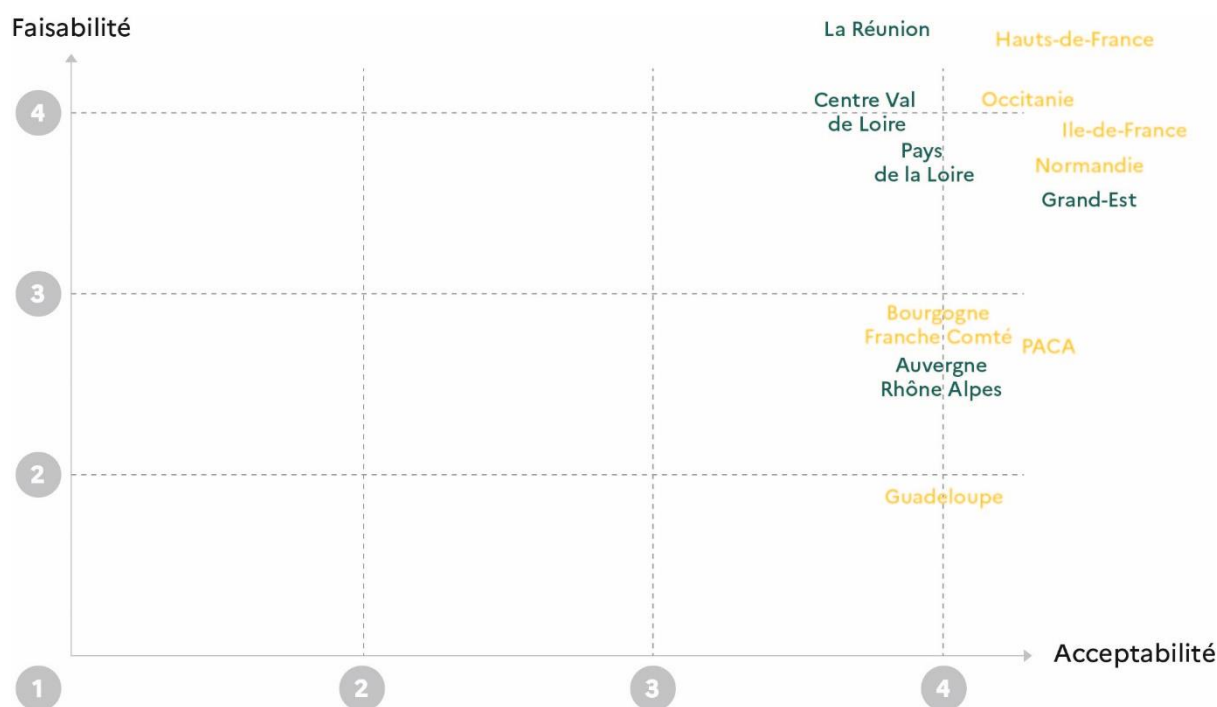


Figure 6 : Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario iso-organisation

Les CRCDC figurant en bleu sur cette figure correspondent aux sites ayant conduit des expérimentations sur l'auto-prélèvement vaginal ou urinaire.

Ce scénario est pour la majorité des CRCDC celui qui est le plus proche de l'organisation actuelle. Étant donné qu'il n'impacte pas la structuration du DO, il est pour tous les CRCDC très acceptable et pour la grande majorité d'entre eux le plus simple à mettre à œuvre.

L'analyse détaillée des retours des CRCDC montre qu'ils estiment globalement que les évolutions proposées vont permettre d'améliorer :

- la procédure d'invitation grâce aux solutions numériques proposées même si, en raison de la fracture numérique, cela ne permettra pas de toucher toutes les femmes ;
- l'offre de prélèvement, tout en soulignant, comme c'est le cas pour les représentants des professionnels, la nécessité de prévoir des évolutions au niveau des formations continues et/ou initiales de certains acteurs ciblés. Concernant la colposcopie, certains d'entre eux sont plus favorables à revaloriser l'acte de colposcopie pour le rendre plus attractif qu'à diversifier les effecteurs.
- La formation des professionnels et l'information des femmes avec l'envoi de courrier à l'ensemble de la population cible.

Les CRCDC sont également favorables à l'utilisation de milieux validés en termes de qualité ainsi qu'à la revue des dossiers en vue de proposer des actions d'amélioration.

Ils identifient par ailleurs certains freins à la mise en œuvre de ces évolutions telles que la réticence des préleveurs actuels et des colposcopistes à élargir la réalisation des PCU et des colposcopies à d'autres acteurs. Par ailleurs, ils estiment qu'il existe un risque à diversifier l'offre de prélèvement si les effecteurs ne sont par la suite pas en mesure d'assurer le suivi des résultats associés. Ainsi, en cas de diversification, le passage par une prescription (par le professionnel susceptible d'assurer le suivi) apparaît indispensable à la plupart des CRCDC.

Les CRCDC pointent également comme un frein les coûts engendrés par ces évolutions (envois de courriers supplémentaires, évolutions des SI, demande d'implication des professionnels sans compensation financière, formation, etc.) pour eux ainsi que pour les autres acteurs du dépistage.

La formation obligatoire des professionnels leur paraît par ailleurs difficile à mettre en œuvre et pourrait d'après eux se révéler être un frein à la bonne mise en œuvre du programme. Ils craignent une forte opposition des professionnels sur ce point et s'interrogent quant à la manière dont cela pourrait être mis en place en pratique. Les CRCDC sont plutôt partisans de mesures incitatives que « sanctionnantes » sur ce point. L'intégration de module dédié à la prévention et aux dépistages organisés dans la formation initiale des professionnels de santé leur semble être une solution intéressante.

Scénario centralisation

Point de vue des représentants des professionnels de santé de la DNS et de la ligue contre le cancer

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général du scénario de centralisation par les représentants des professionnels de santé et de la ligue est synthétisé dans la figure suivante :



Figure 7. Positionnement des acteurs en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario de centralisation

D'un point de vue global, ce scénario n'est pas acceptable pour la majorité des acteurs interrogés à l'exception de la Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales. Pour cette dernière il s'agit du seul scénario pertinent, en particulier, en matière de qualité du dépistage à l'échelle nationale. Ce scénario garantit, d'après elle, le recueil d'un nombre important de données en matière de dépistage du CCU au profit d'une amélioration de la qualité du dépistage à l'échelle nationale. Il permettrait également d'améliorer le respect des recommandations. Elle estime que le degré de faisabilité est bon, mais que le risque de lobbying de certains acteurs constitue une difficulté majeure.

A contrario, le Conseil national professionnel des pathologistes y est quant à lui défavorable, estimant que la centralisation n'est pas adaptée au système de santé français. Il existerait, d'après lui, un vrai risque de pertes de chances dans ce scénario (risque de perte des antécédents, absence de communication entre préleveur et prescripteur, etc.).

Même si la plupart des acteurs jugent ce scénario peu faisable et peu acceptable globalement, on constate qu'une analyse individuelle de chaque composante permet d'identifier certains aspects qui gagneraient à être centralisés.

- Un scénario égalitaire

Le Collège de la médecine générale et le Conseil national de l'ordre des sages-femmes estiment que ce scénario est intéressant en matière d'égalité des chances pour toutes les femmes au niveau national puisqu'il permet d'éviter les disparités régionales. Toutefois, le Conseil national de l'ordre des sages-femmes identifie qu'il existe un risque que la centralisation ne prenne pas suffisamment en compte les inégalités sociales et territoriales de santé. La question de la cohérence avec la loi MaSanté 2022 [6] se pose, puisque cette dernière met en avant l'organisation territoriale du système de santé. D'après le collège de la médecine générale, l'absence d'ancrage local associé à cette proposition d'organisation peut devenir un inconvénient/un frein d'où l'importance de s'appuyer sur les professionnels au niveau infrarégional comme les CPTS.

- Des avis mitigés concernant les appels d'offres

Concernant les appels d'offres pour la réalisation des tests, les avis sont partagés entre analystes et préleveurs.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens ainsi que les représentants des biologistes médicaux estiment que les laboratoires sont soumis à accréditation rendant la qualité équivalente, quelle que soit la structure réalisant l'analyse. De fait, ces derniers sont défavorables à la mise en œuvre d'un appel d'offres, qu'il soit régional ou national.

De plus, pour le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, le fait de procéder par appel d'offres rompt la proximité entre la patiente, le prescripteur et le laboratoire, ce qui nuit à la fluidité du parcours.

À l'inverse pour certains représentants des préleveurs, la centralisation de l'analyse/interprétation des prélèvements présente un intérêt, que ce soit en matière de transmission des résultats ou en matière de respects des recommandations. La Ligue contre le cancer partage ce point de vue et estime que le fait d'avoir un nombre restreint de laboratoires permet de mieux contrôler, de bout en bout, la chaîne de mise à disposition des kits et milieux de prélèvement.

Par ailleurs, la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale ainsi que le Syndicat des médecins pathologistes français alertent sur le fait que la centralisation peut aussi avoir l'effet inverse en dégradant la qualité. D'après ces derniers, l'effet « entonnoir » vers certaines structures fait augmenter les volumes de diagnostic sur un seul centre risquant d'entraîner des problèmes de réalisation, de validité des résultats, mais également des problématiques de prise en charge pour la suite des examens (biopsies, conisations, etc.).

Pour le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale, les laboratoires ont d'ores et déjà tendance à se regrouper et cela fonctionne bien. Il ne serait donc pas nécessaire de passer par des appels d'offres d'après lui.

Enfin, La Ligue contre le cancer précise quant à elle que l'inconvénient de cette centralisation est la dépendance extrême aux appels d'offres et au choix des acteurs.

Les ACP mettent par ailleurs en exergue le fait que la centralisation au niveau national des analyses puisse être freinée par le fait qu'il ne semble pas y avoir à l'heure actuelle de structures en mesure de supporter l'activité nationale en HPV et en cytologie. Il existerait par ailleurs un risque que ces structures doivent sous-traiter à d'autres structures n'ayant pas été retenues par l'appel d'offres ce qui aurait pour corollaire des délais de réponse rallongés, le risque d'erreur (identité, destinataires et correspondants, perte du flacon de milieu liquide) augmenté. Enfin, une centralisation des analyses pourrait conduire à déstabiliser l'ensemble des structures ACP et BM en place qui ne seraient pas retenues (malgré leur accréditation, leur savoir-faire, leur masse salariale...) et pourrait conduire in fine à déstabiliser le dépistage spontané qui restera lui, sous son organisation actuelle (iso-organisation).

- Des aspects de la qualité améliorés par la centralisation

Le Collège de la médecine générale voit un avantage certain en matière de qualité dans la centralisation tout comme le Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Le Syndicat des biologistes médicaux est également en accord sur ce point concernant la qualité. Il indique que la centralisation est nécessaire, mais insiste sur le fait que la multiplicité des acteurs de terrain est fondamentale.

La Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale et le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale estiment quant à eux que la centralisation est intéressante sur le plan statistique et permettrait de disposer de données de qualité sur le DOCCU pour conduire des études sur le sujet.

Le Syndicat des médecins pathologistes français estime quant à lui que l'amélioration de la qualité dans ce scénario n'est que théorique.

- Un consensus sur la centralisation du système d'information

Concernant le système d'information et la transmission de données dans le cadre du programme, la centralisation est largement plébiscitée par la majorité des acteurs. Même si le Conseil national professionnel de biologie médicale estime qu'il n'y est favorable que s'il s'agit d'outils existants tels que SI-DEP.

- Réduction des coûts et efficience

La réduction des coûts et l'efficience de ce scénario semblent également être partagées par beaucoup d'acteurs à l'exception du Syndicat des médecins pathologistes français qui estime que la rationalité économique de la centralisation reste à démontrer.

Point de vue des CRCDC

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général du scénario de centralisation par les CRCDC est synthétisé dans la figure suivante :



Figure 8. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario centralisation

Les CRCDC figurant en bleu sur cette figure correspondent aux sites ayant conduit des expérimentations sur l'auto-prélèvement vaginal ou urinaire.

L'ensemble des CRCDC est très défavorable à ce scénario qu'ils ne jugent ni faisable ni acceptable. Ils estiment que ce dernier est trop en rupture avec l'organisation actuelle du DOCCU, mais aussi avec l'organisation des autres DO. Il est toutefois à souligner que le DOCCR présente un certain niveau de centralisation concernant l'achat et la fourniture des kits.

Si on analyse les retours des CRCDC de manière détaillée, on constate que la centralisation, même si elle permettrait pour la plupart d'entre eux une harmonisation du dispositif et des pratiques au niveau national ainsi qu'une meilleure évaluation du dispositif, occasionnerait une perte du maillage territorial nécessaire à la lutte contre les inégalités de santé.

Par ailleurs, ce scénario imposerait une redéfinition des rôles des acteurs institutionnels, mais également l'abandon de certaines de leurs missions par les CRCDC qui impacterait les ressources humaines de ces derniers.

Pour la majorité des CRCDC, ce scénario présente un intérêt pour les préleveurs par la simplification du dispositif puisqu'il n'y aurait qu'une seule ou un nombre restreint de structure(s) d'analyse. Ils s'accordent sur le fait que cela permettrait de faciliter le recueil des données de résultats, mais également que cela pourrait améliorer la qualité des analyses cytologiques en lien avec la spécialisation de certains laboratoires ACP. Toutefois, ce scénario leur apparaît inacceptable pour les ACP et LBM en raison de la perte d'activité et de revenu générée pour les professionnels qui ne seraient pas retenus. Par ailleurs, ils soulignent également que conventionner avec un nombre restreint de structures d'analyses créerait des monopoles. De fait, il n'y aurait alors pas de levier disponible en cas de problématique ou de dysfonctionnement rencontré avec la ou les structure(s) d'analyse en question.

La majorité des CRCDC estiment que ce scénario permettrait a priori de générer des économies d'échelles, mais que des coûts seront à prévoir pour permettre cette réorganisation (financement du système d'information centralisé notamment). Seul le système d'information centralisé est à conserver dans ce scénario pour la plupart d'entre eux. Régionalisation renforcée.

Point de vue des représentants des professionnels de santé, de la DNS et de la Ligue contre le Cancer

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général de ce scénario de régionalisation renforcée par les représentants des professionnels de santé et de la ligue est synthétisé dans la figure suivante :

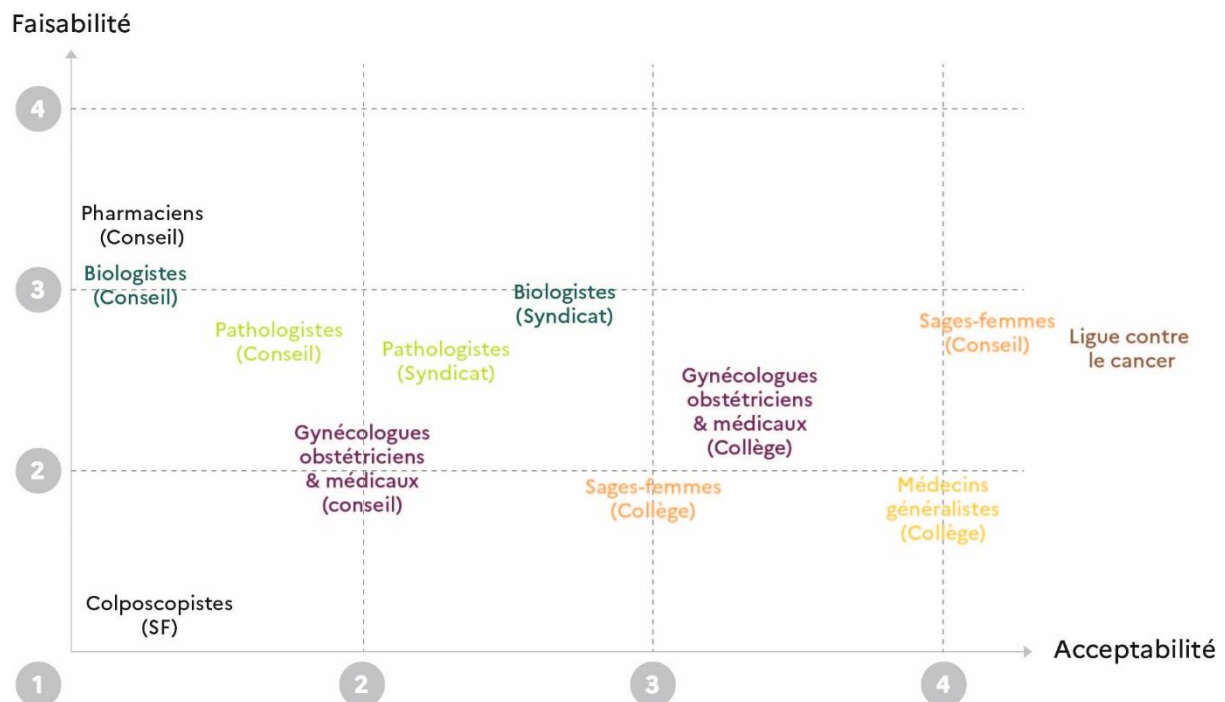


Figure 9. Positionnement des acteurs en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario régionalisation renforcée

En termes d'acceptabilité ce scénario est situé entre l'iso-organisation et la centralisation avec des acteurs très favorables et d'autres, très opposés.

Un certain nombre d'acteurs le juge par ailleurs difficilement faisable, là encore en raison de l'acceptabilité de ces derniers par l'ensemble des professionnels.

En effet, la redéfinition du rôle des acteurs, les appels d'offres et les marchés régionaux risquent de cristalliser beaucoup de crainte de la part de certaines parties prenantes. Comme pour le scénario de centralisation lorsque les retours sont analysés pour chaque composante, on constate que certains aspects de la régionalisation renforcée sont acceptables pour une majorité d'acteurs.

- La régionalisation renforcée : une évolution logique nécessitant un renforcement des compétences des CRCDC

Cette option est jugée théoriquement idéale par le Collège de la médecine générale, mais est d'après lui plus difficile à mettre en œuvre. Il estime que pour sa bonne mise en œuvre, la régionalisation des CRCDC doit tout d'abord être finalisée (en raison notamment d'une structuration et d'une organisation interne des CRCDC jugées inégales selon les territoires).

La Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale indique que ce scénario permettrait une meilleure prise en compte des spécificités régionales en laissant les marges de manœuvre organisationnelles nécessaires aux CRCDC. Par ailleurs, il précise que les CRCDC devront être formés à la constitution et à la gestion des données permettant d'inviter et de suivre les femmes concernées par le dépistage. De plus, elle estime qu'en cas de régionalisation renforcée, il faudrait renforcer les équipes au sein des CRCDC (compétences spécifiques notamment en gestion de données ou gestion d'appels d'offres).

C'est également le scénario qui est favorisé par le Conseil national de l'ordre des sages-femmes qui l'estime le plus en adéquation avec le système de santé français actuel avec une organisation optimale au plus près des besoins de chaque territoire. Toutefois, le risque de mauvaise acceptabilité par les professionnels de santé lui semble non négligeable. Il précise par ailleurs que, d'après lui, cela ne doit pas s'appliquer au système d'information qui doit être centralisé.

La Ligue contre le cancer estime que ce scénario est proche de ce vers quoi on devrait tendre pour les CRCDC tels qu'ils ont été initialement conçus et que cela va dans le « sens de l'histoire ». Il s'agit, pour elle, d'un scénario proche du modèle existant sans rupture totale. En complément, elle estime qu'une structure de coordination nationale encadrant l'organisation régionale et notamment le rôle et la place du CRCDC à chacune des étapes du DO serait nécessaire.

- ... mais non souhaitable pour certains

La Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales, le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale, le Collège national des sages-femmes de France comme le Conseil national professionnel de biologie médicale sont quant à eux fortement défavorables à une régionalisation renforcée et n'identifient aucun avantage. Ce scénario risque, d'après eux, de renforcer les inégalités interrégionales, notamment dans des territoires très pauvres en offres de soins comme la Guyane. Il ne présenterait aucun avantage en termes de qualité pour le DOCCU.

Le Collège national des sages-femmes de France est quant à lui favorable à une organisation bicéphale à la fois centralisée et territorialisée qui est, pour lui, l'assurance d'une certaine unité entre les régions, tout en permettant de conserver une spécificité territoriale. L'existence d'un cadre national reste d'après lui primordiale avec une délégation vers la région. D'après lui les lignes conductrices nationales permettent d'éviter les dérives.

Le Conseil national professionnel de biologie médicale n'est par ailleurs pas favorable à la régionalisation du système pour les LBM qui sont souvent multisites et transrégionaux. Par ailleurs, comme pour l'option centralisation, les structures d'analyse étant accréditées, les appels d'offres ne sont pas nécessaires non plus au niveau régional.

Le Conseil national professionnel des pathologistes, le Syndicat des médecins pathologistes français tout comme le Collège de la médecine générale sont également

opposés aux marchés régionaux indiquant que cela est associé à une perte de liberté du prescripteur vis-à-vis du professionnel qui analyse. Parmi ces acteurs certains soulignent le fait que la centralisation au niveau régional des analyses puisse être freinée par le fait que ces structures doivent sous-traiter à d'autres structures n'ayant pas été retenues par l'appel d'offres ce qui aurait pour corollaire des délais de réponse rallongés, le risque d'erreur (identité, destinataires et correspondants, perte du flacon de milieu liquide) augmenté. Enfin, une centralisation des analyses au niveau régional pourrait conduire à déstabiliser l'ensemble des structures ACP et BM en place qui ne seraient pas retenues (malgré leur accréditation, leur savoir-faire, leur masse salariale...) et pourrait conduire in fine à déstabiliser le dépistage spontané qui restera lui, sous son organisation actuelle (iso-organisation).

Point de vue des CRCDC

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général du scénario de régionalisation renforcée par les CRCDC est synthétisé dans la figure suivante :



Figure 10. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario régionalisation renforcée

Les CRCDC figurant en bleu sur cette figure correspondent aux sites ayant conduit des expérimentations sur l'auto-prélèvement vaginal ou urinaire.

Les CRCDC sont globalement favorables à la régionalisation renforcée même si certains remettent en cause sa faisabilité.

Ils estiment cela concordant avec ce qui est déjà en place avec une plus grande autonomie laissée aux CRCDC dans la mise en œuvre coordonnée des programmes de dépistage.

En analysant de manière détaillée les retours, on constate que, globalement, les CRCDC s'accordent sur le fait que cela permettrait une harmonisation régionale des pratiques même si quelques-uns estiment que l'absence de lignes directrices nationales aurait l'effet inverse. Par ailleurs, le conventionnement avec quelques laboratoires au niveau régional pourrait faciliter le circuit de recueil des résultats et permettrait d'éviter les pratiques hors recommandations même si le choix d'un marché unique régional semble difficile à mettre en place en raison des conflits d'intérêts locaux entre ACP et LBM. La régionalisation renforcée permettrait également d'après eux d'améliorer la formation et le contrôle qualité.

Par ailleurs, les CRCDC jugent difficilement faisable le portage des éventuels appels d'offres régionaux. En effet, certains estiment qu'il existe une incertitude sur la capacité des structures régionales à négocier ces appels d'offres. D'autres estiment que cela n'est pas leur rôle ou encore que les ressources humaines ne sont pas suffisantes pour en effectuer la mise en œuvre et le suivi.

La régionalisation est basée sur l'élargissement des missions des structures régionales. Ainsi, certains CRCDC comme certains représentants des professionnels s'accordent sur le fait que le prérequis serait la montée en compétences des CRCDC (accès aux bases de l'AM, gestion d'appel d'offres, etc.) et une augmentation des moyens financiers et humains qui leur sont alloués. Par ailleurs, un élargissement de leurs missions devrait être inscrit dans l'arrêté encadrant leur fonctionnement.

Point de vue global de l'IARC sur la situation française

En termes de bonnes pratiques (y compris sur le matériel à utiliser) et de politiques publiques, L'IARC estime qu'il est primordial que les « directives » émanent d'une instance nationale. Par ailleurs il précise que la mise en œuvre opérationnelle doit être gérée au niveau local de manière à assurer une articulation fine avec les acteurs locaux, experts du contexte local en mesure de proposer une organisation adaptée aux spécificités locales.

Conclusion

Le scénario iso-organisation a permis d'explorer l'évolution de composantes du dépistage organisé actuel et de proposer des améliorations, ainsi que de dégager les freins et les leviers associés à leur mise en œuvre. La plupart des éléments abordés dans ce scénario pourraient s'intégrer aisément aux scénarios centralisation et régionalisation renforcée.

On constate que le point portant sur la diversification des préleveurs nécessitera une conduite du changement importante si elle doit être mise en œuvre. En effet, élargir l'offre de prélèvement devrait permettre l'augmentation des taux de participation par une amélioration des points d'accès au dépistage pour les femmes.

Toutefois, et si les professionnels concernés par un élargissement de leurs compétences sont favorables et motivés pour s'investir dans ces nouvelles missions, il n'en demeure pas moins que les préleveurs actuels restent défavorables à cette diversification. Le fait est que le dépistage est fortement associé à l'examen gynécologique concernant les préleveurs actuels. Ces derniers estiment qu'ils ne

peuvent être décorrélés. Cela rend donc peu acceptable cette proposition d'évolution par les préleveurs actuels. Un autre élément avancé par les CRCDC même s'il n'est pas évoqué dans les retours des professionnels est la crainte d'une perte d'activité pour ces derniers si certaines femmes trouvaient plus « simple » de se rendre en laboratoire pour réaliser cet examen. En ce qui concerne le geste technique de la pose du spéculum, il est important de souligner que les biologistes médicaux le réalisent déjà pour d'autres examens réalisés en laboratoire et que les infirmières sont habilitées à le faire dans le cadre de protocoles de coopération. Ce point ne paraît donc pas constituer un frein à la diversification. Par ailleurs, en cas de diversification, il est indispensable de veiller au circuit aval et de s'assurer qu'en cas de résultat positif un suivi sera effectué. Il est donc nécessaire de l'encadrer pour les professionnels qui ne sont pas habilités à effectuer le suivi des résultats (IDE, pharmacien, biologiste) notamment par des protocoles de coopération.

Il est également important de souligner qu'une communication large sur les professionnels d'ores et déjà habilités à réaliser le dépistage comme les sages-femmes pourrait permettre de faciliter l'accès au dépistage.

Concernant la colposcopie, diversifier les effecteurs n'est pas une stratégie envisageable d'une part parce que cela s'avèrerait complexe à mettre en œuvre. En effet, la colposcopie/biopsie est un acte spécialisé nécessitant une formation spécifique et une pratique régulière, par ailleurs cela nécessiterait des évolutions réglementaires majeures concernant les sages-femmes dont le champ de compétence porte sur la physiologie. D'autre part, aucun pays étudié dans l'analyse comparative de phase 1 n'a fait ce choix. Ainsi la revalorisation de l'acte de colposcopie afin qu'il soit plus attractif pour les professionnels d'ores et déjà habilités à le réaliser pourrait constituer un levier efficace pour faire augmenter l'offre. Il pourrait également être envisagé qu'un équilibre soit trouvé entre les professionnels de soins primaires et les spécialistes (gynécologues). Ainsi, les premiers réaliseraient le suivi gynécologique « simple » de prévention incluant les dépistages libérant ainsi du temps de spécialistes permettant aux gynécologues d'effectuer les suivis « spécifiques/complexes » ou pathologiques (incluant le dépistage des femmes à risque, les actes de colposcopie et les traitements) comme cela est le cas dans la grande majorité des pays analysés en phase 1.

Un autre levier important pour augmenter l'adhésion des professionnels et améliorer la qualité du programme de dépistage est le renforcement de la formation de ces derniers. On constate comme cela était le cas dans le rapport de phase 1 qu'il existe une forte demande de formation et d'information concernant le dépistage du CCU (recommandations de bonnes pratiques) et le programme. Concernant ce dernier, on relève notamment une incompréhension quant au fait que les femmes réalisant un dépistage de manière spontanée sont également incluses dans le dépistage dit « organisé ». En effet, beaucoup de professionnels considèrent que seules les femmes invitées sont concernées par celui-ci et cela y compris parmi certains représentants interrogés dans le cadre de l'étude. Dès maintenant, un renforcement de l'information des professionnels s'avère indispensable pour une mise en œuvre efficace du programme. Cette information doit être dispensée de manière renforcée par les CRCDC dont c'est l'une des missions principales, mais doit également être assurée par les organisations professionnelles et les sociétés savantes. On pourrait également

imaginer, comme cela est proposé par les CRCDC, d'inclure des modules de prévention dans les formations initiales des professionnels de santé qui intégrerait une partie portant sur les DO. Par ailleurs, les structures nationales telles que l'Institut National du cancer devraient également axer davantage leurs communications vers les professionnels en ce qui concerne les programmes de dépistages.

Concernant l'information des femmes, le courrier d'information proposé dans les scénarios est jugé insuffisant. Des campagnes de communication massives sur le DO CCU auprès du grand public apparaissent indispensables aux professionnels. On peut s'interroger sur ce point puisque la communication concernant le dépistage du cancer du col est basée sur de la communication directe ciblée vers les femmes qui ne participent pas *via* l'envoi des invitations associé aux dépliants d'information. Toutefois, cela pourrait être un levier intéressant concernant la qualité et l'amélioration des pratiques puisque cela permettrait d'informer équitablement toutes les femmes notamment quant aux délais recommandés entre deux dépistages. Par ailleurs, l'implication de tous les professionnels dans des missions d'information semble être un levier important à mettre en œuvre pour promouvoir le programme.

Plus largement, l'IARC souligne que l'éducation à la santé dans sa globalité est un élément clé qu'il faut promouvoir. Il estime que sur ce point certains champs ne sont pas suffisamment investis comme les réseaux sociaux qui sont à son sens encore trop peu utilisés pour communiquer sur ces sujets.

Si l'on s'intéresse maintenant aux options centralisation et régionalisation renforcée, on constate que ces dernières sont relativement clivantes. On observe que les acteurs très favorables à l'une sont très défavorables à l'autre et inversement. Par ailleurs, aucun consensus ne se dégage pour tendre vers l'une ou l'autre de ces dernières.

En effet, l'analyse des retours tend à montrer que les acteurs (représentants des professionnels de santé, de la Ligue contre le Cancer et des CRCDC) sont pour beaucoup d'entre eux favorables à une centralisation partielle de certaines composantes du programme et à une régionalisation renforcée de certaines autres.

Cette position est notamment portée par le Collège de la médecine générale qui indique clairement être favorable à une centralisation partielle qui s'appuierait sur les acteurs locaux. Il propose un échelon centralisé pour l'organisation, l'envoi, la lecture des tests qui s'appuieraient sur un échelon local comme les CPTS pour tout ce qui est mis en œuvre auprès des femmes.

Ce constat est en partie partagé par le Collège national des sages-femmes de France qui estime qu'il faut garder une organisation territoriale pour tenir compte des particularités des régions, mais qu'il faudrait une entité nationale pour en suivre la qualité. Il s'agit également du point de vue porté par l'IARC.

La Ligue contre le cancer estime également de son côté que si une régionalisation renforcée est souhaitable, une structure de coordination nationale encadrant l'organisation régionale des CRCDC à chacune des étapes du DO serait nécessaire.

Concernant les CRCDC, il est vrai que la centralisation impliquerait l'abandon de certaines de leurs missions au profit d'une structure nationale. On peut comprendre les craintes de ces derniers quant aux impacts que cela aurait sur leurs personnels.

Toutefois, il pourrait s'agir d'une nouvelle répartition des missions en conservant les mêmes effectifs. Ce serait l'occasion pour ces derniers de monter en charge sur les actions de sensibilisation et de formation des professionnels qui comme évoqué précédemment font aujourd'hui défaut. Cela leur permettrait également de dégager du temps pour mettre en œuvre plus efficacement une véritable conduite du changement en vue d'harmoniser les pratiques professionnelles, mais également pour effectuer contrôle qualité et retour d'information vers les acteurs du dépistage. Cela pourrait présenter un levier intéressant en matière d'amélioration de la qualité du programme.

Concernant la centralisation de l'analyse des tests, on constate que les représentants d'ACP et des LBM y sont opposés, que celle-ci soit régionale ou nationale. Du point de vue de la qualité des résultats, cette centralisation peut être discutable en raison de la nécessité d'être accrédité pour effectuer des examens de biologie médicale. Il est important de souligner que ce n'est pas le cas en ce qui concerne les examens d'anatomocytopathologie. Par ailleurs, centraliser l'analyse générera des pertes d'activité pour certains acteurs, même si celles-ci pourraient être moindres dans le cas de marchés régionaux. Ce point constitue un frein important à sa mise en œuvre. Il faut toutefois souligner que, d'un point de vue organisationnel pour les préleveurs et les CRCDC, cette centralisation au niveau national ou régional présenterait un intérêt en matière de recueil des résultats et de respects des recommandations, ce qui pourrait améliorer la qualité du dépistage.

Même si on peut en effet supposer que la qualité se trouverait améliorée par la centralisation, il n'y a pas eu d'études conduites pour comparer scientifiquement (en termes d'efficacité, de coût ou d'impact budgétaire) ce type d'organisation avec une organisation où la réalisation des analyses est libre. Il est néanmoins constaté dans l'analyse comparative de phase 1 que la centralisation (nationale ou régionale) des analyses est l'organisation très majoritairement mise en œuvre au plan international.

Il est également important de souligner que la centralisation de l'analyse des tests est l'organisation qui a été choisie pour le programme de dépistage organisé du cancer colorectal français.

Par ailleurs, le référentiel national « cadre et modalités de recours aux APV dans le DOCCU » publié par l'Institut [2] préconise une analyse centralisée des tests HPV réalisé sur APV (centralisation nationale ou régionale). Dans ce contexte, la pertinence de s'appuyer sur des filières d'analyse différentes en fonction du mode de prélèvement pour un même test de dépistage pourrait être questionnée.

Quel que soit le scénario, il est néanmoins préconisé de rester vigilant, et cela, quel que soit le scénario, aux variations d'activité des acteurs du dépistage engendrées par la mise en œuvre de certaines modalités. Ainsi, il serait utile d'évaluer au préalable le degré de dépendance économique de certains acteurs vis-à-vis de l'activité liée au DOCCU.

Par ailleurs, le système d'information centralisé est un élément fédérateur et structurant pour la plupart des acteurs (professionnels comme CRCDC) qui y voient un avantage majeur en matière de qualité et de suivi du programme. Il apparaît indispensable à la DNS que le CI-SIS (notamment sur le compte rendu d'anatomocytopathologie) soit mis en œuvre par l'ensemble des acteurs. Options auto-prélèvements (APV).

6.2.2. Options auto-prélèvements (APV)

EDR, EDI et remise par le PS

Trois modalités de mise en œuvre de l'auto-prélèvement vaginal ont été identifiées. Les différences entre les trois modalités sont de deux ordres :

- différence en termes de cible : femmes non participantes uniquement ou ensemble des femmes ;
- différence en termes de mise à disposition du kit : modalités temporelles différentes (dès l'invitation ou à la relance), modalités de distribution différentes (envoi à domicile, retrait chez un professionnel).

Prérequis

- Aboutissement des discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles
- Mise en œuvre opérationnelle de l'Espace numérique de santé (ENS) ou d'une plateforme de commande des APV
- Mise en conformité des systèmes d'information des différents acteurs impliqués dans le DOCCU, sur le plan de l'interopérabilité (respect du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) pour favoriser le partage et le suivi des résultats des femmes participantes
- Définition des caractéristiques des kits et des milieux à utiliser pour l'APV

	Envoi direct à la relance (EDR)	Envoi direct à l'invitation (EDI)	Remise par le professionnel de santé (associée à EDR ou EDI)
Cible	Modalité alternative au prélèvement cervico-utérin pour les femmes à partir de 30 ans n'ayant pas réalisé de dépistage dans les délais recommandés		Modalité alternative au prélèvement cervico-utérin pour toutes les femmes de plus de 30 ans
Distribution	Envoi direct à la relance par la structure nationale ou régionale de dépistage Commande possible par le professionnel pour la femme via serveur d'éligibilité	Envoi direct dès l'invitation par la structure nationale ou régionale de dépistage Commande possible par le professionnel pour la femme via serveur d'éligibilité	Proposé par le professionnel lors d'une consultation Proposé par la structure régionale ou nationale via l'invitation ou la relance adressée aux non-participantes (commande en ligne, ou demande d'envoi d'un kit par retour de courrier, liste de points de retraits)

			Retrait du dispositif chez des professionnels type pharmacien, LBM, cabinet ACP.
Retours	Envoi postal avec enveloppe pré-timbrée ou liste des points de retrait et/ou dépôt chez un professionnel type pharmacien, LBM, cabinet ACP.		
Type de kit	Encadrés par des marchés régionaux gérés par les structures régionales ou laboratoires régionaux Ou encadré par un marché national géré par une structure nationale ou des laboratoires nationaux		
Analyse	Sélection de laboratoires régionaux ou nationaux dans le cadre de marchés Ou analyse réalisable par l'ensemble des laboratoires en mesure d'analyser les prélèvements à partir des kits choisis dans le cadre du marché passé avec les fournisseurs de kits		
Suivi	Transmission des résultats à la femme, au médecin traitant et/ou au professionnel qui assure le suivi gynécologique de la femme, ainsi qu'à la structure régionale ou nationale de dépistage. Si positif : résultat envoyé à la femme, accompagné d'une invitation à contacter son médecin traitant et/ou au professionnel qui assure son suivi gynécologique en vue d'une information sur ce résultat et sur la conduite à tenir.		

Avantages

Avantages transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> • Réponse à une attente de certaines femmes qui acceptent mal le prélèvement • Réponse pour certaines femmes éloignées du système de santé • Augmentation de la participation • Avantage économique potentiel : amélioration de l'efficacité 		
Avantages identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'amélioration de la couverture du dépistage des femmes • Permet d'apporter une réponse à la baisse du nombre de préleveurs et donc de maintenir, voire augmenter la couverture du dépistage
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'amélioration de la couverture du dépistage des femmes non participantes (si l'APV est focalisé sur cette population uniquement) • Permet la réintroduction de la femme dans une prise en charge gynécologique et/ou médicale plus globale
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'amélioration de la couverture du dépistage des femmes non participantes (si l'APV est focalisé sur cette population uniquement)
Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Permet la réintroduction des femmes dans une prise en charge et un suivi global. Pour ce faire, les professionnels devraient pouvoir réaliser une consultation d'information à la remise du kit, pour engager cette démarche de réintroduction des femmes dans le système de soins.

		<ul style="list-style-type: none"> • L'APV n'est pas une mesure de « confort » que des femmes privilégieraient à une consultation chez un professionnel de santé. • EDI : Permet l'amélioration de la participation et de la couverture du dépistage. Le fait de récupérer le kit auprès d'un professionnel plutôt que de le recevoir directement dans sa boîte aux lettres est une démarche positive qui assure une bonne compréhension de la femme des enjeux associés au dépistage
	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> • Permet la réintroduction des femmes dans une prise en charge et un suivi global (quelle que soit la modalité d'APV proposée) • Permet d'apporter une réponse aux femmes victimes de violences gynécologiques et sexuelles ne souhaitant pas recourir à des examens « traditionnels » • Permet l'amélioration de la couverture du dépistage
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'apporter une réponse adaptée aux femmes vivant dans des déserts médicaux et rencontrant des difficultés à se faire dépister • Permet le rattrapage de certaines catégories de population ne se faisant pas ou insuffisamment dépister
	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Outil particulièrement bien adapté aux territoires très isolés comme les campagnes, afin de dépister les femmes y vivant • Permet l'amélioration de la participation et de la couverture du dépistage. • EDR et EDI : par l'envoi d'un kit par La Poste et la remise par un professionnel permet d'utiliser l'APV de la manière la plus efficiente possible
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'amélioration de la couverture du dépistage des femmes non participantes (si l'APV est focalisé sur cette population uniquement)
Pharmaciens	Conseil national de l'ordre des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> • Remise d'un kit par un professionnel permettant par ailleurs de sensibiliser les publics cibles aux IST (vaccination HPV notamment) •
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'apporter une réponse à la baisse du nombre de préleveurs et donc de maintenir voir augmenter la couverture du dépistage • EDR/EDI + PS : Permet de remettre les femmes dans un circuit de prise en charge en contribuant à les fidéliser et à les rassurer

CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patientes : APV beaucoup plus accessible qu'une consultation avec un PS, moins de freins à participer (peut convaincre les femmes réfractaires au frottis, test réalisé sans l'intervention d'un tiers, facile, rapide.). • Pour les préleveurs : outil pour convaincre les patientes réfractaires à participer. • Pour les CRCDC : augmentation des taux de participation. • Dans la lutte contre les inégalités : APV beaucoup plus accessible pour une population éloignée du système de soin • EDI : Permet de toucher les femmes directement à domicile (plus confortable pour certaines femmes) • EDR/EDI + PS : Peut permettre de toucher les femmes réfractaires au frottis (retrait d'un frein et acceptabilité du test) — potentielle augmentation des taux de participation de la population et proposition permettant de toucher des femmes éloignées du monde médical.
	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse à une attente de certaines femmes qui acceptent mal le prélèvement • Réponse pour certaines femmes éloignées du système de santé • Avantage économique potentiel : amélioration de l'efficacité avec une augmentation du taux de participation • Permet d'alléger le suivi des femmes avec APV négatif
	CRCDC Guadeloupe	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'avantages supplémentaires identifiés
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait être une alternative pour les femmes éloignées du système de santé et inégalités sociales • EDR : Augmentation probable de la participation des femmes à la relance • EDR/EDI + PS : Élargissement du panel de femmes à qui cela pourrait être proposé dès la consultation en alternative au PCU
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente la participation des femmes qui refusent l'examen gynécologique ou isolées • Suivi allégé des femmes négatives • EDR/EDI + PS : Permet de garder le lien avec un professionnel
	CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patientes, accès simplifié à un dépistage qu'elles ne réalisent pas ou pas assez régulièrement, réduction potentielle des délais pour obtenir un RDV afin de réaliser le prélèvement, souplesse organisationnelle, permet de lever un frein pour les femmes ayant des réticences vis-à-vis de l'examen gynécologique, autonomisation des femmes

		<ul style="list-style-type: none"> • Pour les professionnels préleveurs, possibilité d'une modalité alternative au prélèvement cervico-utérin si la patiente ne veut/peut se faire examiner, possibilité de recentrer son activité sur le suivi des positifs (colposcopie) et de ne pas forcément associer consultation de suivi gynécologique avec le prélèvement cervico-utérin • Pour les biologistes et pathologistes, nouvelle activité • Pour les CRCDC, augmentation de la participation au dépistage • Dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales : réduction des inégalités pour les femmes éloignées du soin (aller vers) et pour celles ayant des difficultés à accéder à un suivi gynécologique • EDR : l'envoi à la relance permet de laisser le temps à la femme de consulter
	CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patientes : Pas besoin de se déplacer chez un professionnel ni de « subir » un examen gynécologique. • Sur les territoires où l'offre en préleveurs est faible, permet de faciliter l'accès. • Pour les CRCDC : Moyen de faire rentrer des femmes dans le dépistage et de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. • EDR : L'envoi à la relance, ou la délivrance par le professionnel permet de cibler des femmes qui n'auraient pas participé au dépistage « conventionnel »
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Demande importante des femmes et professionnels de santé dans des cas particuliers (handicap physique, mental, vaginisme, culturel, pudeur..) • Réponse à une diminution d'accès aux soins par éloignement géographique et désertification médicale. • Augmentation du taux de participation pour le dépistage par une meilleure acceptabilité pratique • Même efficacité de dépistage qu'un prélèvement par un professionnel de santé, adapté au dépistage de masse. • EDR : Accès facilité pour les femmes avec un contrôle du coût économique, car réservé aux femmes réticentes au prélèvement classique. Peu de compétitivité avec le scénario classique du suivi des recommandations d'un prélèvement régulier tous les 3 ou 5 ans selon l'âge. • Rattrapage de femmes réticentes ou éloignées de l'accès aux soins et donc meilleur taux de participation global.

		<ul style="list-style-type: none"> • EDI : Attente forte de femmes réticentes aux prélèvements classiques par professionnels de santé ou éloignées de l'accès aux soins. Attente des professionnels de santé lorsque le prélèvement est impossible. • Taux de participation augmenté et dépistage plus rapide si dès l'invitation, régularité du dépistage • EDR/EDI + PS : Harmonisation de l'offre de dépistage à toutes les femmes. • Circuit simplifié et plus rapide.
	CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> • Accès au DOCCU des femmes sans suivi gynécologique habituel • EDR : Permet de conserver un accès clinique en première intention • EDR/EDI+PS : Permet de garder un lien avec le clinicien
	CRCDC Hauts-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Gain de participation attendu pour les femmes éloignées du système de santé • Permet de lever certains freins liés au prélèvement ou à la consultation médicale • EDI : Simplification de la démarche pour les femmes qui sont très éloignées du système de santé • EDR/EDI+PS : Organisation qui permet de répondre à une demande et donc d'éviter le gâchis et le coût afférent
	CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins pour les femmes qui en sont éloignées. • EDR/EDI+PS : Permet de rattraper les femmes qui refusent l'examen clinique.
	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Accepté par des femmes réticentes, refusant les prélèvements par PS ou éloignées du système de santé • Augmentation des taux de dépistage • EDR/EDI+PS : Réponse pour les femmes ne faisant aucun dépistage et n'ayant pas de suivi. • Réponse pour les femmes opposées au prélèvement par PS
	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> • Permet l'augmentation de la couverture du dépistage : l'APV permet d'éviter le frein lié à l'examen gynécologique et le rejet de l'image du corps. • Permet un gain de temps et d'argent pour toutes celles à l'aise avec le dépistage. • Pour les médecins généralistes, possibilité de rester l'interlocuteur privilégié pour tous les dépistages sans avoir à réaliser d'examen gynécologique et d'empiéter sur le terrain intime. • Permet la lutte contre les inégalités : possibilité de faire le test à domicile permet l'absence de problème de garde d'enfants, pas de rendez-vous à respecter, discussion avec d'autres pour s'encourager mutuellement

		<ul style="list-style-type: none"> • EDR : Permet de cibler les femmes non participantes et permet pour la majorité des femmes de garder un lien fort avec l'habituel préleveur, dans ce cas le triage cytologique est possible. • Pour les non-participantes, l'APV permet de lever les freins liés à l'examen gynécologique et au manque de temps de la patiente ou du professionnel de santé qui ne prendrait pas de nouvelles patientes.
Acteurs n'ayant pas identifié d'avantages supplémentaires		Syndicat des biologistes Médecins généralistes
Non répondant		CRCDC Corse

Inconvénients

Inconvénients transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-augmentation de la couverture du dépistage • Risques de surcoûts du dépistage sans bénéfices avérés • Perte d'activité pour certaines catégories de professionnels si modalités ouvertes à l'ensemble des femmes de plus de 30 ans 		
Inconvénients identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-amélioration du taux de couverture et de la qualité du dépistage
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-amélioration de la qualité du dépistage. Taux de couverture en augmentation potentielle, mais risque d'augmentation du nombre de prélèvements paucicellulaires et ininterprétables.
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque en matière de prise en charge gynécologique globale des femmes (risque de diminution de la qualité et de la couverture des prises en charge) • Risque de non prise en charge des femmes testées positives (perdue de vue à l'issue de l'APV et ne réalisant pas de cytologie réflexe) et risque de perte de chance pour ces femmes
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> • Risque en matière de prise en charge gynécologique globale des femmes (risque de diminution du suivi gynécologique des femmes qui consultent régulièrement leur médecin pour cette question précise et altération du suivi des patientes dépistées positives) • Risque de non-réintroduction dans le système de soins et dans une prise en charge plus globale

Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun modèle ne permet de dire si l'APV permet aux femmes de se réinscrire dans un parcours de santé durable et stable. • Risque limité de diminution de la qualité du suivi gynécologique global (systématiser l'APV en lieu et place d'un suivi gynécologique global notamment pour les classes d'âges les plus élevées) • EDR : Risque de surcoûts du dépistage (nombreux kits envoyés à domicile et non utilisés) et de non-augmentation de la couverture • EDI : Risque de réponse inadaptée aux inégalités sociales et inégalités territoriales de santé : la commande en ligne n'est pas accessible à toutes les femmes éloignées du système de santé. Elles doivent pouvoir aller chercher un kit dans les pharmacies, disposer d'un lieu pour réaliser le test (notamment pour femmes SDF, ou vivant dans des espaces communautaires, dans lesquels l'intimité est difficile...). • EDR/EDI+PS : Risque de non-amélioration de la couverture du dépistage. L'APV pratiqué par un professionnel n'apportant pas de réponse aux femmes non participantes, car n'ayant pas de suivi gynécologique ou médical global
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégradation du suivi gynécologique global : la consultation gynécologique ne se résume pas à pratiquer un test HPV. Risque de retards diagnostics importants pour d'autres pathologies et cancers gynécologiques (seins et ovaires notamment). • Risque de désengagement d'une partie des professionnels du dépistage du fait de l'impact sur leur activité • Risque d'augmentation des coûts sans bénéfices avérés
	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'augmentation du nombre de pertues de vue • Risque de non-réintroduction dans le système de soins et dans une prise en charge plus globale
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du risque de pertues de vue pour les patientes positives (ne vont pas pratiquer la cytologie réflexe et ne peuvent pas se reposer sur un professionnel de confiance pour les accompagner) • Risque d'effondrement du suivi gynécologique : risque de santé publique important

Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'absence d'amélioration significative de la couverture du dépistage
Pharmaciens	Conseil national de l'ordre des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> • Risque associé à la communication auprès des professionnels, qui se devra être très pédagogique • Risque associé à la logistique à mettre en place au niveau des officines pour le stockage/recueil des prélèvements • EDR/EDI+PS : difficultés d'informer la patiente sur la démarche à suivre pour réaliser un APV au comptoir d'une pharmacie
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-augmentation de la prise en charge gynécologique et du suivi médical global des femmes non participantes • Risque relatif à la gestion de stocks (et aux surcoûts associés). De nombreux kits envoyés à domicile ne seront pas utilisés ou utilisés trop tard (au-delà de la période de validité)/de nombreux kits disponibles chez des professionnels pourraient se périmérer rapidement sans avoir été utilisés.
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-amélioration du taux de couverture du dépistage : possibles incompréhensions du fonctionnement du dispositif par les patientes. • Risque de baisse de la qualité du suivi en raison de possibles dysfonctionnements dans la transmission des résultats au médecin référent avec non-connaissance des dépistages réalisés. • Risque de perte de revenus pour les biologistes/pathologistes. • Risque de non-atteinte des cibles dans la lutte contre les inégalités : une population précaire peut se sentir démunie face à ce test (population illettrée, population éloignée du système de soin...). • EDI : Risque de non-fluidité du parcours pouvant impacter la qualité du dépistage. • Risque de mauvaise gestion des femmes peu sensibilisées/réfractaires et ayant un test positif, risque d'amplifier les difficultés de suivi (suivi plus compliqué en l'absence de professionnel identifié)
	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'une perte d'activité pour certaines catégories de professionnels si modalités ouvertes à l'ensemble des femmes de plus de 30 ans

		<ul style="list-style-type: none"> • Incertitude sur l'impact que cela aura sur la participation et le degré d'acceptabilité par les professionnels actuellement impliqués dans le dépistage • Risque d'augmentation du nombre de perdues de vue (ne permet pas d'assurer le suivi correct des femmes avec APV positif)
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'augmentation du nombre de perdues de vue • Risque de mauvaise gestion du parcours des femmes ayant un résultat anormal qui n'auraient pas de médecin traitant ni de gynécologue • EDR : Risque de réticences de certains PS à l'utilisation en raison de la modification des pratiques • EDR/EDI+PS : Probable forte augmentation des perdues de vue
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'augmentation du nombre de perdues de vue si APV positif, refus de suivi gynécologique ou isolement des femmes précaires • Risque de dégradation de la qualité et de la complétude du suivi
	CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-adhésion des patientes (faible confiance en sa capacité à réaliser le prélèvement, en la fiabilité du test, mauvaise compréhension du dispositif) • Risque d'augmentation des perdues de vue (femme avec APV positif et sans suivi), risque de situations complexes (femmes réalisant plusieurs tests de dépistage avec des résultats qui peuvent être discordants), risque potentiel de non-respect de la périodicité des tests. • Pas d'information plus générale sur la prévention et le suivi gynécologique (contraception, IST, cancer du sein...) • Dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales, certaines populations ne s'approprieront pas ce nouveau dispositif (creuse un peu plus les inégalités). Risque de perte de vue APV + notamment pour les femmes les plus éloignées du système de santé • EDR/EDI+PS : Risque de dégradation du suivi des femmes (pas de contacts, pas d'exams cliniques...).
	CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'augmentation des perdues de vue (femmes positives à reconvoquer, pas de restitution des résultats par le médecin préleveur...) • EDI : Risque de pertes de chance si envoi dès l'invitation (femmes non incitées à consulter en première intention)

		<ul style="list-style-type: none"> • EDR/EDI+PS : Perte de chance pour une femme qui aurait accepté un examen gynécologique complet avec dépistage
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'absence de suivi en cas de test positif, renforcement de l'organisation du CRCDC (relances nombreuses) pour éviter les pertues de vue. • Diminution du contact avec un professionnel de santé et repérage d'autres pathologies. • EDR : Risque d'augmentation du nombre de pertues de vue (notamment pour les positives) • EDI : Coût élevé et perte du suivi gynécologique régulier pour les femmes de plus de 30 ans qui n'auront plus de contact avec le professionnel de santé. Augmentation d'autres pathologies non dépistées par suivi régulier et examen clinique. • EDR/EDI+PS : Coût important, certaines femmes ne consulteront plus un professionnel de santé, risque d'apparition de pathologie par manque d'examen clinique.
	CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégradation du suivi : pas de consultations cliniques, ni échange avec des professionnels à cette occasion, désintérêt du médecin généraliste des pathologies gynécologique, car 90 % des femmes auront un APV négatif • EDR : risque de pertues de vue en raison de l'obligation de re convocation de la femme • EDI : Risque dans le suivi (pas d'examens clinique, suivi des positives incertain)
	CRCDC Hauts-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Encourage le fait de ne pas consulter son médecin/éloignement du corps médical • Perte d'activité pour certaines catégories de professionnels • EDR : Risque de dégradation de l'organisation (coût, impact environnemental) • Risque que certaines femmes attendent la relance et reportent leur examen • Difficulté dans le suivi des positifs • EDI : Éloignement possible de certaines femmes du corps médical • Perte d'activité pour certaines catégories de professionnels de santé • EDR/EDI+PS : Risque de perte d'activité de certains professionnels
	CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de chance, car pas de suivi gynécologique « général », pas de recueil des symptômes, pas d'examen visuel, perte de chance si résultat positif et pas de suivi. • Coûts des envois postaux. • EDR/EDI+PS : Risque de perte de chance si pas de suivi gynécologique régulier.

	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'activité pour des PS et risque d'éloignement des femmes (un test négatif peut faussement rassurer), en particulier pour les femmes ne désirant plus de grossesse ou de contraception (tranches d'âge le plus à risque de CCU) • Risque de perte de chance — Difficulté pour le suivi des tests positifs (nombre de perdues de vue importantes) • EDR/EDI+PS : Risque majeur d'éloignement du suivi pour les femmes. Un test négatif peut les faire renoncer à un suivi clinique. Risque d'augmenter les perdues de vue.
	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> • Risque important de perdues de vue en cas de positivité du test, car le suivi nécessite un examen gynécologique. Pas de cytologie réflexe possible. • Risque de non-adhésion : certaines femmes seront réticentes à effectuer ce test, peur de mal faire, d'autres seront privées d'un lien affectif avec leur gynécologue « <i>ex touche pas à mon gynéco</i> »
Auteurs n'ayant pas identifié d'inconvénients supplémentaires		Collège national des sages-femmes de France CRCDC Guadeloupe
Non répondant		CRCDC Corse

Faisabilité & acceptabilité

La faisabilité dépend fortement du degré d'acceptabilité par les professionnels actuellement impliqués dans le dépistage

À noter : les CRCDC ne se sont pas tous exprimés sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'ensemble des modalités de mise en œuvre de l'auto-prélèvement. Par conséquent, certaines régions n'apparaissent pas sur certains graphiques.

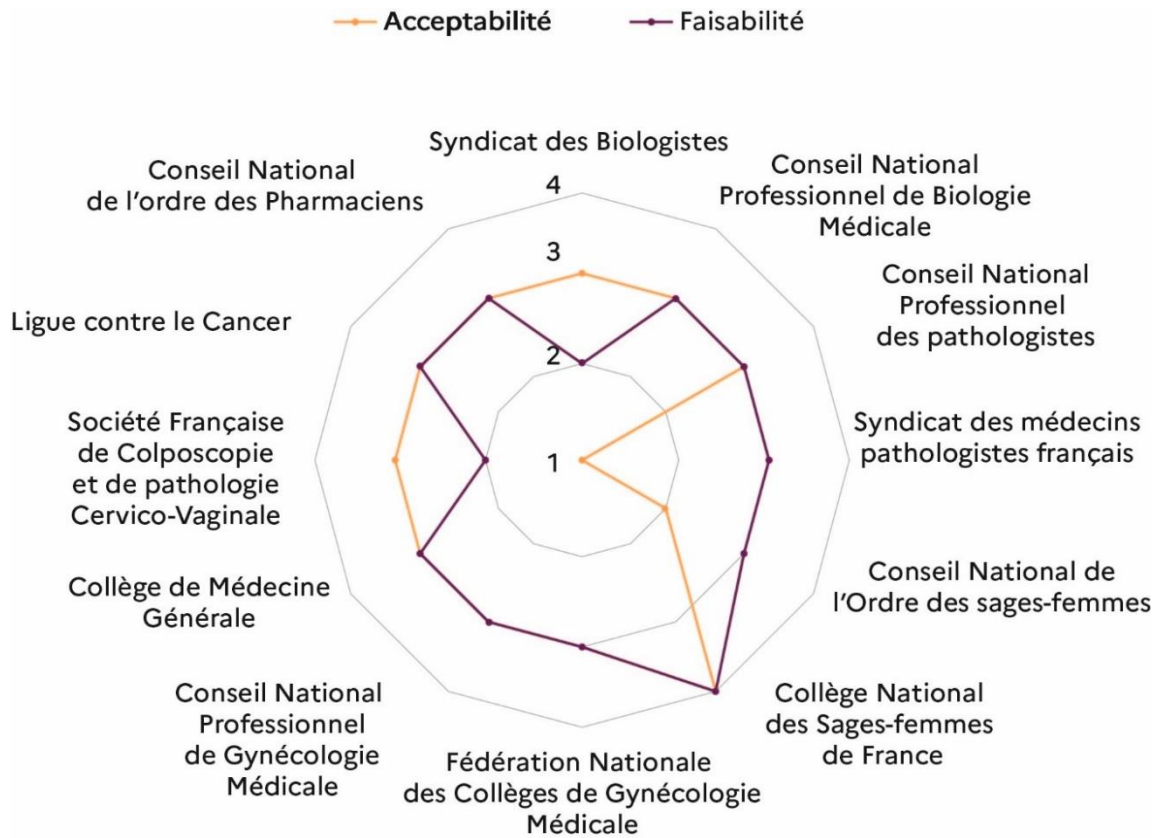


Figure 11. Position des acteurs interrogés sur le scénario EDR



Figure 12. Position des CRCDC interrogés sur le scénario EDR

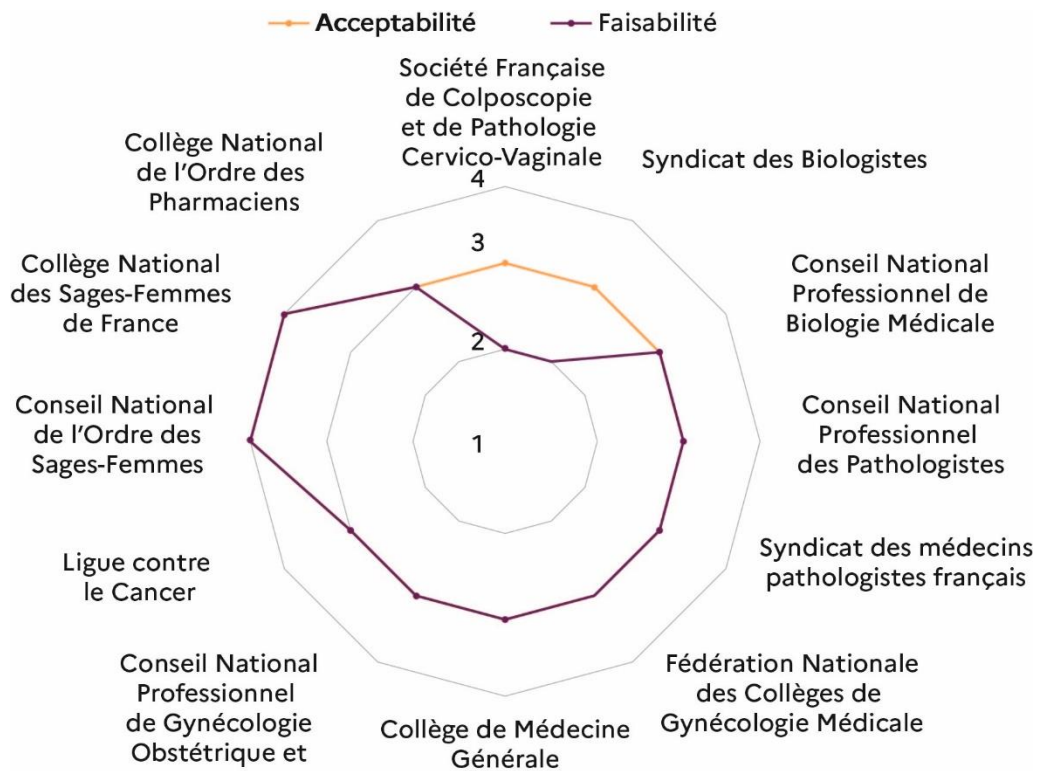


Figure 13. Position des acteurs interrogés sur le scénario EDI

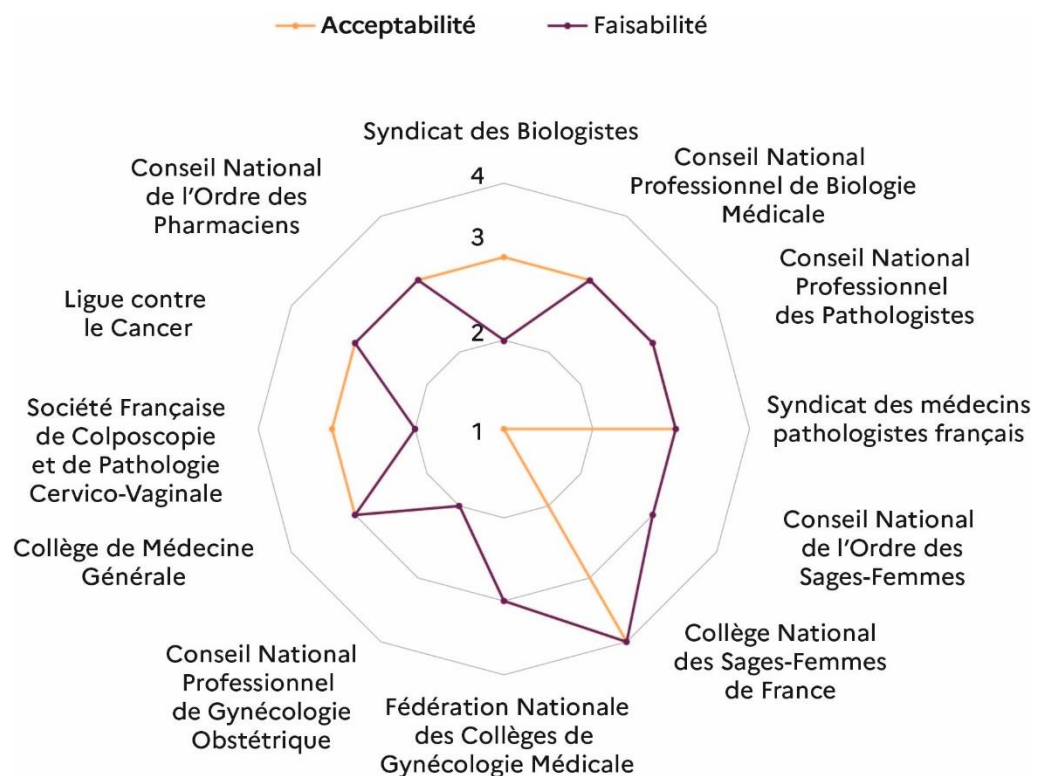


Figure 14. Position des CRCDC interrogés sur le scénario EDI

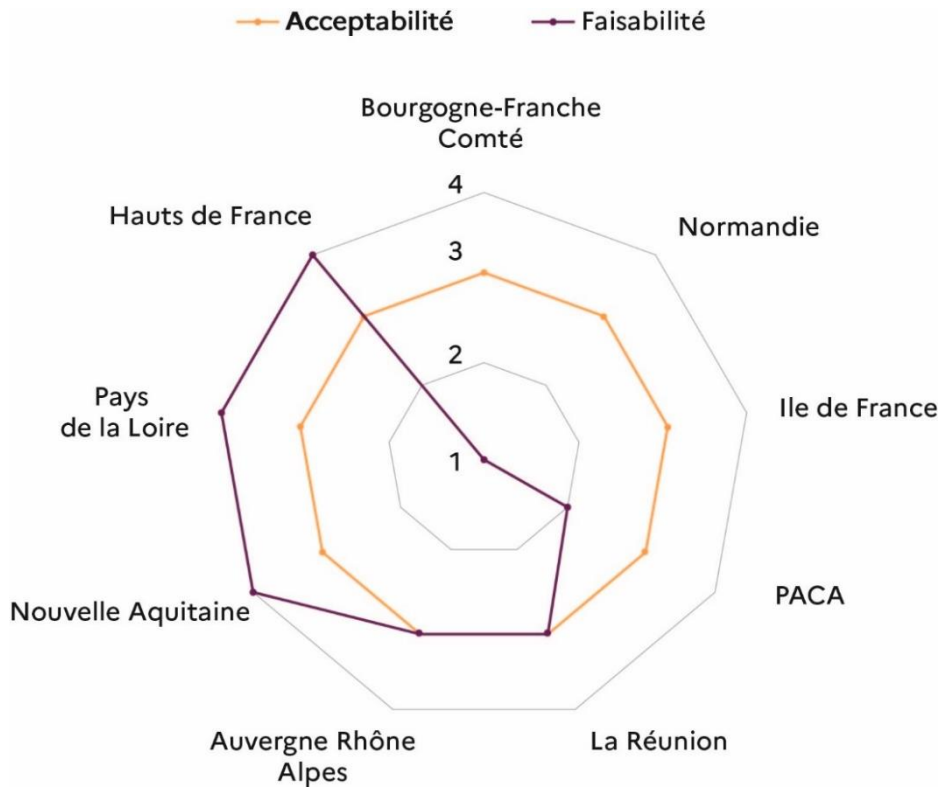


Figure 15. Position des acteurs interrogés sur le scénario EDR/EDI+PS

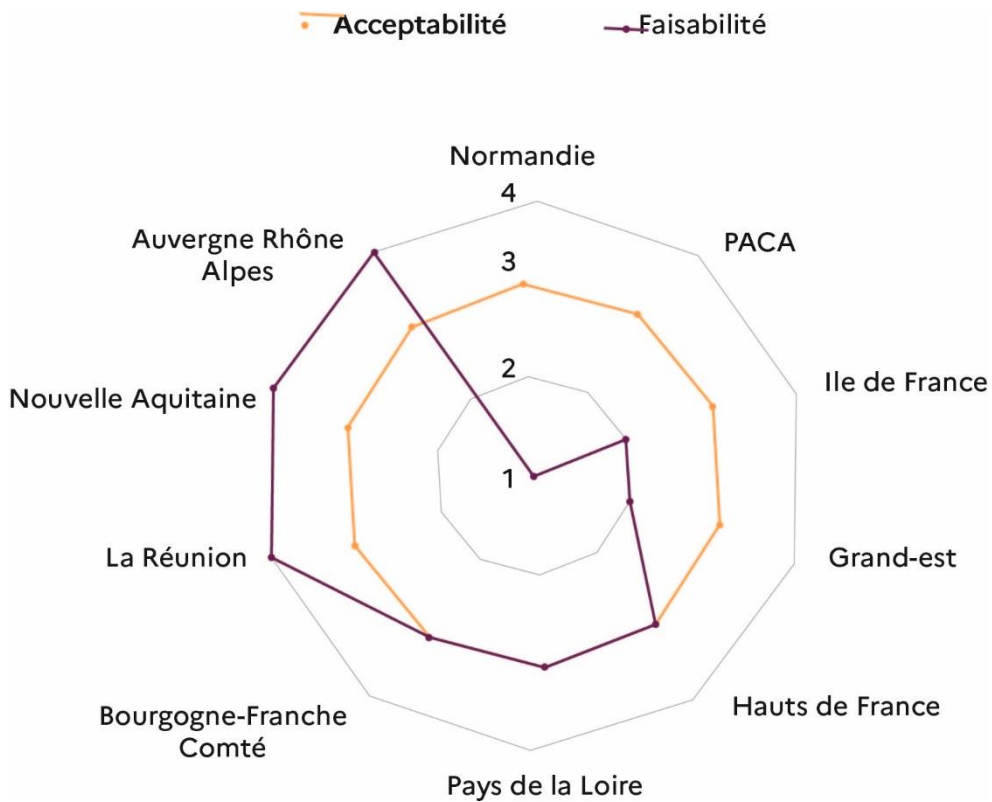


Figure 16. Position des CRCDC sur le scénario EDR/EDI+PS

Alternatives proposées

Alternatives proposées par les acteurs		
Biologistes médicaux	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Disposer d'un organisme national de référence pour définir les règles de validité des kits (notamment en termes de quantification cellulaire)
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> Se reposer sur les établissements de santé pour recueillir de manière organisée les APV et organiser le suivi et la prise en charge de la patiente
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> L'APV ne doit pas être proposé exclusivement par courrier, mais également sur les lieux de vie comme supermarché, pharmacies, les lieux de spectacles ou de sorties, etc. avec des affichages des notices explicatives. Le suivi gynécologique et le dépistage doivent être enseignés (lycées fac PMI...).
Sages-Femmes	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> Proposer les 3 variantes d'APV, chacune apportant une réponse adaptée à des problématiques différentes
Gynécologues	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Envoyer l'invitation sans le kit, et inviter la femme à le retirer chez un médecin permettant ainsi d'expliquer l'objectif du dépistage, et la prise en charge en aval. Il est primordial d'expliquer à la patiente les objectifs et les enjeux du dépistage.
	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un appel d'offres au niveau des kits d'APV afin de davantage réguler le marché sur lequel de nombreux industriels se positionnent
Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> Faire en sorte que cela soit le professionnel référent (s'il existe) qui propose l'APV aux femmes, et non le CRCDC qui n'est pas une structure identifiée et reconnue
CRCDC	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> L'associer avec d'autres options des scénarios centralisation ou régionalisation renforcée et/ou d'aller-vers, en proposant une combinaison la plus optimale
	CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> Relance APV à 6 ou 9 mois au lieu d'un an
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> Association obligatoire avec DO. Alternative Territoires 1
Acteurs n'ayant pas identifié d'alternative	Syndicat des biologistes Conseil national de l'ordre des sages-femmes Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	

	Conseil national de l'ordre des pharmaciens Ligue contre le cancer CRCDC La Réunion CRCDC Guadeloupe CRCDC Nouvelle-Aquitaine CRCDC PACA CRCDC Occitanie CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes CRCDC Hauts-de-France CRCDC Normandie CRCDC Île-de-France CRCDC Grand Est
Non répondant	CRCDC Corse

APV comme unique modalité de dépistage primaire

Cette option présente un scénario de recours à l'APV comme modalité de dépistage primaire de référence pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

Prérequis

- Aboutissement des discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles
- Mise en œuvre opérationnelle de l'Espace numérique de santé (ENS) ou d'une plateforme de commande des APV
- Mise en conformité des systèmes d'information des différents acteurs impliqués dans le DOCCU, sur le plan de l'interopérabilité (respect du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) pour favoriser le partage et le suivi des résultats des femmes participantes
- Définition des caractéristiques des kits et des milieux à utiliser pour l'APV

Avantages

Avantages transversaux pré-identifiés		
		<ul style="list-style-type: none"> • Réponse à une attente de certaines femmes qui acceptent mal le prélèvement • Réponse pour certaines femmes éloignées du système de santé • Avantage économique potentiel : amélioration de l'efficacité • Permet d'alléger le suivi des femmes avec APV négatif • Réalisation de prélèvement cervico-utérin pour examen cytologique uniquement pour les femmes les plus à risque • Gain de temps médical et amélioration de la qualité
Avantages identifiés par les acteurs		
Sages-Femmes	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> • Proposition qui va dans le sens de l'histoire : permet l'empouvoirement des femmes et la maîtrise de leur suivi

Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'améliorer la couverture du dépistage si s'accompagne d'une campagne de communication/information/sensibilisation très solide avec mise en avant de l'intérêt de l'APV et d'une consultation de suivi et prévention régulière
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patientes : retrait d'un frein important à la réalisation des frottis. • Pour les préleveurs : augmentation de leur patientèle dépistée. • Pour les biologistes/pathologistes : potentielle augmentation d'activité. • Pour les CRCDC : augmentation de la participation. • Dans la lutte contre les inégalités : gain, le test peut être fait à domicile.
	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse à une attente de certaines femmes qui acceptent mal le prélèvement • Réponse pour certaines femmes éloignées du système de santé • Avantage économique potentiel : amélioration de l'efficience • Permet d'alléger le suivi des femmes avec APV négatif • Réalisation de prélèvement cervico-utérin pour examen cytologique uniquement pour les femmes les plus à risque • Gain de temps médical
	CRCDC Guadeloupe	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'avantages supplémentaires identifiés
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Élargissement du panel de femmes à qui cela pourrait être proposé dès la consultation en alternative au FCU • Augmentation de la participation
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente la participation des femmes qui refusent l'examen gynécologique
	CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Améliore l'accessibilité du test. • Améliore l'accès aux examens complémentaires (par diminution des consultations de dépistage).
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Attente probable des femmes pour un gain de temps et facilitation d'accès. Gain de temps médical.
	CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> • Simplification à travers l'homogénéisation
	CRCDC Hauts-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • réponse à une attente de certaines femmes qui acceptent mal le prélèvement et/ou éloignées du système de santé
	CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Avantage pour les femmes qui pour une raison ou une autre ne veulent pas d'examen clinique, avantage pour les femmes éloignées du système de soins
CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Accepté par des femmes réticentes, refusant les prélèvements par PS ou éloignées du système de santé • Augmentation des taux de dépistage • Meilleur contrôle qualité 	

	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> Permet un dialogue entre patientes et professionnel de santé puis auto-prélèvement : avantage simultané du dialogue et de l'absence d'examen gynécologique.
Acteurs n'ayant identifié aucun avantage supplémentaire		<ul style="list-style-type: none"> Syndicat des biologistes Conseil national professionnel de biologie médicale Conseil national professionnel des pathologistes Syndicat des médecins pathologistes français Conseil national de l'ordre des sages-femmes Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales Collège de médecine générale Conseil national de l'ordre des pharmaciens CRCDC Centre-Val de Loire
Non répondant		CRCDC Corse

Inconvénients

Inconvénients transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> Changement de paradigme pour le PN DOCCU Perte d'activité pour certaines catégories de professionnels si modalités ouvertes à l'ensemble des femmes de plus de 30 ans Incertitude sur l'impact que cela aura sur la participation 		
Inconvénients identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> Ne permet aucune amélioration du système (pas d'augmentation du taux de participation, pas d'amélioration du taux de dépistage des femmes non participantes, pas d'amélioration du suivi global des femmes)
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Ne permet aucune amélioration du système (pas d'augmentation du taux de participation, pas d'amélioration du taux de dépistage des femmes non participantes, pas d'amélioration du suivi global des femmes)
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'accroissement du nombre de cancers du col de l'utérus et de développements d'autres pathologies gynécologiques.
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> Ne permet aucune amélioration du système (pas d'augmentation du taux de participation, pas d'amélioration du taux de dépistage des femmes non participantes, pas d'amélioration du suivi global des femmes)
Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> Risque de rupture totale avec le système de santé actuellement en vigueur en France Risque de dégradation du suivi gynécologique global des femmes.

Gynécologues	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Risque de dégradation du suivi gynécologique global des femmes (proposition qui laisse croire aux femmes que le suivi gynécologique global est inutile)
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> Ne permet aucune amélioration du système (pas d'augmentation du taux de participation, pas d'amélioration du taux de dépistage des femmes non participantes, pas d'amélioration du suivi global des femmes)
Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> Risque de rupture totale avec le système de santé actuellement en vigueur en France : système qui irait à l'encontre de tous les parcours de santé traditionnels et habituels et pourrait pousser au désengagement des acteurs
Pharmaciens		<ul style="list-style-type: none"> Pas d'inconvénients supplémentaires identifiés
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> Risque de dégradation du suivi gynécologique global des femmes (amplifie un mouvement déjà existant de moindre suivi gynécologique et contribue à mettre de côté la consultation prévention du professionnel pourtant nécessaire)
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> Risque de non-augmentation du taux de couverture du fait du risque d'incompréhension dans la réalisation du test Risque d'augmentation du nombre de pertues de vue
	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'augmentation du nombre de pertues de vue (ne permet pas d'assurer le suivi correct des femmes avec APV positif)
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> Risque de forte augmentation des pertues de vue Risque de très forts blocages et réticences des professionnels (modification des pratiques et diminution du suivi gynécologique)
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> Changement important du système actuellement en vigueur
	CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> Risque de dégradation du suivi des femmes (pas de contacts, pas d'examens cliniques.) Risques organisationnels : Nécessité de mettre des kits d'APV à disposition dans de nombreux sites de remise (MG, gynéco, LABM, pharmacie) avec risque de péremption pour les sites ayant une faible activité et risque de nombreux kits non utilisés

	CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Risque d'augmentation des pertues de vue (femmes positives à reconvoquer, pas de restitution des résultats par le médecin préleveur...) • Risque de perte d'activité pour de nombreux professionnels
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de forte augmentation des pertues de vue (femmes à reconvoquer pour des cytologies...) • Risque de dégradation du suivi des femmes (pas de contacts, pas d'examens cliniques.) • Risque de perte d'activité pour de nombreux professionnels
	CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégradation du suivi : pas de consultations cliniques, ni échange avec des professionnels à cette occasion, désintérêt du médecin généraliste des pathologies gynécologique, car 90% des femmes auront un APV négatif
	CRCDC Hauts-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de forte augmentation des pertues de vue
	CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte de chance si pas de suivi gynécologique régulier.
	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque majeur d'éloignement du suivi pour les femmes
	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de dégradation du suivi en l'absence de cytologie de triage et risque de déshumanisation du système
	Acteurs n'ayant pas identifié d'inconvénients	Collège national des sages-femmes de France Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale Conseil national de l'ordre des pharmaciens CRCDC Guadeloupe
	Non répondant	CRCDC Corse

Faisabilité & acceptabilité

À noter : sur ce graphique, l'acceptabilité semble absente. Cette impression est liée au fait que l'ensemble des organisations interrogées a noté 1 pour ce critère. Seul le Collège national des sages-femmes de France lui a donné une note de 4. Par conséquent, seuls 2 points apparaissent sur ce graphique.

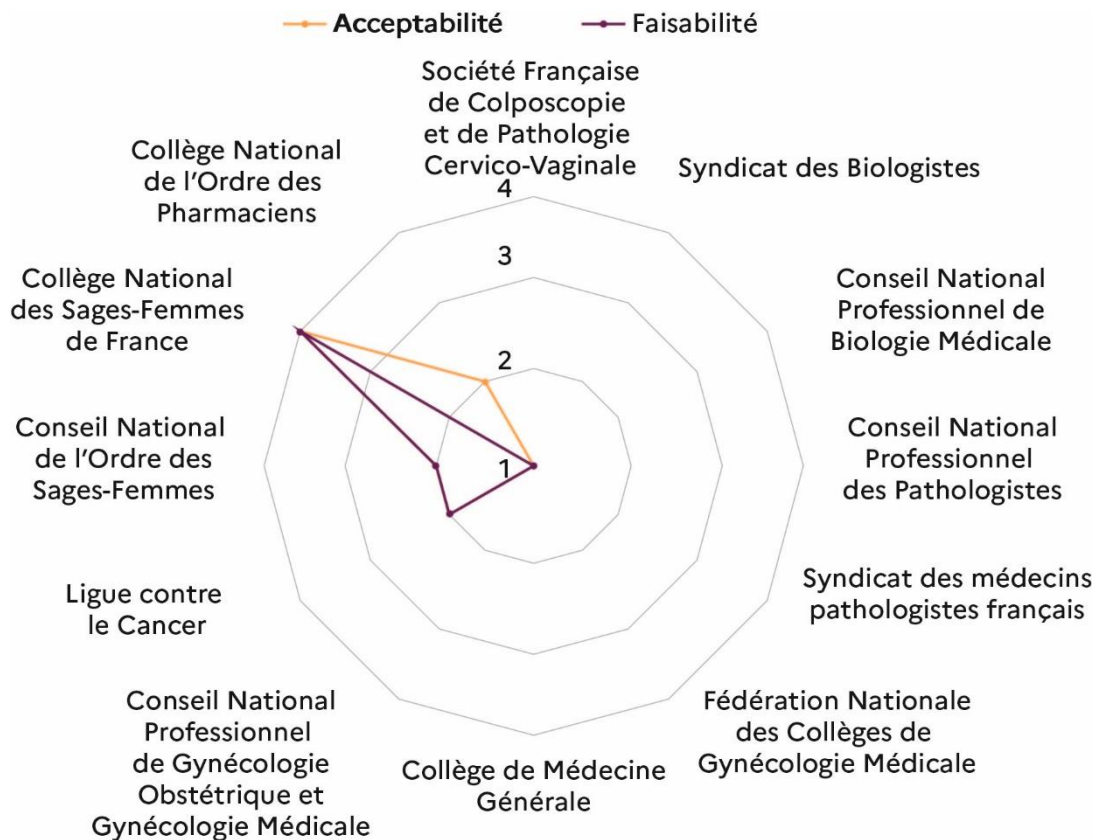


Figure 17. Position des acteurs interrogés sur le scénario APV comme unique modalité de dépistage

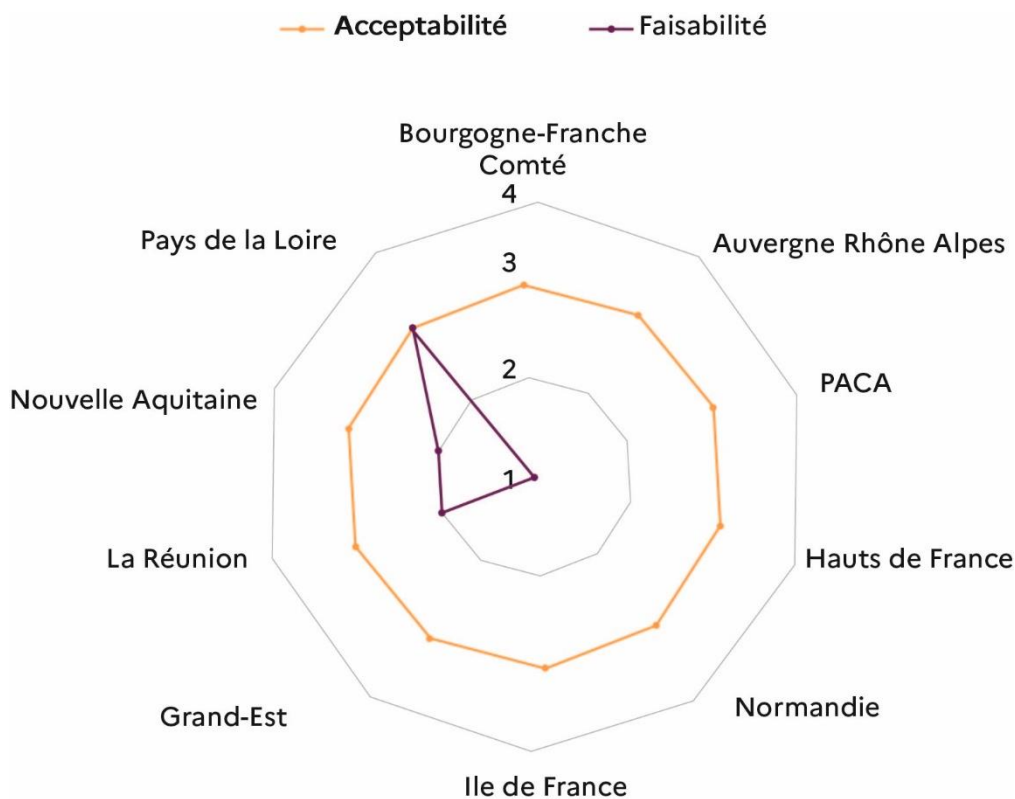


Figure 18. Position des CRCDC sur le scénario APV comme unique modalité de dépistage

Alternatives proposées

Alternatives proposées par les acteurs		
Pharmaciens	Conseil national de l'ordre des pharmaciens	Amélioration de la prise en charge des femmes qui ne sont jamais en contact d'un professionnel de santé (si déployé auprès de ces populations)
CRCDC	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	Combiner avec d'autres options
	CRCDC Centre-Val de Loire	Relances à prévoir avant 1 an (6 à 9 mois)
Acteurs n'ayant pas identifié d'alternative		<p>Syndicat des biologistes</p> <p>Conseil national professionnel de biologie médicale</p> <p>Conseil national professionnel des pathologistes</p> <p>Syndicat des médecins pathologistes français</p> <p>Conseil national de l'ordre des sages-femmes</p> <p>Collège national des sages-femmes de France</p> <p>Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale</p> <p>Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale</p> <p>Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales</p> <p>Collège de médecine générale</p> <p>Ligue contre le cancer</p> <p>CRCDC La Réunion</p> <p>CRCDC Guadeloupe</p> <p>CRCDC Nouvelle-Aquitaine</p> <p>CRCDC PACA</p> <p>CRCDC Occitanie</p> <p>CRCDC Pays de la Loire</p> <p>CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes</p> <p>CRCDC Hauts-de-France</p> <p>CRCDC Normandie</p> <p>CRCDC Île-de-France</p> <p>CRCDC Grand Est</p>
Non répondant		CRCDC Corse

Analyse approfondie des retours sur les options APV

Scénario EDR, EDI, EDR/EDI+PS

- Points de vue des représentants des professionnels et de la ligue contre le cancer

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général des scénarios EDR, EDI, EDR/EDI+PS par les représentants des professionnels de santé et de la ligue est synthétisés dans les figures suivantes :

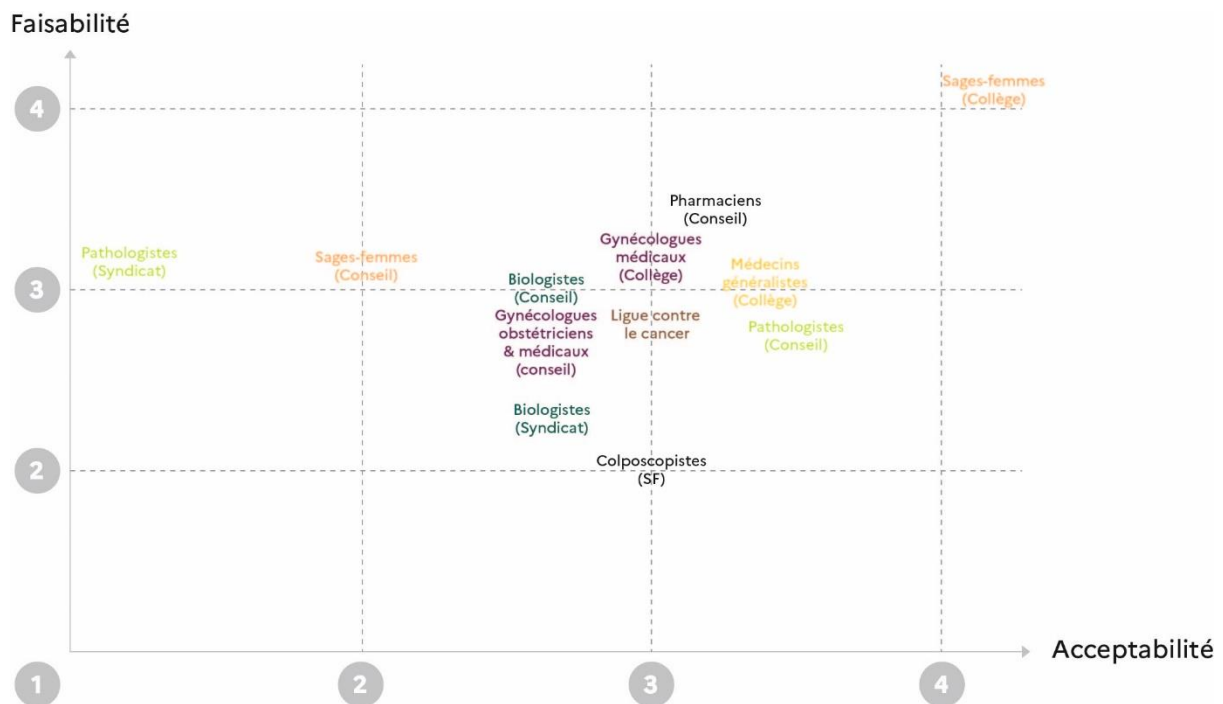


Figure 19. Positionnement des acteurs interrogés en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDR

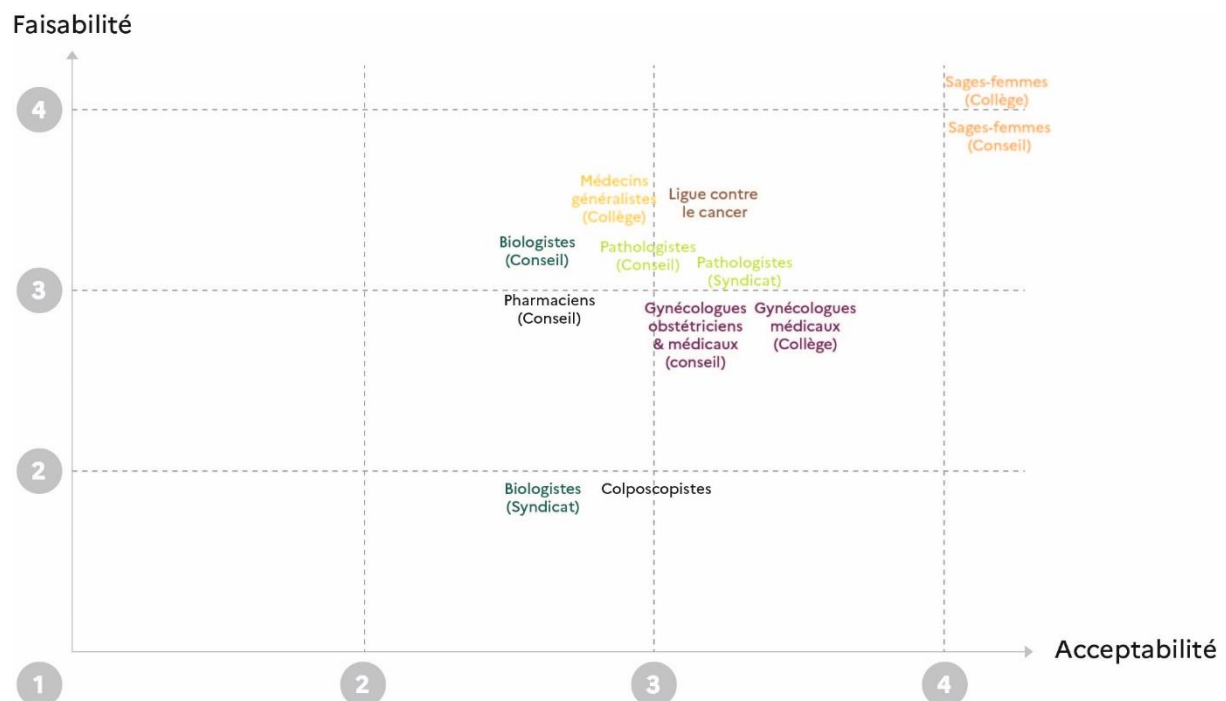


Figure 20. Positionnement des acteurs interrogés en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDI

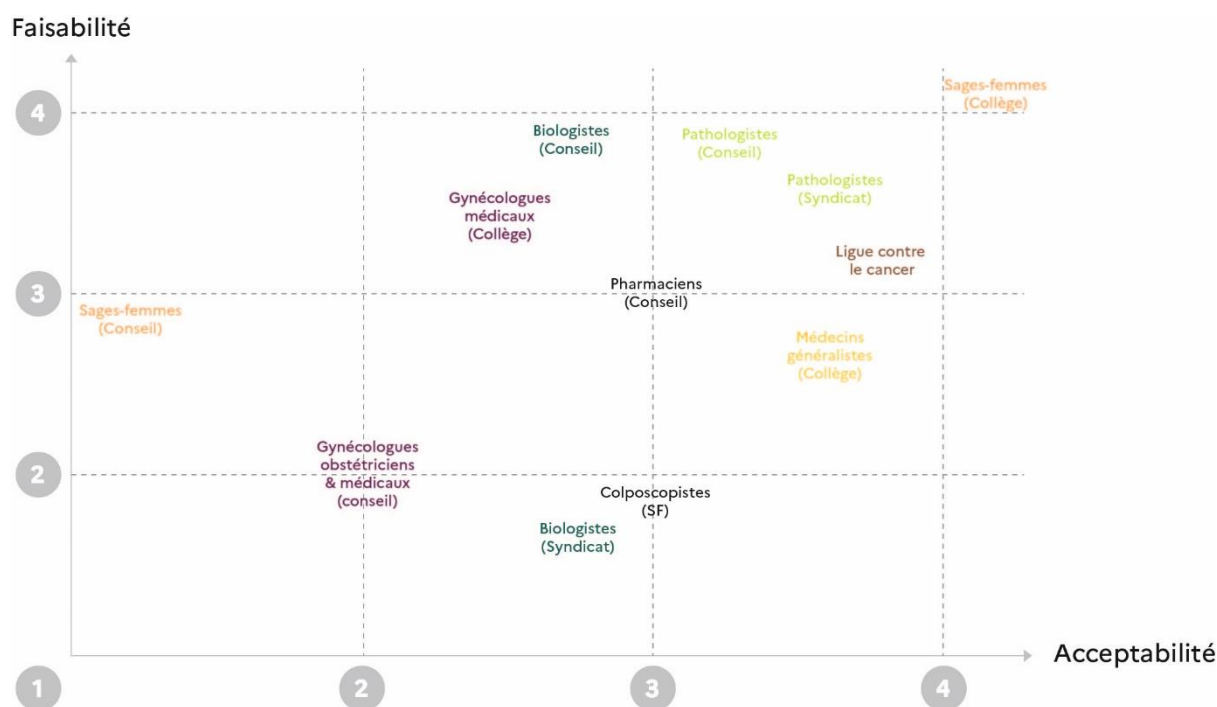


Figure 21. Positionnement des acteurs interrogés en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDR/EDI+PS

L'ensemble des acteurs est favorable à l'utilisation des APV pour les femmes non participantes.

L'APV doit être pour la majeure partie d'entre eux un outil permettant de faire revenir les femmes dans un suivi gynécologique classique et ne doit pas s'y substituer.

- Un consensus autour de la remise par le professionnel des différents acteurs

Pour la majorité des acteurs (représentants des préleveurs comme des analystes), la remise du kit doit se faire via un professionnel de santé afin de limiter le risque de test non utilisé qui serait associé d'après eux à l'envoi direct. Pour certains d'entre eux, si le test n'est pas remis par un professionnel, il existe également un risque que la femme ne soit pas suivie de manière optimale sur le plan gynécologique. La remise par un professionnel serait, par ailleurs, pour certains d'entre eux, l'occasion de sensibiliser les femmes au sujet des IST.

Le collège de la médecine générale quant à lui propose que les médecins traitants adressent des courriers (avec ou sans kit d'APV), à la place des CRCDC, aux femmes qui n'ont pas réalisé de dépistage dans les délais recommandés pour les inciter à réaliser l'APV.

Le Collège national des sages-femmes de France est quant à lui très favorable aux stratégies d'APV qui ont fait la preuve de leur efficacité et de leur efficacité pour le dépistage du cancer du CCU. Le risque de perte d'activité évoqué pour les professionnels ne lui semble pas avéré. Ce constat est partagé par la Ligue qui estime que cela serait en effet à relativiser et s'avèrerait très certainement minime. Le Collège national des sages-femmes de France souligne également que les professionnels sont

de plus en plus formés aux questions des violences faites aux femmes, et se rendent compte à quel point les femmes/appréhendent des examens gynécologiques, l'APV leur paraît dans ce cadre une solution pertinente et indispensable.

- Une remise en officine qui fait débat

Concernant plus spécifiquement le scénario EDR/EDI+PS, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens indique qu'il peut être difficile d'expliquer en officine les modalités d'utilisation des tests et que cela semble plus propice en laboratoire en termes de confidentialité. La Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales partage ce constat ainsi que le Conseil national professionnel de biologie médicale.

Le Conseil national professionnel de biologie médicale et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens alertent sur le recueil des prélèvements en officine d'un point de vue réglementaire. Des conventions entre pharmacie et laboratoires seraient nécessaires pour se mettre en conformité avec les contraintes de l'accréditation et de l'assurance qualité.

Le Conseil national professionnel de biologie médicale estime par ailleurs que le kit devrait être délivré par un professionnel de santé qui puisse assurer le circuit aval, c'est-à-dire, par le laboratoire, le médecin et la sage-femme, à même de préciser les conditions d'utilisation au cours d'un colloque singulier avec la patiente.

- Un risque de pertues de vue

Les représentants des ACP, le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale et la Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales estiment qu'il existe un risque important de perte de vue après test HPV positif sur APV ainsi qu'un grand risque de dégradation du suivi gynécologique global des femmes. La Ligue contre le cancer partage également cette inquiétude.

Le Collège national des sages-femmes de France quant à lui précise qu'il faut être vigilant avec la notion de pertues de vue. En effet, dans certaines études conduites sur le sujet, ce taux s'avèrerait finalement très faible.

- Une mauvaise réalisation des tests

Le Syndicat des pathologistes estime qu'il existe un risque de mauvaise réalisation de l'APV générant une dégradation de l'offre de dépistage proposée actuellement aux femmes non participantes. Par ailleurs, il est à préciser que cela n'est pas fondé puisque la HAS a précisé dans ses recommandations de 2019 que les tests de détection d'ADN de HPV à haut risque (HPV-HR) réalisés sur un APV étaient aussi sensibles et légèrement moins spécifiques pour détecter les lésions précancéreuses du col de l'utérus que le test réalisé sur un échantillon prélevé par un clinicien, à condition que les tests utilisent une méthode de PCR validée cliniquement. Ainsi, la problématique soulevée ne porte pas sur la réalisation, mais sur le type de test utilisé.

- Point de vue des CRCDC

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général des scénarios EDR, EDI, EDR/EDI+PS par les CRCDC est synthétisé dans les figures suivantes :



Figure 22. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDI



Figure 23. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDR



Figure 24. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario EDR/EDI+PS

La plupart des CRCDC sont favorables à l'utilisation des APV pour les non-participantes telle que décrite dans les scénarios EDR et EDI.

L'envoi direct ne concernant que les femmes non participantes, d'après eux, cela n'éloigne pas les autres du suivi gynécologique classique. Ils considèrent que c'est une solution simple permettant un accès facilité au dépistage avec un contrôle du coût économique, car réservé aux femmes réticentes au prélèvement classique.

Il s'agit d'après eux d'une réponse à une attente de certaines femmes qui acceptent mal le prélèvement, mais également pour les femmes éloignées du système de santé. Par ailleurs, cela permet d'après une partie d'entre eux d'alléger le suivi des femmes avec un APV négatif.

Une part importante des CRCDC répondants estime toutefois que cette modalité peut être à l'origine de perte de chances pour les femmes qui y auraient recours puisque sa réalisation n'est pas associée à une consultation gynécologique globale qui a également pour objectif le dépistage d'autres pathologies. Ils estiment également que cette modalité posera des problématiques d'orientation pour les femmes ayant un résultat positif qui n'auraient pas de médecin traitant ni de gynécologue.

Comme pour les professionnels de santé, est également pointé le risque de pertues de vue même s'ils précisent qu'il pourrait être limité en informant de manière claire et transparente les femmes sur la nécessité de réaliser un PCU en cas de test HPV-HR positif à la remise du kit.

Certains CRCDC indiquent également qu'il existe un risque d'incompréhension des femmes vis-à-vis de cette modalité ainsi qu'un risque de réticence des professionnels vis-à-vis de cette dernière.

Par ailleurs, plusieurs CRCDC précisent qu'il sera, d'après eux nécessaire, de définir au préalable les caractéristiques des kits et des milieux à utiliser pour l'APV et d'encadrer l'achat des kits par un ou des marchés nationaux ou régionaux.

Les CRCDC sont divisés sur la temporalité de l'envoi des kits entre les scénarios EDR et EDI. Une partie juge préférable d'envoyer le kit dès l'invitation pour gagner du temps et favoriser la participation quand d'autres estiment préférable d'envoyer le kit à la relance afin de laisser l'opportunité à la femme de se rendre chez un professionnel de santé et de bénéficier d'un suivi complet.

Concernant le scénario EDR/EDI+PS, la plupart des CRCDC estiment qu'il permet d'élargir encore l'accès des femmes au dépistage générant ainsi une augmentation de participation. Cela aurait également pour intérêt l'harmonisation de l'offre de dépistage pour toutes les femmes. Toutefois, ils identifient un risque de recul du suivi gynécologique global indiquant qu'un test négatif pourrait faire renoncer à un suivi clinique. De plus, là encore, le risque de perte de vue est également rappelé ainsi que le risque de perte d'activité pour certains professionnels de santé.

Scénario APV comme modalité unique de dépistage primaire

Points de vue des professionnels de santé et de la Ligue contre le cancer

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général du scénario APV comme unique modalité de dépistage primaire par les représentants des professionnels de santé et de la ligue est synthétisé dans la figure suivante :

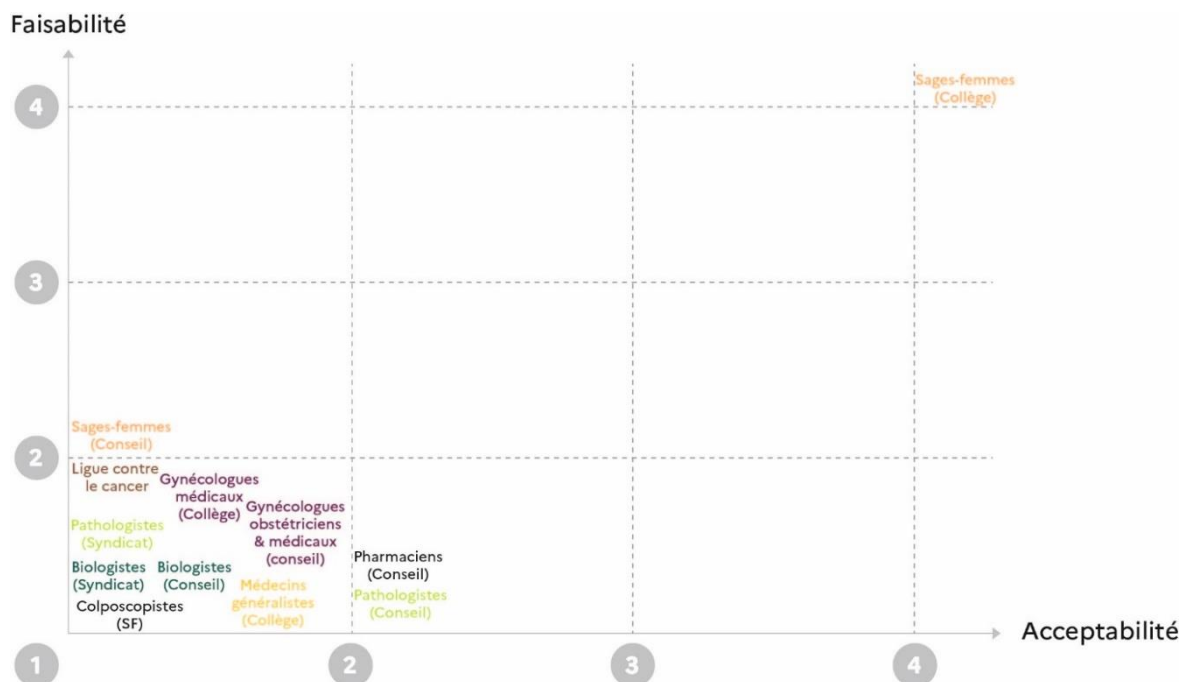


Figure 25. Positionnement des acteurs interrogés en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario APV comme modalité unique de dépistage

L'APV comme modalité de dépistage pour toutes les femmes est un scénario jugé inacceptable par la grande majorité des acteurs interrogés.

Il est décrit comme allant à l'encontre de tous les parcours de soins avec de grands risques en termes de recul du suivi gynécologique des femmes.

Par ailleurs, la majorité des acteurs juge que ce scénario ne serait pas acceptable pour les professionnels.

Ils précisent que cette modalité pourrait fonctionner, mais pas en France en raison de l'organisation du système de santé actuel et de la culture française.

Le Conseil national professionnel de biologie médicale estime quant à lui qu'il convient de moduler cette proposition. Il faut insister sur le fait que la femme doit pouvoir se faire dépister et que c'est au professionnel de voir s'il faut faire un APV ou un prélèvement classique. Il est favorable à laisser le choix au médecin et à la patiente.

Le Collège national des sages-femmes de France est en accord avec la position du Conseil national professionnel de biologie médicale. Il indique que même si l'APV devient la modalité de dépistage primaire, il faudrait que les femmes puissent avoir la possibilité aussi de faire faire le prélèvement par un professionnel si elles le souhaitent. Ce scénario serait d'après lui une avancée importante s'agissant de la place de la femme dans la santé et dans le dépistage. Il s'agit ici de rendre à la femme son autonomie, en faisant confiance à son intelligence et sa capacité à comprendre.

Il souligne également que, pour le dépistage des IST, ce type d'organisation se développe, car ce sont des modalités d'examens beaucoup moins contraignantes qu'un prélèvement réalisé par un professionnel en cabinet.

Point de vue des CRCDC

Le degré d'acceptabilité et de faisabilité général du scénario APV comme unique modalité de dépistage primaire par les CRCDC est synthétisé dans la figure suivante :



Figure 26. Positionnement des CRCDC en termes de faisabilité et d'acceptabilité concernant le scénario APV comme modalité unique de dépistage

Il s'agit, d'après certains CRCDC, d'un scénario proche de ce qui existe pour le DOCCR. Celui-ci pourrait permettre une simplification et une homogénéisation du dépistage, mais également un allègement du suivi des femmes avec APV négatif en ne réservant le PCU qu'aux femmes les plus à risque.

Plusieurs CRCDC indiquent que ce scénario constituerait un gain de temps pour certaines femmes, mais aussi un gain de temps médical qui permettrait d'améliorer l'accès aux examens complémentaires.

Par ailleurs, les CRCDC alertent sur la perte d'activité importante pour les préleveurs ainsi que pour les analystes si l'analyse des tests devait être centralisée au niveau national ou régional. Il s'agirait également d'un changement de pratique important qui occasionnerait nécessairement des réticences de l'ensemble des professionnels.

Le risque de non-adhésion des professionnels, l'éloignement des femmes des acteurs du dépistage et le fait que cette stratégie n'ait pas été évaluée sont autant d'éléments qui font que les CRCDC jugent ce scénario très difficilement faisable et acceptable.

Point de vue de l'IARC concernant les stratégies d'APV

L'IARC souligne que l'acceptabilité dépend de la population qui est visée par le dispositif et que l'enjeu clé réside dans la capacité à mettre en place un suivi régulier pour ces femmes testées positives.

Il indique qu'en termes d'acceptabilité des professionnels de santé, il faut communiquer sur le fait qu'un APV bien réalisé est aussi précis qu'un test HPV standard réalisé par un professionnel. Il s'agit d'un message clé qu'il faut diffuser auprès de tous les professionnels de santé.

Concernant les modalités proposées dans les scénarios pour l'APV, chaque option présente d'après lui des avantages et des inconvénients. On peut imaginer que l'envoi direct ferait augmenter la participation, mais qu'un nombre important de kits ne seraient probablement pas utilisés. Toutefois, si le kit est remis par un professionnel, il est à craindre que certaines femmes actuellement non suivies n'aillent pas chercher le kit.

L'idéal serait d'après l'IARC de laisser le choix aux femmes de recourir à l'APV ou de se faire prélever chez un professionnel. Néanmoins, cela engendrerait un certain nombre de défis organisationnels qui peuvent s'avérer complexes à relever.

Par ailleurs, il précise qu'avec la crise Covid-19, on observe qu'un nombre croissant de pays mettent en place des politiques de dépistage incluant l'APV.

Analyse d'impact budgétaire des différents scénarios d'APV

Dans le cadre de l'étude, l'impact budgétaire des différents scénarios de mise en œuvre de l'APV en France métropolitaine chez les femmes de 30 à 65 ans par rapport à un scénario de référence correspondant à la stratégie de dépistage fondée sur le PCU a été analysé. Le rapport complet est disponible en Annexe 3.

Cinq scénarios ont été comparés à la stratégie de référence. Ces scénarios incluent l'envoi de l'APV à la relance (EDR), à l'invitation (EDI), la remise de l'APV par les professionnels de santé en complément du PCU associé à l'envoi à la relance (PS+EDR) ou à l'invitation (PS+EDI) et la substitution du PCU en dépistage par l'APV pour toutes les femmes.

Un sous-groupe du comité de pilotage de l'étude a été constitué afin d'accompagner le développement de la méthodologie de cette évaluation économique.

Le rôle de ce sous-groupe méthodologique a été d'apporter une maîtrise opérationnelle de la stratégie nationale de dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU), une expertise clinique sur le diagnostic et la prise en charge de ce cancer, et de valider la structure, les sources de données et les hypothèses du modèle.

Les impacts en termes d'efficacité du dépistage (participation, cytologie positive et lésions diagnostiquées), de ressources consommées (consultations, actes diagnostiques ou thérapeutiques, analyses) et de coûts ont été estimés sur un horizon temporel de 5 ans correspondant à un cycle de dépistage. Les coûts ont été évalués selon trois perspectives, celle de l'Assurance maladie (part remboursée par l'Assurance maladie obligatoire), celle du reste à charge (Ticket modérateur, dépassement d'honoraire et forfait 1€) et celle liée au coût d'organisation du dépistage qui est financé par l'Assurance maladie et l'État à travers les CRCDC.

Les paramètres du modèle étaient fondés sur les hypothèses sur les expérimentations APACHE [7,8] et l'avis du sous-groupe méthodologique du comité scientifique de l'étude lorsqu'aucune donnée n'était disponible. Les coûts étaient fondés sur les tarifs conventionnels augmentés des dépassements d'honoraire pour les actes, et sur les expérimentations APACHE [7,8] pour les coûts liés à l'organisation du dépistage (courriers, kits d'APV). Il a été supposé que les coûts de fonctionnement

(personnels, locaux) des CRCDC étaient fixes, quel que soit le nombre de femmes invitées.

Dans l'analyse principale, la stratégie actuelle fondée sur l'invitation et le relance était associée à une participation moyenne des femmes au dépistage du CCU à 5 ans de 75 % qui inclue 58 % de femmes participant spontanément et 17 % participant après une invitation ou une relance. Ces femmes réalisent en 5 ans 4,8 M de consultations dédiées au dépistage et 12,7 M de PCU qui conduisent à 1,6 M de cytologie, 800 000 colposcopies et 325 000 biopsies. Au total, 162 000 lésions seraient identifiées sur 5 ans. La réalisation des actes et des analyses liés au dépistage représenterait une dépense de 797,1 M€ en 5 ans, dont 489,5 M€ pour l'Assurance maladie auquel il faut ajouter la moitié des 264,1 M€ de dépense d'organisation du dépistage (CRCDC, courriers) et 307,7 M€ de reste à charge. Au total, la stratégie actuelle représenterait une dépense sur un cycle de 5 ans de 1,06 milliard d'euros soit 90,11 € par femme participante et 6 549 € par lésion diagnostiquée.

Les scénarios comparés permettent tous une augmentation de la participation permettant d'atteindre une participation de 81 % à 5 ans avec EDR, 82,8 % avec PS+EDR et 84,2 % avec EDI, PS+EDI et APV qui sont fondés sur les mêmes hypothèses de participation. Ces augmentations de participations permettent d'augmenter le nombre de lésions diagnostiquées de 4,8 % pour APV, 4,9 % pour EDR, 5,2 % pour EDI et PS+EDI et 5,4 % pour PS+EDR. L'augmentation de la détection des lésions est inférieure à l'augmentation de la participation, car l'APV nécessite de réaliser un PCU de contrôle en cas de recherche d'HPV positive, avec environ 20 % des participantes après invitation qui ne le réalisent pas, diminuant l'impact épidémiologique de l'augmentation de la participation avec APV. L'analyse de référence fait l'hypothèse que les femmes participantes spontanément réaliseraient systématiquement le PCU de contrôle. Toutefois, une analyse de sensibilité suggère que si ce n'est pas le cas, avec 90 % seulement des femmes participantes spontanément réalisant le PCU de contrôle, alors les scénarios PS+EDR et PS+EDI seraient associés à une augmentation de la détection des lésions du col inférieure à 1 % malgré une augmentation de 10 % à 11 % de la participation. De même, le scénario APV conduirait à détecter moins de lésions que le scénario actuel. Ces résultats et l'incertitude autour du taux de perdus de vue après un APV positif des femmes participantes spontanément devraient conduire à la prudence avant de retenir ces stratégies. Au minimum, des expérimentations devraient être réalisées pour évaluer le taux de perdues de vue en vraie vie. En effet, les expérimentations internationales [3] évaluent le taux de perdu de vue à 20 % chez les femmes invitées. Il faut également ajouter que, du fait de la nécessité de réaliser un PCU de contrôle, le scénario PS+EDR serait associé à une augmentation d'environ 300 000 du nombre de consultations réalisées pour le dépistage du CCU dans un contexte tendu de disponibilité des professionnels de santé. Ces consultations s'ajouteraient aux consultations actuelles dans l'hypothèse où la grande majorité des consultations actuellement réalisées n'ont pas comme unique motif le dépistage et donc ne seraient substituées par le choix de réaliser un APV.

En termes de ressources, à l'exception du scénario PS+EDR, tous les scénarios permettent de diminuer le nombre total de consultations et d'actes diagnostique ou

thérapeutique réalisés pour le dépistage par rapport à la stratégie de référence. Seul le nombre d'analyses HPV augmenterait proportionnellement à l'augmentation de la participation. Dans le scénario EDR, le nombre d'analyses HPV augmenterait de 7,5 % par rapport à la situation actuelle. Il augmenterait de 9,8 % dans le scénario PS+EDR et de 11,4 % dans les scénarios EDI, PS+EDI et APV. Il faut également noter que dans les scénarios PS+EDR, PS+EDI et APV, le nombre de PCU réalisés seraient diminués de moitié ou plus. Les données issues du SNDS suggèrent qu'actuellement les PCU sont réalisés à 74 % par les gynécologues. Une baisse de plus de 50 % pourrait conduire les autres effecteurs à ne plus réaliser l'acte de PCU, ce qui aurait pour effet d'augmenter son coût moyen compte tenu de la différence de coûts entre les consultations gynécologiques et celles de sage-femme, et aller contre les efforts des dernières années pour diversifier les effecteurs. Il faudrait dans ce cas associé une incitation à réaliser les PCU par les professionnels de soins primaires (SF, MG) dans le cadre du suivi gynécologique de prévention « simple » qui pourrait libérer du temps aux gynécologues pour réaliser les suivis gynécologiques complexes/spécifiques ou pathologiques et donc aussi pour les colposcopies qui augmenteraient également.

En termes d'impact budgétaire, tous les scénarios sont associés à une augmentation des dépenses d'organisation du dépistage en lien avec l'achat des kits APV et frais postaux. Cette augmentation est proportionnelle au niveau d'utilisation de l'APV. Elle est maximale pour le scénario APV avec une augmentation des dépenses de 80 M€ en 5 ans et minimale pour le scénario EDR avec une augmentation des dépenses de 22 M€ en 5 ans. Cette augmentation des dépenses serait toutefois totalement ou en partie compensée par la baisse des dépenses des consultations et des actes liés au dépistage dans la plupart des scénarios. Seul le scénario EDR est associé à une augmentation des dépenses de soins pour l'AM (+11,5 M€ en 5 ans) qui s'explique par l'augmentation de la participation associée à une augmentation de nombre de test HPV-HR réalisé, sans une substitution substantielle des PCU par des APV puisque l'APV n'est envoyé qu'à la relance. Malgré cette augmentation des dépenses pour l'AM dans le scénario EDR, le reste à charge diminue du fait de la prise en charge à 100 % du coût de l'analyse HPV par l'assurance maladie et de la substitution marginale à la relance du PCU par l'APV qui diminue les coûts de consultations. In fine, sur l'ensemble des perspectives, le scénario EDR est associé à une augmentation des dépenses de 23,2 M€ en 5 ans, dont 22,5 M pour l'AM si l'on inclut la prise en charge de 50 % des dépenses d'organisation. Dans tous les autres scénarios, l'augmentation des coûts liés à l'augmentation de la participation est compensée par une baisse des dépenses de consultation et de PCU liée à la substitution du PCU par l'APV. Dans le scénario EDI, la baisse du nombre de consultations et d'actes permet de réduire les dépenses pour l'AM de 15,9 M€ qui compense les 50 % des 34,3 M€ de dépenses additionnelles d'organisation, dont l'achat des kits conduisant à un impact budgétaire neutre à 5 ans pour l'AM. EDI est également associé à une réduction des dépenses de 48 M€ pour le reste à charge ce qui conduit au total cette stratégie à être associée à une réduction de 29,6 M€ en 5 ans sur un budget quinquennal du dépistage du cancer du col d'environ 1 milliard d'euros.

Les analyses de sensibilité réalisées confirment la robustesse de ces résultats vis-à-vis des hypothèses de participations avec des analyses probabilistes qui confirment que

même lorsque l'incertitude autour des paramètres est prise en compte, les résultats demeurent globalement inchangés.

Les limites du modèle sont celles des hypothèses qui ont été retenues. Pour la majorité de ces hypothèses, les analyses de sensibilité montrent peu d'impact de leur incertitude sur les conclusions. Toutefois, quelques-unes de ces hypothèses pourraient avoir un impact important. C'est le cas en particulier du taux de pertes de vue après un APV positif, notamment si celui-ci est largement utilisé. Ce risque devrait conduire à être prudent sur la diffusion des tests APV en particulier dans les scénarios PS+EDI ou APV qui pourraient être séduisants pour les économies importantes qu'ils génèrent au risque de voir l'efficacité du dépistage devenir inférieure à la stratégie actuelle. Il est également important de noter que ces résultats correspondent uniquement aux 5 premières années de l'introduction de ces stratégies dans une population naïve (hors expérimentation) de l'APV. Les données disponibles ne permettent pas de conclure sur les taux de participation des femmes ayant participé nouvellement du fait des dispositifs comparés dans ces scénarios.

En conclusion, ces résultats suggèrent que le scénario EDR serait le meilleur scénario à mettre en place initialement, permettant d'augmenter la participation de 7,6 % et les lésions diagnostiquées de 4,9 % pour un impact budgétaire modéré (+2,2 %). Il pourrait être remplacé à terme par le scénario EDI qui permet une participation supérieure et une légère augmentation des lésions dépistées pour un coût équivalent à la stratégie actuelle pour l'AM et une diminution du reste à charge pour les femmes. La mise en place progressive à la relance puis à l'invitation permettrait également une montée en charge progressive de l'APV en s'assurant des conditions d'utilisation et de pertes de vue. Les scénarios PS+EDI et APV pourraient être envisagés à plus long terme. Ils permettent des économies pour l'AM et le reste à charge pour une efficacité du dépistage supérieur à la stratégie actuelle, mais qui dépend d'une incertitude importante à l'heure actuelle sur le taux de pertes de vue dont le risque n'est probablement pas justifié par des économies comprises entre 20 et 32 M€ en 5 ans pour l'AM. Ces scénarios posent également des questions également en termes d'activité des professionnels de santé avec une réduction de 6M à 9M sur 5 ans des PCU réalisés et une diminution de 1M des consultations réalisées pour le dépistage.

Conclusion

L'usage des APV même s'il est recommandé comme une modalité de dépistage à proposer aux femmes de plus de 30 ans non participantes dans les recommandations HAS de 2019 reste une option nouvelle par rapport à l'organisation initiale du dépistage.

Concernant les scénarios EDR, EDI, EDR/EDI+PS alors que les CRCDC trouvent naturelle la modalité d'envoi direct à l'invitation ou à la relance pour faire augmenter les taux de participation, les professionnels sont presque unanimement favorables à la remise des kits uniquement par un professionnel.

Toutefois, comme le souligne le Collège national des sages-femmes de France, l'envoi lors de la relance d'un kit au domicile des femmes non participantes est la principale stratégie évaluée dans les essais. Cette dernière a montré qu'elle permettait

d'augmenter la participation des femmes non dépistées et qu'elle était coût-efficace. À l'inverse, la remise par un professionnel de santé (médecin généraliste, pharmacien, etc.) constitue une stratégie quant à elle a priori peu efficace d'après les données de la littérature. C'est d'ailleurs pour cette raison que la stratégie de remise par le professionnel était proposée dans les scénarios EDR et EDI comme une modalité complémentaire à un envoi direct par une structure de dépistage.

L'analyse d'impact budgétaire des différents scénarios d'APV réalisée dans le cadre de l'étude vient renforcer ces conclusions. Elle met en avant que les scénarios d'envoi direct à la relance et à l'invitation sont ceux qui permettent d'augmenter la participation et le nombre de lésions diagnostiquées pour un impact budgétaire modéré. La remise par le professionnel nécessiterait d'être évaluée puisqu'il existe une incertitude quant à l'augmentation des pertes de vue qui pourraient y être associée tout comme avec la stratégie d'APV comme unique modalité de dépistage.

Par ailleurs, l'ensemble des représentants des professionnels de santé s'accordent sur le fait que la remise du kit et le retour du prélèvement en officine ne sont pas adaptés à la fois pour des raisons de confidentialité lors de la remise, mais également pour des aspects en lien avec le respect des normes de qualité en vigueur concernant le circuit du prélèvement.

Quel que soit le scénario d'APV, une crainte semble exister chez les professionnels ainsi que chez les CRCDC quant au recul du suivi gynécologique de prévention ou de routine que pourrait générer l'utilisation des APV (notamment pour les scénarios proposant l'APV à l'ensemble des femmes). Il est important de souligner que le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas l'unique objectif du suivi gynécologique de routine. La prescription de contraception, le dépistage des infections sexuellement transmissibles ou encore le dépistage d'autres cancers gynécologiques font également partie des objectifs de celui-ci. Ainsi, estimer que proposer l'APV pourrait générer un recul du suivi gynécologique chez des femmes qui le réalisait auparavant conduit à s'interroger sur l'information délivrée à ces dernières concernant les objectifs de ce suivi.

Par ailleurs, si on peut comprendre que, pour les professionnels, « l'acte » de dépistage soit associé à l'examen gynécologique dans le cadre du suivi gynécologique de routine, on notera que cela ne s'appuie sur aucune recommandation. En effet, le HCE dans le Rapport n° 2018-06-26 — SAN-034 (voté le 26 juin 2018 portant sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical) recommande l'élaboration et la diffusion d'une recommandation globale de bonnes pratiques concernant le suivi gynécologique « de routine ». Lors de l'élaboration de ce rapport, les membres de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du HCE ont d'ailleurs suggéré à la HAS d'inscrire cette thématique à son programme de travail. Les résultats de l'enquête conduite auprès des professionnels dans le cadre de cette étude confirment ce besoin.

Concernant le scénario comme unique modalité de dépistage primaire, il est rejeté massivement par les acteurs interrogés, car en rupture totale avec le fonctionnement actuel. Les pertes de revenus générées par ce type de stratégie pour les acteurs sont non négligeables comme cela est souligné par les CRCDC et constituent un frein

important à la mise en œuvre d'une telle stratégie. L'analyse de l'impact budgétaire met en avant la même conclusion.

Par ailleurs, il n'existe à ce jour pas de recommandations allant dans ce sens et aucun pays étudié dans le rapport de phase 1 n'a prévu de proposer l'APV comme la principale modalité de dépistage en population générale. Toutefois, comme le souligne le Conseil national professionnel de biologie médicale et le Collège national des sages-femmes de France et comme cela est le cas aux Pays-Bas ou encore en Australie, une stratégie basée sur le libre choix des femmes quant à leur mode de prélèvement pour la réalisation du dépistage pourrait être une organisation cible intéressante. Celle-ci nécessiterait au préalable une phase d'expérimentation.

Ce constat est en cohérence avec l'analyse d'impact budgétaire réalisée dans le cadre de l'étude.

Quelle que soit la modalité vers laquelle le programme évoluera, une information massive des professionnels de santé est recommandée (données scientifiques sur lesquelles ce choix est fondé et bénéfices attendus pour les femmes) pour en améliorer l'acceptabilité ainsi qu'une information renforcée des femmes quant à la nécessité d'effectuer un PCU après test HPV-HR positif afin de limiter les pertes de vue (information via notice accompagnant le dispositif, par les professionnels de santé, par les courriers associés à l'envoi du kit, etc.). En complément, dès lors que des recommandations seraient formulées sur le suivi gynécologique de prévention, il serait nécessaire de communiquer largement auprès des femmes sur l'ensemble des objectifs de ce suivi.

Enfin, la mise en œuvre d'un système d'information performant pour garantir la qualité du suivi des résultats semble indispensable pour limiter les pertes de chances notamment pour les femmes éloignées du système de soins.

6.2.3. Options stratégiques « d'aller vers »

Généralisation des stratégies « d'aller vers »

Prérequis

- Identification des territoires concernés sur la base d'indicateurs précis
- Soutien matériel et financier des tutelles afin de déployer sur chaque territoire concerné un dispositif mobile (moyen de transport, matériel médical, matériel d'analyse, colposcopie, APV, outils de communication, recrutement de médiateurs en santé, professionnels préleveurs et pour analyse...)
- Implication des associations et acteurs locaux engagés dans la santé et la réduction des inégalités tout au long du processus

Avantages

Avantages transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> Gain de participation dans certaines catégories de la population par la mise en place de stratégie de dépistage de type « Aller vers » Favorise la participation de certaines catégories de la population actuellement peu dépistées au dépistage du CCU et favorise la sensibilisation à la santé gynécologique Réduction des inégalités 		
Avantages identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> Permet d'aller au plus près de la population et donc de toucher des femmes éloignées en s'adressant directement et individuellement à elles
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Permet d'améliorer la couverture du dépistage pour les femmes de certains territoires isolés, comportant de nombreuses femmes en difficultés sociales ou éloignées du système de santé (ex. : Mayotte ou Guyane)
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> Permet d'assurer la réduction des inégalités territoriales de santé en proposant une réponse adaptée aux femmes éloignées du soin Permet l'amélioration de la couverture du dépistage pour les femmes non participantes, car éloignées de toutes prises en charge
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> Permet d'assurer la réduction des inégalités territoriales de santé en proposant une réponse adaptée aux femmes éloignées du soin Permet l'amélioration de la couverture du dépistage pour les femmes non participantes, car éloignées de toutes prises en charge
Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> Permet l'augmentation de la couverture du dépistage notamment pour les femmes précaires et les femmes plus éloignées du système de santé, qu'il s'agisse de zones isolées, de zones rurales ou de zones urbaines
	Collège national des sages-femmes de France	<ul style="list-style-type: none"> Permet l'augmentation de la couverture du dépistage notamment pour les femmes précaires et les femmes plus éloignées du système de santé
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Permet l'augmentation de la couverture du dépistage notamment pour les femmes précaires et les femmes plus éloignées du système de santé Permet de rassurer les femmes en intervenant au plus près d'elles et de lever certaines barrières psychologiques au dépistage

	Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de toucher les populations non participantes identifiées sur son territoire (notamment les populations précaires) • Permet aux populations les plus isolées d'avoir accès à la colposcopie de manière plus efficiente
Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'améliorer la couverture du dépistage pour les femmes de certains territoires isolés, comportant de nombreuses femmes en difficultés sociales ou éloignées du système de santé (ex. : Mayotte ou Guyane)
Pharmaciens	Conseil national de l'ordre des pharmaciens	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du dépistage probable par le recours aux CeGIDD des populations marginalisées, et opportunité de réaliser d'autres dépistages sur d'autres pathologies
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'améliorer la couverture du dépistage pour les femmes précaires et/ou éloignées du système de santé et de toutes prises en charge • Permet l'empouvoirement des femmes (instruites pour faire seules, sensibilisées à la santé sexuelle et au suivi gynécologique global)
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patientes/dans la lutte contre les inégalités : accès à des populations éloignées du monde médical et aux femmes réticentes aux frottis, confort d'accès. • Pour les préleveurs : augmentation de leur patientèle dépistée. • Pour les biologistes/pathologistes : augmentation d'activité. • Pour les CRCDC : augmentation des taux de participation.
	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Gain de participation dans certaines catégories de la population • Réduction des inégalités
	CRCDC Nouvelle-Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de toucher les populations non participantes identifiées sur son territoire
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> • Gain de participation dans certaines catégories de la population par la mise en place de stratégie de dépistage de type « Aller vers » • Favorise la participation de certaines catégories de la population actuellement peu dépistées au dépistage du CCU et favorise la sensibilisation à la santé gynécologique • Réduction des inégalités

CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patientes, diversification de l'offre de dépistage • Pour les professionnels préleveurs, libérer du temps pour certains, nouvelles compétences pour d'autres • Pour les CRCDC, augmenter la participation • Dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales, Augmentation de la participation... • Généralisation d'équipes mobiles : proximité, augmentation de la participation au dépistage chez des femmes éloignées du système de santé
CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès, et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, démarche d'aller vers des personnes qui s'isolent (intérêt des médiateurs même dans des territoires avec une offre de soins conséquente), le passage régulier d'une unité mobile est reconnu et permet que la population réticente soit « apprivoisée » et gagne en confiance • consultation spécialisée (colposcopie ou prélèvement par un gynécologue pour un suivi d'un test HPV positif) proche du domicile des femmes.
CRCDC Auvergne- Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt des unités mobiles et de la possibilité de médiateurs
CRCDC Hauts de France	<ul style="list-style-type: none"> • Gain de participation dans certaines catégories de population • Réduction des inégalités
CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des inégalités d'accès
CRCDC Île- de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de ramener des femmes vers le soin • Augmentation des taux de dépistages • Réduire les inégalités
CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> • La diversification des préleveurs et la médiation par des acteurs relais bien identifiés par les femmes ont un impact certain sur la participation des femmes fréquentant ces associations, mais peu d'effet sur la population en général. • L'idée d'utiliser des unités mobiles dans les territoires éloignés des structures de soin est intéressante, mais attention à la peur de la stigmatisation (HPV et sexualité) notamment en raison de l'utilisation d'unités mobiles pour dépister la tuberculose.
Acteurs n'ayant pas identifié d'avantages supplémentaires	Société française de colposcopie et de pathologies cervico- vaginales CRCDC Guadeloupe
Non répondant	CRCDC Corse

Inconvénients

Inconvénients transversaux pré-identifiés		
<ul style="list-style-type: none"> • Identification des territoires concernés sur la base d'indicateurs précis • Soutien matériel et financier des tutelles afin de déployer sur chaque territoire concerné un dispositif mobile (moyen de transport, matériel médical, matériel d'analyse, colposcopie, APV, outils de communication, recrutement de médiateurs en santé, professionnels préleveurs et pour analyse...) • Implication des associations et acteurs locaux engagés dans la santé et la réduction des inégalités tout au long du processus 		
Inconvénients identifiés par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de faible efficacité : être vigilant à l'effet « gadget » et veiller à s'assurer de l'articulation avec le tissu local et de la capacité à convaincre et pas seulement sensibiliser pour permettre une réelle amélioration de la couverture du dépistage pour les non participantes
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de faible efficacité : rapport coûts/bénéfices vraisemblablement très déséquilibré (dispositif coûteux humainement et financièrement, difficilement généralisable, touchant, in fine, peu de patientes non participantes) • Risque de non-augmentation de la couverture du dépistage pour les patientes ciblées
Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de concurrence déloyale ressentie de la part de certains professionnels pouvant mettre en risque leur implication à long terme dans le dépistage organisé (vigilance à avoir sur la bonne articulation et concertation avec les acteurs locaux) • Risque de non-amélioration des indicateurs de réintroduction dans le système de santé (faiblesse de la capacité à mettre en place un suivi plus global notamment pour les positives, à aller jusqu'à la colposcopie et au-delà)
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non-amélioration des indicateurs de réintroduction dans le système de santé (pas de création d'un lien de confiance entre la femme et l'unité mobile permettant un suivi plus global notamment pour les positives)
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de ne pas atteindre les populations cibles et de ne pas concourir à la réduction des inégalités de santé • Risque de surcoûts sans bénéfices avérés en matière d'augmentation de la couverture du dépistage et de réintroduction dans le système de santé (pas de création d'un lien de confiance entre la femme et l'unité mobile permettant un suivi plus global notamment pour les positives) • Risque de déperdition d'énergie des professionnels et de moyens financiers

Médecins	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> • Risque en matière d'acceptabilité des professionnels maillant le territoire d'intervention. Risque de désengagement des professionnels du dépistage. • Risque de faible voire non-amélioration de la couverture du dépistage pour les zones rurales et urbaines présentant également de forts taux de femmes non participantes (précaires ou éloignées de prise en charge médicale et gynécologique)
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de concurrence déloyale ressentie de la part de certains professionnels pouvant mettre en risque leur implication à long terme dans le dépistage organisé
CRCDC	CRCDC La Réunion	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de faiblesse du suivi des femmes dépistées • Risque de perte de revenus • Difficultés organisationnelles
	CRCDC Bourgogne — Franche-Comté	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte de vue des femmes venant se faire dépister par ce biais, en l'absence de suivi gynécologique régulier (populations migrantes, défavorisées, très isolées dans les territoires d'outre-mer...)
	CRCDC PACA	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte de vue des femmes venant se faire dépister par ce biais, en l'absence de suivi gynécologique régulier (populations migrantes, défavorisées, très isolées dans les territoires d'outre-mer...) • Peu de recul sur un usage généralisé dans les territoires concernés • Difficulté à définir précisément quels territoires concernés, quel circuit, quelle fréquence de passage... • Pour les territoires ultra-marins tels que Mayotte et la Guyane, difficulté liée à la prise en charge hospitalière pouvant résulter suite au passage de l'unité mobile (difficulté d'accès géographique, refus...)
	CRCDC Centre-Val de Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de faiblesse du suivi des femmes dépistées • Risque de perte de revenus et de désengagement de certains acteurs qui se sentiraient dépossédés de leurs attributions • Difficultés organisationnelles
	CRCDC Occitanie	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de faiblesse du suivi des femmes dépistées • Risque d'augmentation des pertes de vue • Risque de dérapages budgétaires
	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés organisationnelles pour les CRCDC • Risque de conflit avec les professionnels de santé locaux qui suivent les patientes, • pas de suivi personnalisé (le personnel de l'unité mobile sera différent à chaque passage). • Dispositif très onéreux pour une participation faible
	CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés d'acceptation par les professionnels locaux
	CRCDC Hauts-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte de vue des femmes venant se faire dépister par ce biais • Difficultés organisationnelles

	CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte de chance pour les femmes. • Coûts très élevés pour l'unité mobile et les personnels participants.
	CRCDC Île-de-France	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de perte du suivi clinique • Risque d'augmentation des pertues de vue
	CRCDC Grand Est	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de stigmatisation des patientes, gêne face à un examen gynécologique dans une unité mobile
Acteurs n'ayant pas identifié d'inconvénients supplémentaires		Conseil national professionnel des pathologistes Syndicat des médecins pathologistes français Collège national des sages-femmes de France Conseil national de l'ordre des pharmaciens Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale CRCDC Guadeloupe CRCDC Nouvelle-Aquitaine
Non répondant		CRCDC Corse

Faisabilité & acceptabilité

- Possible à court terme, car déjà déployé dans certains territoires
- Dépendant des financements associés (matériel, professionnels...)
- Dépendant de la mobilisation des associations et des acteurs locaux au contact des populations cibles

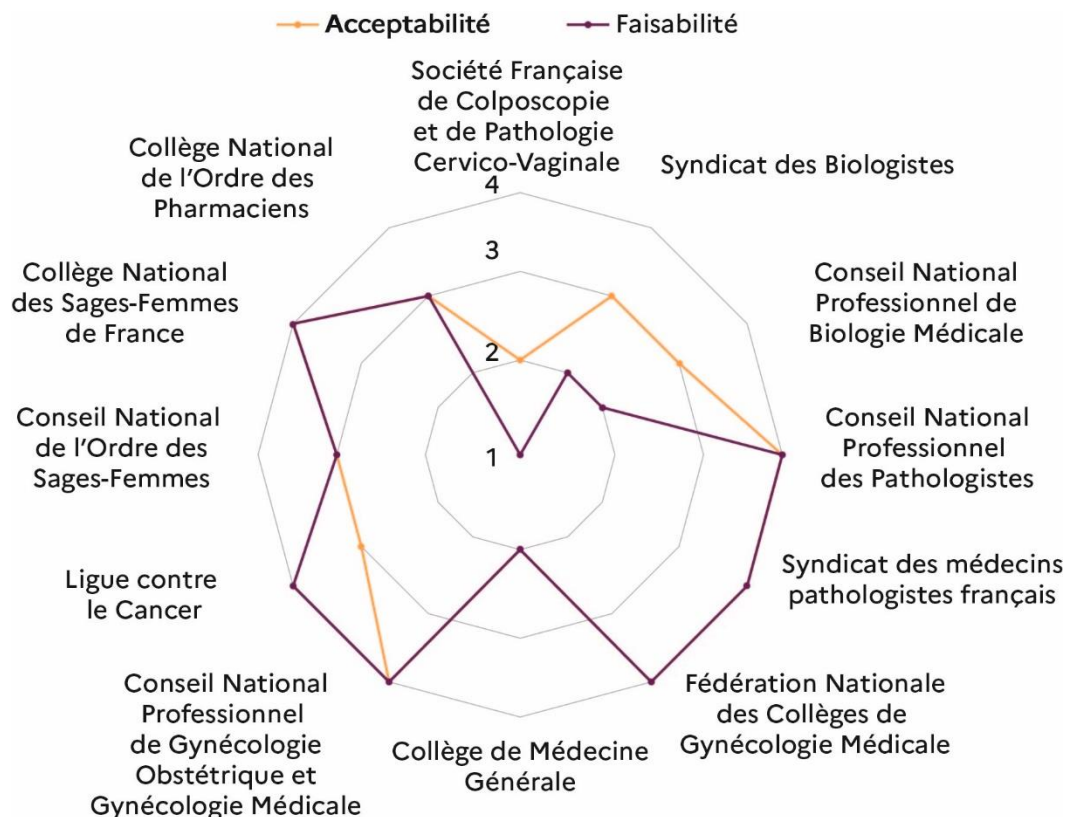


Figure 27. Position des acteurs interrogés sur le scénario stratégies d'« aller-vers »

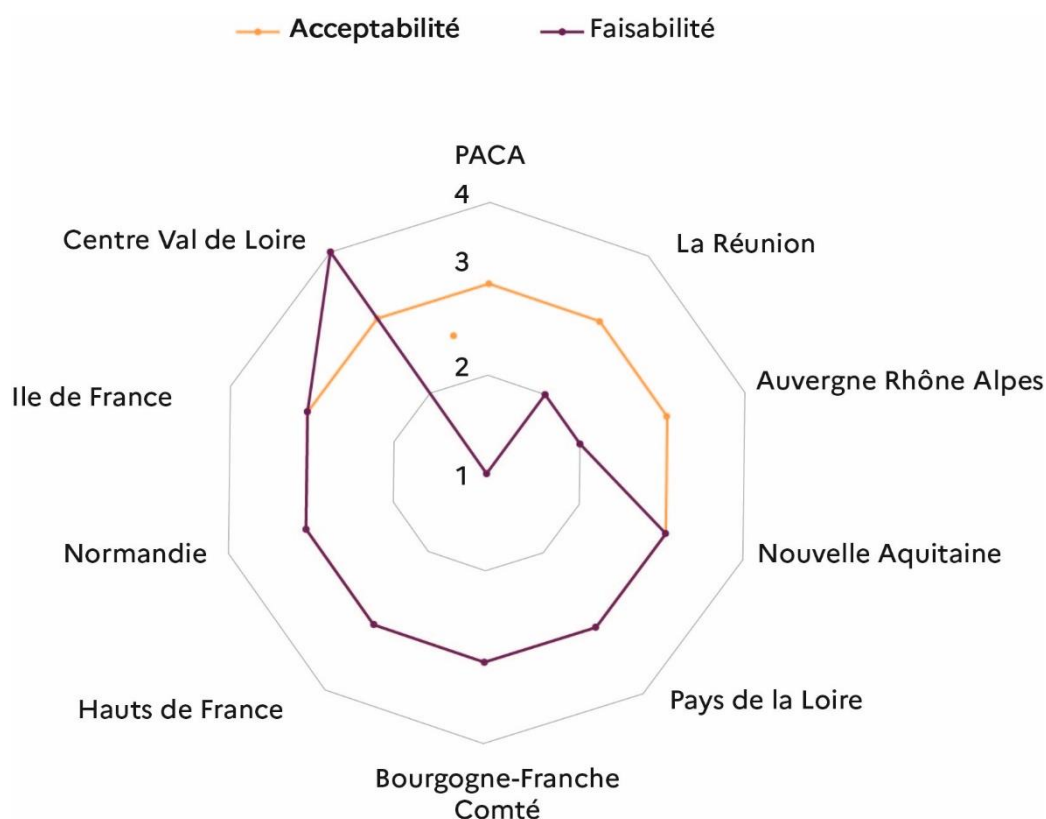


Figure 28. Position des CRCDC sur le scénario stratégies d'« aller-vers »

Coûts & gains

Différentiel de coûts de production (perspective collective vie entière)	Gains en termes de santé publique
<p>L'application de solutions spécifiques pour les Territoires présentant des difficultés d'accès aux soins se traduira inévitablement par une augmentation des coûts de production.</p> <p>Toutefois, cette mesure peut contribuer à une meilleure participation des femmes et une meilleure qualité des examens et du suivi réalisé et donc à une réduction à terme des coûts liés aux cancers.</p> <p>Le bilan total des coûts est difficile à estimer, car fortement dépendant de la nature de l'organisation mise en place et de ses effets induits en termes de participation des femmes ciblées</p>	<p>L'objectif visé est d'augmenter la participation des femmes, ce qui devrait réduire la morbi-mortalité du CCU et améliorer la qualité de vie à long terme.</p>

Alternatives proposées

Alternatives proposées par les acteurs		
Biologistes médicaux	Syndicat des biologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer élus et acteurs locaux, associations, relais communautaires pour engager un travail de conviction des femmes sur le terrain (aller au-delà de la communication et de la sensibilisation)
	Conseil national professionnel de biologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les structures de proximité existantes (centres communaux, CCAS, planning familial...)
Pathologistes	Conseil national professionnel des pathologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les pôles de santé (en développement dans les zones rurales), les centres de planning familial comme lieux de dépistage des femmes rencontrant certaines difficultés et ne se faisant pas dépister • Disposer d'une impulsion nationale et de directives nationales pour mettre en œuvre ce dispositif sur les territoires
	Syndicat des médecins pathologistes français	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les structures publiques dans cette mission de santé publique : faire en sorte que les structures hospitalières soient en charge de l'analyse de l'ensemble des prélèvements issus des unités mobiles sans passer par des appels d'offres • Impliquer les CGIDD et les CCAS en tant qu'unités de dépistage de proximité • Intégrer l'ensemble des dépistages à l'unité mobile
Sages-Femmes	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • S'appuyer, notamment pour les zones urbaines, sur les CEGIDD comme acteurs de déploiement de ces unités mobiles. Mettre en place un partenariat sur le champ des IST pour élargir le champ d'intervention de ces unités mobiles. • Mettre en place des unités mobiles incluant toutes les dimensions du dépistage : par exemple coupler dépistages du sein et CCU, avec, également, de l'information sur la vaccination HPV.
Gynécologues/colposcopistes	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les centres hospitaliers généraux, les centres et maisons de santé pour atteindre les femmes en milieu rural (mise en place de permanences pour le dépistage avec un bureau dédié au dépistage avec tout le matériel nécessaire pour effectuer le dépistage.) • Mobiliser les CEGIDD pour diversifier les modalités de dépistage de proximité
	Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser en lieu et place des unités mobiles, les réseaux de soins locaux et favoriser dans les structures de soins locales le développement d'une culture de la prise en charge de la précarité

Médecins généralistes	Collège de médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> S'appuyer sur le tissu local qui est en pleine structuration notamment à travers les CPTS
Association	Ligue contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> Repenser l'organisation « RH » des unités mobiles : étant focalisé sur l'APV, il serait possible de ne pas se reposer uniquement sur les professionnels de santé et de solliciter d'autres types de personnels (associatifs). Le modèle de l'autotest VIH est à étudier.
CRCDC	CRCDC Pays de la Loire	<ul style="list-style-type: none"> Développer les remises d'APV par la Poste avec un suivi de la réalisation du test et l'appui d'associations ou appels téléphoniques personnalisés. Activer la formation de médiateurs de santé en lien avec les cabinets médicaux. Faciliter les installations des sages-femmes pour augmenter l'accès aux prélèvements cervico-utérins. Faciliter les prises de rendez-vous pour les colposcopies dans les centres hospitaliers locaux avec des créneaux réguliers rapides. Un suivi personnalisé (de la démarche d'aller-vers, puis réalisation du test puis suivi si test positif) avec un dossier transversal dans un SI commun. Développer des coordinateurs dans les MSP ou CPTS pour libérer les professionnels de santé de la part administrative pour se concentrer sur le soin. Former les MG à des examens gynécologiques et colposcopie.
	CRCDC Auvergne-Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> Développer la présence de préleveurs dans les structures locales existantes : centre de planification, CES, centres sociaux, structures mutualistes...
	CRCDC Normandie	<ul style="list-style-type: none"> S'appuyer plutôt sur les associations locales, les maisons de santé, les CPTS, introduire des vacations de spécialistes dans les territoires isolés.
Acteurs n'ayant pas identifié d'alternative		<p>Collège national des sages-femmes de France Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale Conseil national de l'ordre des pharmaciens CRCDC La Réunion CRCDC Bourgogne — Franche-Comté CRCDC Guadeloupe CRCDC Nouvelle-Aquitaine CRCDC PACA CRCDC Centre-Val de Loire CRCDC Occitanie CRCDC Hauts-de-France CRCDC Île-de-France CRCDC Grand Est</p>
Non répondant		CRCDC Corse

Analyse de l'option stratégies d'« aller-vers »

La plupart des acteurs est favorable à ce type de scénario, mais estime qu'il ne capitalise pas assez sur l'existant. Le Collège de la médecine générale indique notamment que cette option est construite sans prendre en compte ce qui est mis en place par les CPTS sur les territoires. De fait, bâtir une organisation de type équipe mobile, qui viendrait s'imposer à l'existant sur un territoire donné pour atteindre ces publics cibles, semble difficile en termes d'acceptabilité pour les professionnels présents sur ce territoire.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens et le Conseil national de l'ordre des sages-femmes identifient de leur côté les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) comme des acteurs avec qui collaborer pour ce type de démarche.

Le Conseil national de l'ordre des sages-femmes et le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale estiment que cette option est une alternative complémentaire très intéressante à apporter dans les campagnes, et aussi dans certaines zones urbaines. Le Collège national des sages-femmes de France y est aussi très favorable et estime que c'est la mobilité des professionnels qui fait que certaines populations isolées vont se faire suivre, avec des acteurs qui interviennent au plus près d'eux. Ce constat est partagé par le Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale qui estime que l'avenir de la colposcopie est de se déplacer vers les femmes.

De son côté, la Société française de colposcopie et de pathologies cervico-vaginales estime que la mise en place de l'APV pour atteindre les populations cibles décrites dans l'option de scénario suffit, les unités mobiles ne seraient pas nécessaires en plus de ces derniers. Elles pourraient éventuellement être envisagées pour sensibiliser les populations cibles et remettre les kits d'APV.

Les CRCDC estiment que ce type de stratégies est efficace pour améliorer l'accès au dépistage et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ils pointent par ailleurs les coûts importants que peuvent représenter ces stratégies.

L'IARC estime que toute mise en place d'une unité mobile de dépistage doit être contrôlée d'un point de vue économique, et médical : il faut veiller à ce que le coût associé reste maîtrisé et que les intervalles de dépistage des populations ciblées soient respectés.

En conclusion, si la majorité des acteurs sont favorables à ce type de scénario, ces derniers doivent s'appliquer dans des territoires spécifiques préalablement identifiés et de manière concertée avec les acteurs déjà présents afin de ne pas interférer avec les actions en place. Il est également préconisé d'évaluer l'efficacité de ces stratégies après une phase d'expérimentation sur un territoire donné avant pérennisation.

**AVIS DU COMITÉ
DE PILOTAGE SUR
LES PRÉCONISATIONS
FORMULÉES**

7. PRÉCISIONS SUR L'INSTRUCTION DES SCÉNARIOS EN PHASE 2

Le Comité de pilotage a été sollicité à chaque phase du projet afin de rendre un avis sur les choix méthodologiques, la mise en œuvre et les résultats des analyses. À l'issue de la phase 2, le COPIL a conclu que l'analyse menée sur les scénarios organisationnels proposés n'avait pas permis de déterminer un scénario à privilégier vis-à-vis des autres. L'enseignement principal de cette analyse des options structurelles est qu'aucun des scénarios proposés ne semble plébiscité (ou unanimement rejeté) par les acteurs ayant participé aux instructions (CRCDC ou représentations professionnelles) ;

Les analyses complémentaires approfondies qui ont été menées ont permis de constater que les options constitutives des différents scénarios pouvaient en revanche remporter des suffrages et appréciations plus tranchés permettant de les analyser individuellement.

Des préconisations ont été élaborées à partir de l'analyse réalisée et soumise au COPIL pour avis.

8. PRÉCONISATIONS FINALES ET AVIS DES MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE

Ces analyses complémentaires approfondies ont permis d'identifier, pour chacune des étapes clés du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, la préconisation ou ensemble de préconisations à mettre en œuvre pour permettre au programme de répondre à ses objectifs. Pensées de manière modulable, ces préconisations à chacune des étapes peuvent ainsi être concaténées et constituer un scénario mixte unique, reprenant les éléments considérés comme étant les plus pertinents des macro-scénarios organisationnels étudiés en première intention, et en mesure de répondre d'une part aux attentes des professionnels et CRCDC et de répondre d'autre part, aux objectifs du programme.

8.1. Préconisations portant sur les scénarios structurels

Typologie	Préconisation	Source	Positionnement des membres du comité de pilotage	Statut
Capitaliser sur l'expérience acquise durant la crise sanitaire	Développer l'utilisation des canaux numériques pour les invitations et relances de manière à favoriser le multicanal et à déployer des moyens de contact complémentaires à ceux déjà existants	État des lieux de la situation française	Favorables	Adoptée par le COPIL
	Envoyer à chaque médecin traitant la liste des patientes qu'il suit en indiquant si elles sont ou non à jour de leur dépistage (comme cela a été fait pour le statut vaccinal anti-covid19)	Instruction des scénarios – proposition représentations professionnelles	Favorables sous réserve d'un encadrement réglementaire (autorisation Cnil, arrêté encadrant le DOCCU)	Adoptée par le COPIL
	Accompagner et faciliter le déploiement de systèmes d'informations et de documents de soins interopérables avec l'objectif d'aboutir à un SI centralisé	État des lieux de la situation française	Favorables	Adoptée par le COPIL
Améliorer la qualité du parcours à travers le numérique	Capitaliser sur le développement de l'Espace numérique de santé pour envisager la création d'un parcours de dépistage	État des lieux de la situation française	Favorables	Adoptée par le COPIL
	Mettre en place un SI de gestion des résultats unique	Instruction des scénarios – proposition représentations professionnelles	Favorables sous réserve : <ul style="list-style-type: none"> • Que l'ensemble des comptes rendus soient standardisés et dans un format interopérable (y compris côté anatomocytologistes) 	Adoptée par le COPIL

			<p>pour aboutir au compte rendu intégré)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que les volets de contenus du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé soient effectivement intégrés aux SI existants sans attendre la mise en œuvre de ce SI unifié national • Qu'un cadrage soit mené pour déterminer quel sera le périmètre du SI (plateforme d'échange ou de stockage), intégration des résultats de toute la chaîne de prise en charge notamment colposcopie, intégration des résultats des autres dépistages 	
Renforcer la communication et sensibilisation des femmes	Profiter de tous les points de contact des femmes de la population cible avec le système de soins pour informer sur le dépistage : pharmaciens, biologistes médicaux...	Instruction des scénarios – proposition représentations professionnelles	<p>Favorables</p> <p>La mise en œuvre de cette préconisation impliquera pour les CRCDC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'élargir leurs cibles dans le cadre de la sensibilisation au DOCCU (en intégrant de nouveaux acteurs tels que les pharmaciens, biologistes médicaux...) • D'intégrer à cette préconisation les cibles 	Adoptée par le COPIL

			relevant des stratégies « d'aller vers » telles que les associations, maisons de quartier, CCAS...	
	Mener une campagne de communication grand public d'envergure sur le DOCCU afin de permettre une information pour toutes les femmes : professionnels actuellement habilités à pratiquer le dépistage ainsi que sur celles des autres effecteurs en cas de la diversification des préleveurs, délais recommandés entre deux tests, âges clés, information sur l'HPV, etc., et notamment, communiquer largement sur les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de dépistage.	Instruction des scénarios – proposition représentations professionnelles	Favorables La mise en œuvre de cette préconisation impliquera d'amplifier la campagne déjà existante (juin vert), semaine européenne de prévention contre CCU et de clairement définir les messages diffusés.	Adoptée par le COPIL
	Renforcer l'utilisation de canaux tels que les réseaux sociaux pour diffuser l'information	Instruction des scénarios – proposition représentations professionnelles	Favorables La mise en œuvre de cette préconisation impliquera la mise en place d'un système de veille visant à lutter contre les « fake-news »	Adoptée par le COPIL
Renforcer la sensibilisation/formation des professionnels sur le programme et sur le dépistage du	Mettre en place des stratégies de communication « Push »	Instruction des scénarios – proposition représentations professionnelles	Favorables	Adoptée par le COPIL
	Sensibilisation renforcée de l'information par les CRCDC	Instruction des scénarios –	Favorables	Adoptée par le COPIL

cancer du col de l'utérus	(dans le cadre des missions déjà prévues)	proposition représentations professionnelles		
	Sensibilisation et formation renforcées par les organisations professionnelles et les sociétés savantes	Instruction des scénarios – proposition représentations professionnelles	Favorables	Adoptée par le COPIL
	Axer les campagnes de communication des instances nationales telles que l'INCa sur le PN DOCCU en direction des professionnels	Instruction des scénarios – proposition représentations professionnelles	Favorables	Adoptée par le COPIL
	Inclure des modules de prévention dans les formations initiales des professionnels de santé qui intégrerait une partie portant sur les DO	Instruction des scénarios – proposition représentations professionnelles	Favorables La mise en œuvre de cette préconisation devra concerner à la fois la formation initiale et continue avec des actions de DPC. Le contenu devra être adapté aux autres éléments qui seront choisis pour l'évolution du programme (APV, sensibilisation aux stratégies « d'aller vers »...).	Adoptée par le COPIL
Évolution de l'offre de prélèvement	Compte tenu de la démographie médicale en tension (notamment des gynécologues médicaux), promouvoir un équilibre entre professionnels de soins primaires et professionnels spécialistes (gynécologues). Ainsi les premiers pourraient réaliser les dépistages dans le cadre du suivi gynécologique « simple » de prévention, les seconds disposant	État des lieux de la situation internationale complété d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles	Favorables en partie Mélanie Mercier (Cnam), Marie-Hélène Condé (Cnam), Saïd Oumeddour (Cnam) sont défavorables avec une préférence pour la diversification des préleveurs, en effet elle est défavorable au cloisonnement des pratiques des professionnels. Emilie Bouttier (DGS) précise que cette proposition d'évolution des	Adoptée partiellement par le COPIL

	<p>grâce à cela disposeraient de davantage de temps pour effectuer aussi les suivis gynécologiques spécifiques/complexes ou pathologiques comme cela est le cas dans de nombreux pays. Cela permettrait également de libérer du temps de spécialiste pour la réalisation des colposcopies. Concernant ce dernier point, un autre levier serait la revalorisation de l'acte de colposcopie.</p>		<p>missions de ces différents professionnels devra au préalable être soumise pour avis à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), car elle doit s'inscrire dans une réflexion globale de l'organisation de l'offre de soins.</p>	
	<p>Sécuriser la filière aval en cas de diversification des préleveurs par des protocoles de coopération</p>	<p>État des lieux de la situation internationale complété d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles</p>	<p>Favorables en partie Madame BENET-BOZETTO Nathalie (sage-femme) et le Dr HERON Isabelle (gynécologue médical) ont indiqué être défavorables à cette préconisation, car redoutent des ruptures de parcours du suivi gynécologique Les représentants favorables estiment que la diversification encadrée des préleveurs est nécessaire pour que les femmes aient plus de possibilités et pour faire face aux zones géographiques où l'accès aux soins est plus difficile. Les représentants défavorables s'inquiètent d'une potentielle rupture du parcours gynécologique</p>	<p>Adoptée avec réserves par le COPIL</p>

			Le Dr RUELLE (médecin généraliste) précise que la sécurisation de la filière aval doit prévoir le retour d'information vers le médecin traitant et vers la structure de dépistage.	
Évolution de l'organisation des analyses et de la coordination des parcours	En cas de centralisation des analyses (l'achat des dispositifs et la réalisation des tests de dépistage): évaluer l'impact économique généré par des appels d'offres sur les acteurs concernés	État des lieux de la situation internationale	Favorables à l'évaluation, mais défavorables à la centralisation Le comité de pilotage précise qu'il est défavorable à la centralisation, mais souhaite que le décideur puisse disposer d'une vision claire des conséquences financières pour les différentes parties prenantes en cas de centralisation de tout ou partie des analyses	Adoptée par le COPIL
	Renforcer, selon le degré de territorialisation (régionalisation ou centralisation) choisi pour certaines variables, les équipes des CRCDC notamment en matière de compétences spécifiques en gestion de données ou gestion d'appels d'offres.	État des lieux de la situation internationale et état des lieux français	Favorables	Adoptée par le COPIL
En conclusion des instructions menées, le comité de pilotage a souhaité ne conserver aucun des scénarios proposés et préconise l'orientation vers un scénario mixte reposant sur l'iso-organisation (optimisation de l'organisation actuelle) et intégrant pour certaines étapes de l'organisation des modalités centralisées au niveau national et une territorialisation d'autres étapes.				

Le Dr ALEMANY, anatomocytologiste, membre du COPIL a souhaité préciser les points suivants concernant son domaine d'expertise :

Il exprime un doute sur le fait qu'il y ait des structures en mesure de supporter l'activité nationale en HPV ET en cytologie. La centralisation au niveau national n'est d'après lui pas acceptable selon les précédentes consultations des différents acteurs et souhaite émettre une réserve importante sur ce point.

Il note également qu'il faut faire preuve de vigilance quant au fait qu'une même structure (groupe national) puisse répondre à de multiples appels d'offres territoriaux pour gagner de l'activité et espérer compenser une possible perte de marché dans son territoire habituel. D'autre part, il existe un risque que les structures retenues dans le cadre de marchés doivent sous-traiter à d'autres structures n'ayant pas été retenues à l'appel d'offres, voire ayant été acceptées dans un autre territoire. Le délai de réponse en serait allongé et le risque d'erreur (identité, destinataires et correspondants, perte du flacon de milieu liquide) augmenté.

Il précise également que la territorialisation pourrait avoir pour impact de déstabiliser les circuits de soins déjà établis avec les médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues et déstabiliserait aussi l'ensemble des structures ACP et LBM en place non retenus.

Il indique par ailleurs que la mise en place d'un compte rendu unique en ACP (éventuellement calqué sur le modèle des biologistes) est un préalable, l'accréditation dans les années à venir (le temps que cette nouvelle organisation du DOCCU soit mise en place) et la centralisation de l'information permettront de pallier et d'optimiser une iso-organisation.

8.2. Préconisations portant sur les scénarios APV

Préconisation	Source	Positionnement des membres du comité de pilotage	Statut de la préconisation
Élaborer et diffuser les recommandations nationales sur le suivi gynécologique de routine (cible, contenu, fréquence, objectif, etc.)	État des lieux de la situation française complété d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles	Favorables	Adoptée par le COPIL
Mettre rapidement à disposition des acteurs du DOCCU un référentiel précisant les modalités d'utilisation des APV et les caractéristiques techniques des tests.	État des lieux de la situation française complété d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles	Favorables Pour être mise en œuvre, cette préconisation devra s'articuler avec les recommandations de la HAS sur la recherche d'ARN	Adoptée par le COPIL Le référentiel a été publié en mai 2022

<p>Communiquer largement sur les données scientifiques portant sur l'APV auprès des professionnels de santé afin d'en améliorer l'acceptabilité en rappelant que l'APV ne se substitue pas à l'ensemble de la démarche de suivi gynécologique de la femme et ne constitue qu'une modalité de prélèvement supplémentaire</p>	<p>État des lieux de la situation française complété d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles</p>	<p>Favorables</p>	<p>Adoptée par le COPIL</p>
<p>Mettre en place une information renforcée des femmes quant à la nécessité de disposer d'un suivi gynécologique conforme aux recommandations établies (cf. première préconisation) en dehors du dépistage et d'effectuer un PCU après test HPV-HR positif afin de limiter les pertes de vue (information via notice accompagnant le dispositif, par les professionnels de santé, par les courriers associés à l'envoi du kit si envoi du kit à domicile, etc.).</p>	<p>État des lieux de la situation française complété d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles</p>	<p>Favorables</p>	<p>Adoptée par le COPIL</p>
<p>Promouvoir et accompagner la mise en œuvre de systèmes d'information performants pour garantir la qualité du suivi des résultats et limiter ainsi les pertes de chances notamment pour les femmes éloignées du système de soins.</p>	<p>État des lieux de la situation française complété d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles</p>	<p>Favorable</p>	<p>Adoptée par le COPIL</p>

Expérimenter, dans le cadre d'appels à projets, le libre choix pour toutes les femmes éligibles au dépistage quant à leur mode de prélèvement pour le dépistage (APV ou non)	États des lieux de la situation française et internationale complétés d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles	Favorables Mélanie Mercier (Cnam), Marie-Hélène Condé (Cnam), Saïd Oumeddour (Cnam), préconisent en complément de l'analyse d'impact budgétaire présentée dans le rapport et visant à donner de premières orientations sur la modalité à mettre en œuvre, de mener une étude médico-économique	Adoptée par le COPIL sous réserve de mener une étude médico-économique sur cette thématique
--	---	---	---

8.3. Préconisations portant sur les scénarios d'aller vers

Préconisation	Source	Positionnement des membres du comité de pilotage	Statut de la préconisation
Développer des stratégies d'aller-vers afin de mieux répondre aux spécificités de territoires et des populations.	États des lieux de la situation française et internationale complétés d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles	Favorables	Adoptée par le COPIL
Identifier les territoires et/ou les populations concernées et déployer ces stratégies de manière concertée avec les acteurs en place agissant déjà au sein de ces territoires ou auprès de ces populations (y compris les associations).	États des lieux de la situation française et internationale complétés d'une proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles	Favorables	Adoptée par le COPIL

Expérimenter, dans le cadre d'appels à projets de recherche ces stratégies pour en évaluer l'efficacité et l'efficience avant pérennisation	Proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles	Favorables	Adoptée par le COPIL
Intégrer à la réflexion la possible mutualisation des moyens mis en place entre les différents dépistages ou actions de prévention	Proposition issue de l'instruction des scénarios par les représentations professionnelles	Favorables	Adoptée par le COPIL

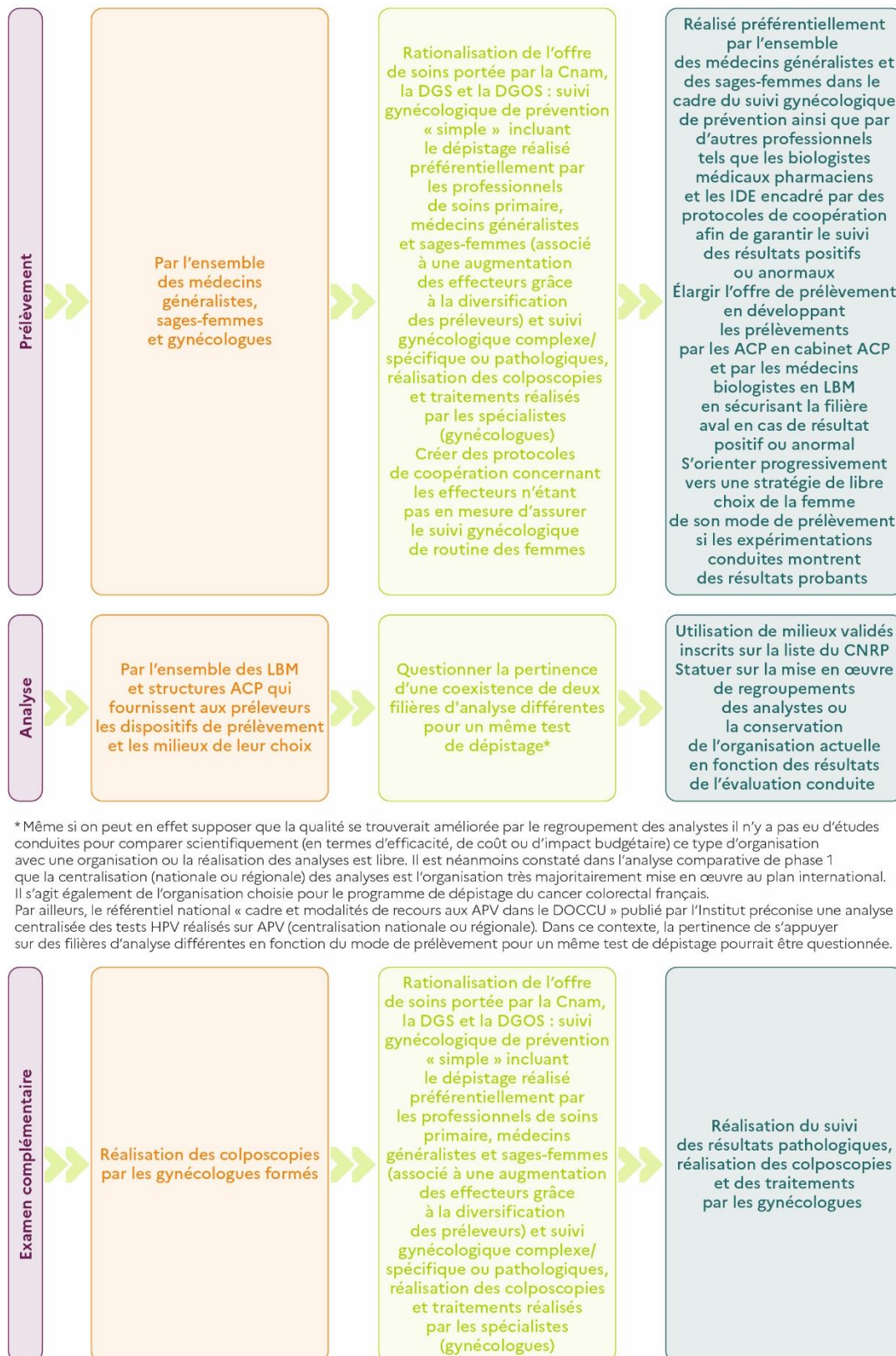
CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de décrire, évaluer et hiérarchiser des scénarios possibles de structuration du futur programme de dépistage organisé du CCU français incluant le test HPV-HR et les dispositifs d'APV à partir de leurs avantages et inconvénients ainsi qu'en fonction de critères de faisabilité et d'acceptabilité par les parties prenantes (opérateurs, professionnels de santé et population cible). L'élaboration de ces scénarios reposait notamment sur une analyse comparative des programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus à l'international qui a permis d'identifier les organisations transposables au dispositif français.

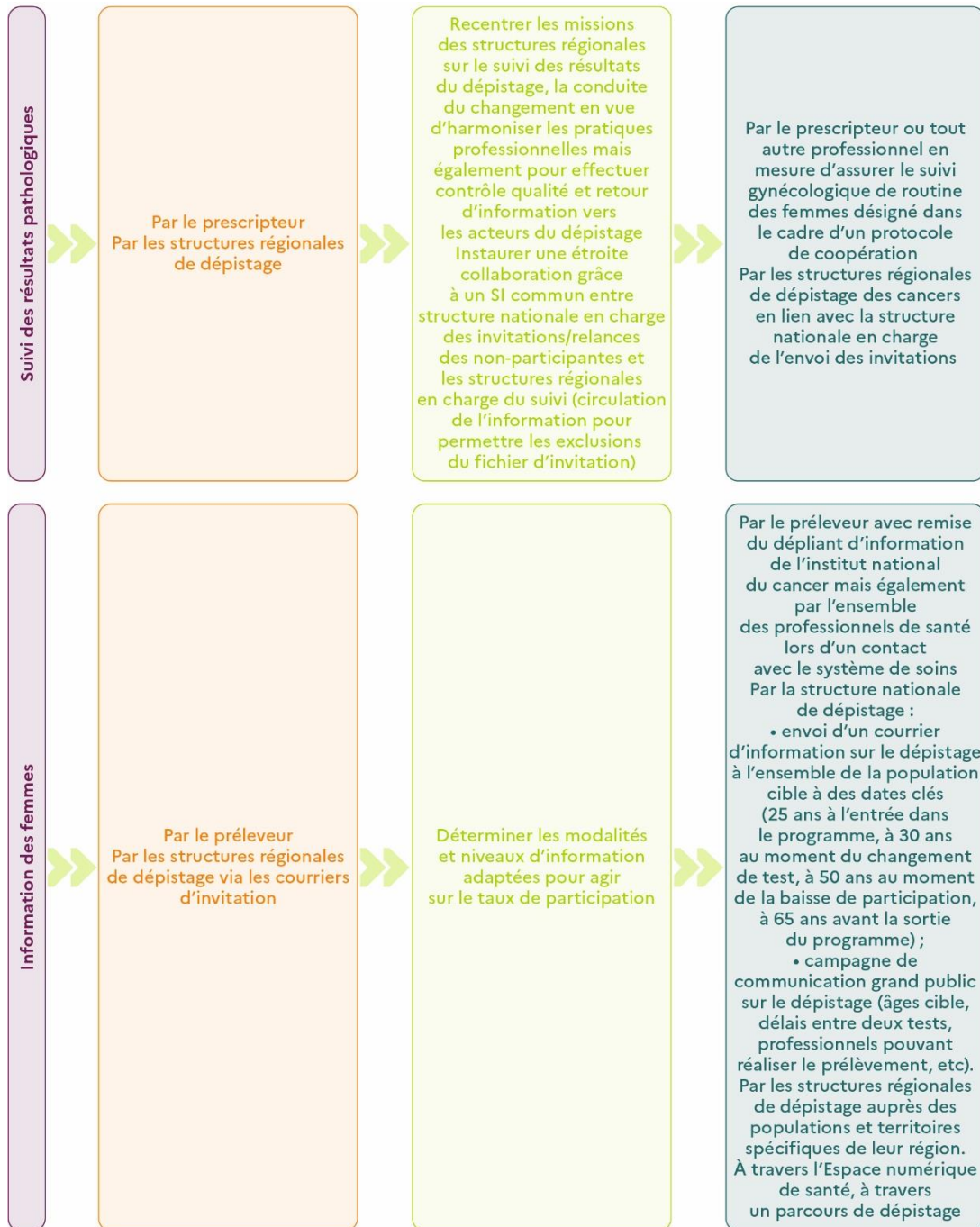
Les résultats de l'étude montrent que plusieurs évolutions peuvent être proposées pour permettre au programme d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés en termes de participation, de réduction de l'incidence, d'amélioration des pratiques et de lutte contre les inégalités de recours/d'accès au dépistage. On constate que s'il est possible de moduler le niveau de centralisation de certaines composantes du programme, il est également envisageable d'y implémenter de nouvelle modalité en matière d'information/communication auprès des professionnels et du grand public, de réorganiser l'offre de soin pour améliorer l'accès au dépistage ou encore de proposer des modalités complémentaires de dépistage telles que l'APV ou les stratégies d'aller vers.

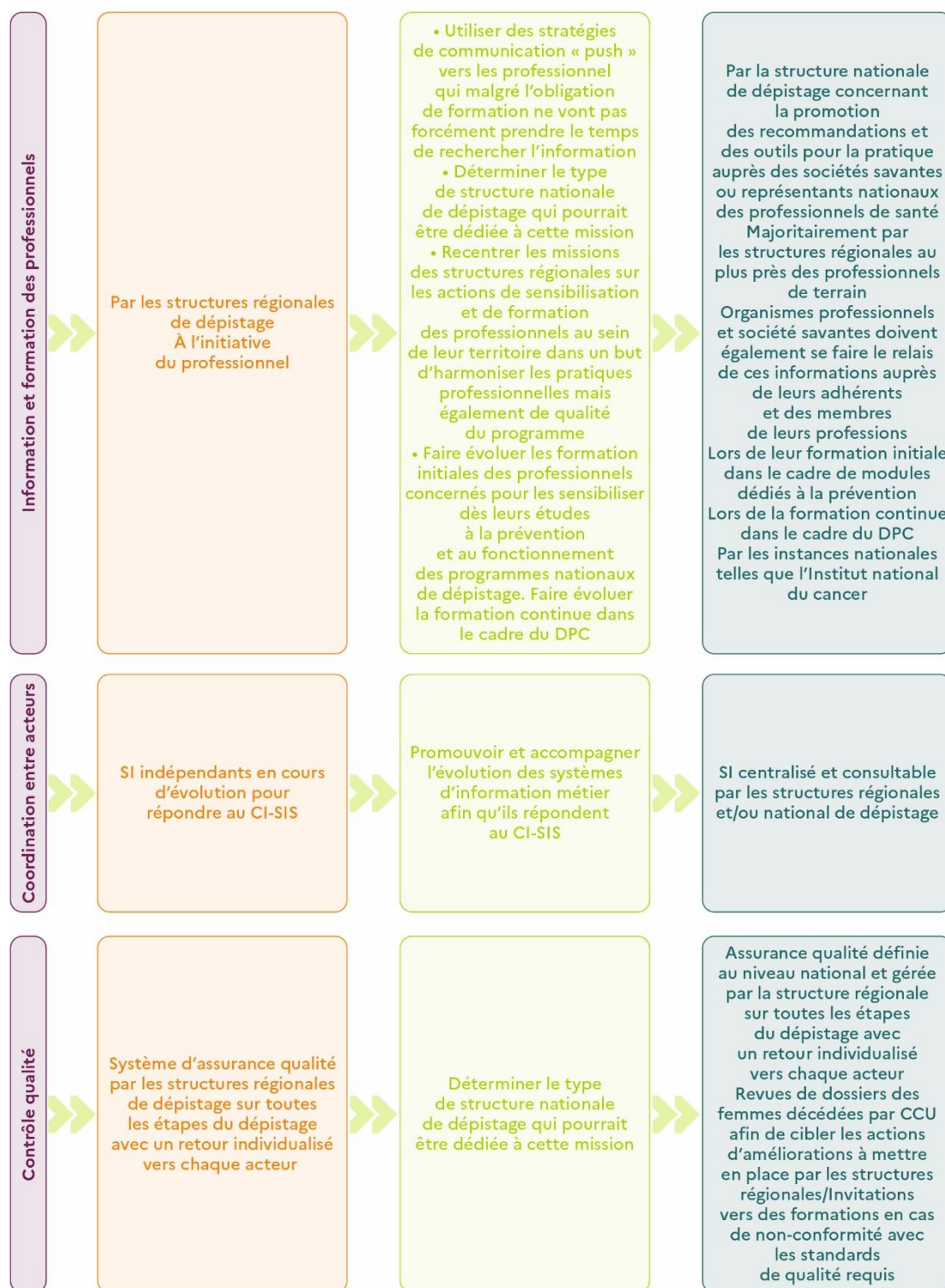
À partir de l'analyse des différents scénarios proposés et des préconisations discutées en COPIL, un scénario mixte avec des degrés de centralisation/décentralisation variables selon les composantes du programme est préconisé par l'Institut national du cancer. Le schéma cible ainsi que les évolutions à prévoir pour l'atteindre sont présentés ci-dessous :





* Même si on peut en effet supposer que la qualité se trouverait améliorée par le regroupement des analystes il n'y a pas eu d'études conduites pour comparer scientifiquement (en termes d'efficacité, de coût ou d'impact budgétaire) ce type d'organisation avec une organisation où la réalisation des analyses est libre. Il est néanmoins constaté dans l'analyse comparative de phase 1 que la centralisation (nationale ou régionale) des analyses est l'organisation très majoritairement mise en œuvre au plan international. Il s'agit également de l'organisation choisie pour le programme de dépistage du cancer colorectal français. Par ailleurs, le référentiel national « cadre et modalités de recours aux APV dans le DOCCU » publié par l'Institut préconise une analyse centralisée des tests HPV réalisés sur APV (centralisation nationale ou régionale). Dans ce contexte, la pertinence de s'appuyer sur des filières d'analyse différentes en fonction du mode de prélèvement pour un même test de dépistage pourrait être questionnée.





Certains éléments du scénario tels que le niveau de centralisation des appels d'offres ou l'identification/création d'une structure nationale de coordination du dépistage ne sont pas précisés dans le schéma cible, les différentes possibilités étant laissées à l'appréciation et à la décision du ministère.

La mise en œuvre de ce scénario impliquerait la modification ou l'évolution du rôle de certains acteurs du dépistage

Type d'acteurs	Modifications/évolutions des missions
Médecins généralistes	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution de la formation initiale et continue de ces professionnels pour y intégrer les programmes de prévention. • Renforcement de leur activité en matière de suivi gynécologique de prévention (incluant la réalisation des PCU de dépistage). • Renforcement de l'information des femmes sur le dépistage et le suivi gynécologique de prévention (dès lors que des recommandations seront disponibles sur le sujet).
Sages-Femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution de la formation initiale et continue de ces professionnels pour y intégrer les programmes de prévention. • Renforcement de leur activité de suivi gynécologique de prévention, incluant la réalisation des PCU de dépistage. • Renforcement de l'information des femmes sur le dépistage et le suivi gynécologique de prévention (dès lors que des recommandations seront disponibles sur le sujet).
Gynécologues	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution de la formation initiale et continue de ces professionnels pour y intégrer les programmes de prévention. • Assurer prioritairement les suivis gynécologiques spécifiques ou complexes ainsi que les suivis des résultats de dépistage pathologiques. • Renforcement de l'activité de colposcopie (augmentation de l'offre par la revalorisation de l'acte).
Infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution de la formation initiale et continue de ces professionnels pour y intégrer les programmes de prévention. • Réalisation de PCU pour le DOCCU dans le cadre de protocole de coopération.
Anatomocytopathologistes	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution de la formation initiale et continue de ces professionnels pour y intégrer les programmes de prévention. • Réalisation des PCU par ces professionnels en cabinet sur prescription du professionnel assurant le suivi gynécologique. • Utilisation de milieux validés inscrits sur la liste du CNRP. • Éventuels regroupements pour la réalisation des analyses (au niveau national ou régional).
Biologistes médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Évolution de la formation initiale et continue de ces professionnels pour y intégrer les programmes de prévention. • Renforcement de leur rôle dans l'information des femmes sur le dépistage. • Utilisation de milieux validés inscrits sur la liste du CNRP.

	<ul style="list-style-type: none"> • Éventuels regroupements pour la réalisation des analyses (au niveau national ou régional). • Développer la réalisation des PCU par les médecins biologistes en LBM sur prescription du professionnel assurant le suivi gynécologique. • de Biologistes médicaux, de pharmaciens : réalisation de PCU pour le DOCCU dans le cadre de protocole de coopération.
Sociétés savantes des différents acteurs du dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • S’inscrire comme un véritable relai de l’information au niveau national et local.
CRCDC	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la mission d’information des professionnels sur le programme et les bonnes pratiques. Nécessité de renforcer particulièrement l’information sur le fait que le PN DOCCU diffère des autres programmes de DO et que les femmes se faisant dépister spontanément sont incluses dans le dépistage organisé. • Renforcer l’information vers les populations et territoires spécifiques, développer les stratégies d’aller vers adapté et les partenariats. • Renforcer le suivi des femmes avec un résultat positif ou anormal. • Gestion de l’assurance qualité au niveau régional et retour d’information vers les professionnels.
Institut national du cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la communication et les outils destinés aux professionnels de santé sur lesquels repose le PN DOCCU. • Mettre en place des campagnes de communication grand public (destinées à l’ensemble de la population cible et pas seulement aux femmes invitées) portant notamment sur les délais à respecter entre deux tests.
Assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait être chargée de l’envoi des invitations aux non-participantes ainsi que des courriers d’informations destinés à l’ensemble de la population cible. • Développement de nouveaux canaux d’invitations et d’information (SMS, mail, via l’ENS).
Santé publique France	<ul style="list-style-type: none"> • Pourrait être chargé de définir l’assurance qualité du programme qui serait déclinée au niveau régional par les CRCDC.
HAS	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de recommandations en matière de suivi gynécologique de prévention.

La création d’un SI national centralisé pourrait être portée individuellement par la DGS, la Cnam, SpF ou l’Institut national du cancer. Il pourrait également faire l’objet d’un coportage pas plusieurs de ces agences.

Concernant plus spécifiquement l’intégration des APV dans le programme de dépistage, seul, le scénario d’envoi direct à la relance a été évalué à ce jour. L’analyse de l’impact budgétaire conduit dans le cadre de l’étude confirme que c’est le scénario

à mettre en place initialement, permettant d'augmenter la participation et les lésions diagnostiquées pour un impact budgétaire modéré. Le schéma cible reste toutefois l'envoi direct à l'invitation qui permettra une participation supérieure et une légère augmentation des lésions dépistées pour un coût équivalent à la stratégie actuelle pour l'AM et une diminution du reste à charge pour les femmes. Des expérimentations devront être conduites au préalable.

La stratégie du libre choix (proposition de l'APV par le professionnel aux femmes en dépistage spontané) est une perspective à plus long terme qui pourrait s'ajouter à l'envoi direct à l'invitation. Cela ne pourra être évalué qu'à partir du moment où des données en vie réelle sur l'utilisation des APV (notamment concernant les pertes de vue) seront disponibles.

En parallèle des évolutions structurelles et du déploiement des APV, des stratégies d'aller vers adaptées à chaque territoire par les structures régionales de dépistage doivent être développées. Il est impératif que cela soit effectué en concertation avec les acteurs en place agissant auprès de ces populations ou territoires spécifiques.

RÉFÉRENCES

- [1] Arrêté du 30 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus — Légifrance (n. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042238343> (accessed July 20, 2021).
- [2] Institut national du cancer, Référentiel national — Dépistage du cancer du col de l'utérus — cadre et modalités de recours aux auto-prélèvements vaginaux, 2022. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-national-Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-cadre-et-modalites-de-recours-aux-autoprelevements-vaginaux>.
- [3] Haute Autorité de santé — Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 (n. d.). https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67 (accessed May 6, 2021).
- [4] Santé publique France, Coût de la prise en charge des frottis anormaux et des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus en France (n. d.). <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/cout-de-la-prise-en-charge-des-frottis-anormaux-et-des-neoplasies-intraepitheliales-du-col-de-l-uterus-en-france> (accessed May 12, 2022).
- [5] Contact-COVID et SI-DEP, les outils numériques du dépistage Covid-19 — Ministère des Solidarités et de la Santé (n. d.). <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-le-covid-19/article/contact-covid-et-si-dep-les-outils-numeriques-du-depistage-covid-19> (accessed May 12, 2022).
- [6] LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), 2019.
- [7] K. Haguenoer, S. Sengchanh, C. Gaudy-Graffin, J. Boyard, R. Fontenay, H. Marret, A. Goudeau, N. Pigneaux de Laroche, E. Rusch, B. Giraudeau, Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme: a randomised trial, *Br J Cancer*. 111 (2014) 2187 – 2196. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.510>.
- [8] K. Haguenoer, L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire (n. d.) 7.

ANNEXES

9. ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES REPRÉSENTANTS DES PROFESSIONNELLES

Institut National du Cancer

Analyse comparative / dépistage du
cancer du col de l'utérus

Phase 2 : Etude sur les scénarii possibles d'évolution
du PNDO français

Guide d'entretien & présentation des scénarii à tester auprès des acteurs
Avril 2021



CEMKA



Ce support est un document de travail confidentiel.

Guide d'entretien

I. Introduction

- Quel est votre prénom / nom ? Fonction ? Fonctions antérieures en lien avec le sujet de l'entretien ?
- Quel avenir identifiez-vous à long terme pour votre profession en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

II. Echanges sur les scénarii proposés

- Pour chaque brique de scénario présentée en partie 3 et décrite dans l'encart « **Description** »,
 - Quels sont les **avantages** associés ? (pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, ...)
 - Quels sont les **inconvenients** associés ? (pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, ...)
 - Quels sont les **prérequis** à sa mise en œuvre ?
 - Quel est son **degré de faisabilité** ? Pourquoi ?
 - Quels seraient les **gains & coûts** associés à sa mise en œuvre que vous pourriez identifier ?
 - Identifiez-vous une/des alternatives possibles aux modalités décrites dans cette brique de scénario ?

Description	Gains	Coûts
Avantages	Inconvenients	
Prérequis	Faisabilité	

- Dans chaque catégorie de briques, quelle option vous apparaît la plus intéressante ? Pourquoi ? Par exemple, parmi les options « Brique structurelle » DO 1, DO 2 et DO 3 : la DO 2
- Quelle(s) combinaison(s) de brique(s) de scénario vous semble la/les plus intéressante(s) pour la situation française ? Pourquoi ? Par exemple, DO 1 + APV Variante 1 + Territoires 1

III. Prospective

- Identifiez-vous d'autres briques de scénario - structurelle / APV / pour les territoires présentant des difficultés d'accès aux soins – qui pourraient être intéressantes et s'appliquer à la situation française ?
- Si non décrit, quel serait le scénario idéal (structurel / APV / pour les territoires présentant des difficultés d'accès aux soins) ?

CEMKA- PwC

6

10. ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE EN LIGNE DESTINÉ AUX CRCDC

Trame de questionnaire en ligne à destination des CRCDC

I. Questionnaire en ligne Introduction

- À quel CRCDC appartenez-vous ?
- Quel est votre nom/prénom/fonction au sein du CRCDC ?
- En préambule (de l'étude des différents scénarios) et de manière prospective, quel avenir identifiez-vous à long terme pour les CRCDC dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ? (Missions, organisation, lien avec les partenaires et les tutelles, autres...)
- Dans le cadre du Règlement général sur la protection des données (RGPD), consentez-vous au traitement de vos données personnelles recueillies à travers cette enquête ?

II. Questionnaire en ligne options structurelles

- À quel CRCDC appartenez-vous ?
- Option structurelle Iso-organisation : Quels sont les avantages associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, Offre de prélèvement augmentée, de formation augmentée,...

- Option structurelle Iso-organisation : Quels sont les inconvénients associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Par ex, réticences de certains professionnels...

- Option structurelle Iso-organisation : Quels sont les prérequis à sa mise en œuvre ?

Par ex, discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles

- Option structurelle Iso-organisation : Quel est son degré de faisabilité ? Pourquoi ?

De 1 à 5 étoiles (1 étant le degré de faisabilité le plus faible, 5 le plus élevé)

- Option structurelle Iso-organisation : Quels seraient les coûts et économies associés à sa mise en œuvre ?

Par ex, Coûts de mise en œuvre opérationnelle des normes d'échange au niveau des outils SI des anatomocytologistes...

- Option structurelle Iso-organisation : Identifiez-vous une/des alternatives possibles aux modalités décrites dans cette option de scénario ?
- Option structurelle centralisation : Quels sont les avantages associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, Offre de prélèvement augmentée, de formation augmentée,...

- Option structurelle centralisation : Quels sont les inconvénients associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Par ex, Réticences de certains professionnels...

- Option structurelle centralisation : Quels sont les prérequis à sa mise en œuvre ?

Par ex, discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles

- Option structurelle centralisation : Quel est son degré de faisabilité ? Pourquoi ?

De 1 à 5 étoiles (1 étant le degré de faisabilité le plus faible, 5 le plus élevé)

- Option structurelle centralisation : Quels seraient les coûts et économies associés à sa mise en œuvre ?

Par ex, Coûts de mise en œuvre opérationnelle des normes d'échange au niveau des outils SI des anatomocytologistes...

- Option structurelle centralisation : Identifiez-vous une/des alternatives possibles aux modalités décrites dans cette option de scénario ?
- Option structurelle régionalisation renforcée : Quels sont les avantages associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, Offre de prélèvement augmentée, de formation augmentée,...

- Option structurelle régionalisation renforcée : Quels sont les inconvénients associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Par ex, Réticences de certains professionnels...

- Option structurelle régionalisation renforcée : Quels sont les prérequis à sa mise en œuvre ?

Par ex, discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles

- Option structurelle régionalisation renforcée : Quel est son degré de faisabilité ? Pourquoi ?

De 1 à 5 étoiles (1 étant le degré de faisabilité le plus faible, 5 le plus élevé)

- Option structurelle régionalisation renforcée : Quels seraient les coûts et économies associés à sa mise en œuvre ?

Par ex, coûts de mise en œuvre opérationnelle des normes d'échange au niveau des outils SI des anatomocytopathologistes...

- Option structurelle Régionalisation renforcée : Identifiez-vous une/des alternatives possibles aux modalités décrites dans cette option de scénario ?

III. Questionnaire en ligne options auto-prélèvement (APV) EDR et EDI

- À quel CRCDC appartenez-vous ?
- Sur l'APV de manière générale, quels sont les avantages associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, augmentation de la participation des femmes...

- Sur l'APV de manière générale, quels sont les inconvénients associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, risque de perte de vues des patientes

- Option EDR : Quels sont les avantages associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, Augmentation de la participation...

- Option EDR : Quels sont les inconvénients associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Par ex, Risque de perte de vue...

- Option EDR : Quels sont les prérequis à sa mise en œuvre ?

Par ex, discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles

- Option EDR : Quel est son degré de faisabilité ? Pourquoi ?

De 1 à 5 étoiles (1 étant le degré de faisabilité le plus faible, 5 le plus élevé)

- Option EDR : Quels seraient les coûts et économies associés à sa mise en œuvre ?

Par ex, coûts d'envoi à domicile d'un kit d'APV et risque de non-utilisation des kits...

- Option EDR : Identifiez-vous une/des alternatives possibles aux modalités décrites dans cette option de scénario ?

- Option APV 2 : Quels sont les avantages associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, augmentation de la participation...

- Option EDI : Quels sont les inconvénients associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Par ex, risque de perte de vue...

- Option EDI : Quels sont les prérequis à sa mise en œuvre ?

Par ex, discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles

- Option EDI : Quel est son degré de faisabilité ? Pourquoi ?

De 1 à 5 étoiles (1 étant le degré de faisabilité le plus faible, 5 le plus élevé)

- Option EDI : Quels seraient les coûts et économies associés à sa mise en œuvre ?

Par ex, coûts d'envoi à domicile d'un kit d'APV et risque de non-utilisation des kits...

- Option EDI : Identifiez-vous une/des alternatives possibles aux modalités décrites dans cette option de scénario ?

IV. Questionnaire en ligne options auto-prélèvement (APV) 3 et 4

- À quel CRCDC appartenez-vous ?
- Option EDR/EDI+PS : Quels sont les avantages associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, augmentation de la participation...

- Option EDR/EDI+PS : Quels sont les inconvénients associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Par ex, risque de perte de vue...

- Option EDR/EDI+PS : Quels sont les prérequis à sa mise en œuvre ?

Par ex, discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles

- Option EDR/EDI+PS : Quel est son degré de faisabilité ? Pourquoi ?

De 1 à 5 étoiles (1 étant le degré de faisabilité le plus faible, 5 le plus élevé)

- Option EDR/EDI+PS : Quels seraient les coûts et économies associés à sa mise en œuvre ?

Par ex, coûts d'envoi à domicile d'un kit d'APV et risque de non-utilisation des kits...

- Option EDR/EDI+PS : Identifiez-vous une/des alternatives possibles aux modalités décrites dans cette option de scénario ?
- Option APV SEUL : Quels sont les avantages associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, augmentation de la participation...

- Option APV SEUL : Quels sont les inconvénients associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Par ex, risque de perte de vue...

- Option APV SEUL : Quels sont les prérequis à sa mise en œuvre ?

Par ex, discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles

- Option APV SEUL : Quel est son degré de faisabilité ? Pourquoi ?

De 1 à 5 étoiles (1 étant le degré de faisabilité le plus faible, 5 le plus élevé)

- Option APV SEUL : Quels seraient les coûts et économies associés à sa mise en œuvre ?

Par ex, coûts d'envoi à domicile d'un kit d'APV et risque de non-utilisation des kits...

- Option APV SEUL : Identifiez-vous une/des alternatives possibles aux modalités décrites dans cette option de scénario ?

V. Questionnaire en ligne option stratégies d'aller vers présentant des difficultés d'accès aux soins

- À quel CRCDC appartenez-vous ?
- Pour les différentes modalités proposées en matière de territoires présentant des difficultés d'accès aux soins : Quels sont les avantages associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Par ex, augmentation de la participation...

- Pour les différentes modalités proposées en matière de territoires présentant des difficultés d'accès aux soins : Quels sont les inconvénients associés ?

Pour les patientes, les professionnels préleveurs, les biologistes et pathologistes, les CRCDC, dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Par ex, risque de perte de vue...

- Pour les différentes modalités proposées en matière de territoires présentant des difficultés d'accès aux soins : Quels sont les prérequis à sa mise en œuvre ?

Par ex, discussions conventionnelles avec les organisations professionnelles

- Pour les différentes modalités proposées en matière de territoires présentant des difficultés d'accès aux soins : Quel est son degré de faisabilité ? Pourquoi ?

De 1 à 5 étoiles (1 étant le degré de faisabilité le plus faible, 5 le plus élevé)

- Pour les différentes modalités proposées en matière de territoires présentant des difficultés d'accès aux soins : Quels seraient les coûts et économies associés à sa mise en œuvre ?

Par ex, coûts d'envoi à domicile d'un kit d'APV et risque de non-utilisation des kits...

- Pour les différentes modalités proposées en matière de territoires présentant des difficultés d'accès aux soins : Identifiez-vous une/d'autres modalités possibles ?

VI. Questionnaire en ligne Synthèse & prospective

- À quel CRCDC appartenez-vous ?
- Dans chaque catégorie d'options, quelle option vous apparaît la plus intéressante ? Pourquoi ?
- Quelle(s) combinaison(s) d'option(s) de scénario vous semble (nt) la/les plus intéressante(s) pour la situation française ? Pourquoi ?
- Identifiez-vous d'autres options de scénario — structurelle/APV/pour les territoires présentant des difficultés d'accès aux soins — qui pourraient être intéressantes et s'appliquer à la situation française ?
- Si non décrit, quel serait le scénario idéal (structurel/APV/pour les territoires présentant des difficultés d'accès aux soins) ?
- Souhaitez-vous ajouter une remarque sur les scénarios présentés ?

11. ANNEXE 3 : RAPPORT D'ANALYSE D'IMPACT BUDGÉTAIRE

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

/ Rapport de phase 2 : élaboration des scénarios d'organisation structurelle d'évolution
du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

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

Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-900-1
ISBN net : 978-2-37219-901-8

DEPÔT LÉGAL JUIN 2022

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél.: +33 (1) 41105000
diffusion@institutcancer.fr