

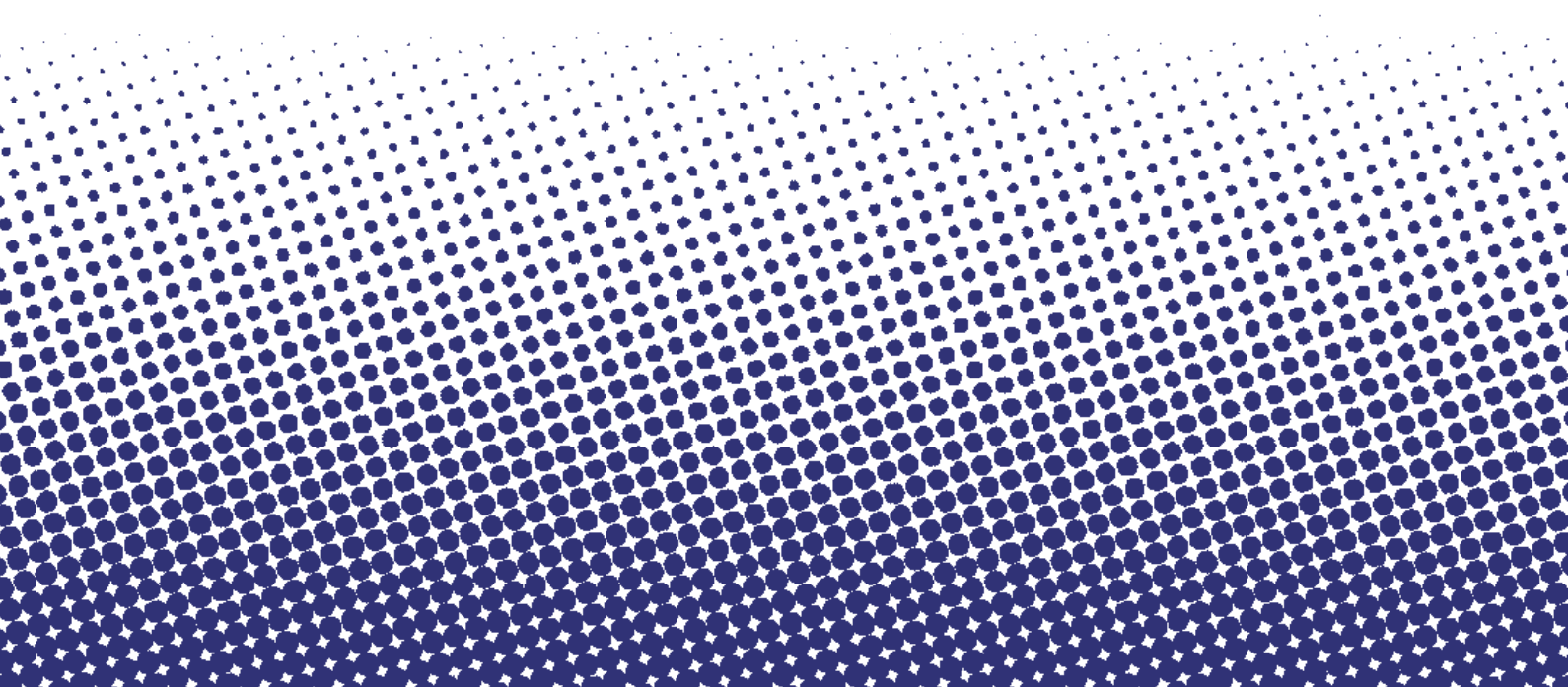


Plan cancer

2009

2013

RAPPORT FINAL AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE JUIN 2013



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Les pilotes du Plan cancer



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

aviesan
alliance nationale
pour les sciences de la vie et de la santé

Instituts
thématiques  **Inserm**
Institut national
de la santé et de la recherche médicale

SÉCURITÉ SOCIALE
 **l'Assurance
Maladie**


Institut de Recherche
en Santé Publique
IRSP

 **CNSA**
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

anses 
alimentation, environnement, travail

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

 **InVS**
INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

www.inpes.sante.fr
inpes
éditions

FONDATION ARC
POUR LA RECHERCHE
SUR LE CANCER 
Reconnue d'utilité publique

 **leCiss**

CONTRE
LE CANCER
LA LIQUE
101
comités
pour la vie

 **INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER**
www.e-cancer.fr

Plus d'informations
www.plan-cancer.gouv.fr

Sommaire

PRÉFACE	5
SYNTHÈSE DU RAPPORT	7
GOUVERNANCE DU PLAN CANCER 2009-2013	11
Partie I - RÉALISATIONS ET PREMIERS RÉSULTATS DES ACTIONS	15
Axe Recherche	17
Axe Observation	43
Axe Prévention Dépistage	55
Axe Soins	93
Axe Vivre pendant et après le cancer	121
Partie II - MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER DANS LES RÉGIONS	139
Recherche et innovation	142
Prévention et dépistage	146
Soins et qualité de vie	153
ANNEXES	159
Annexe 1 – Liste des membres du comité de pilotage du Plan cancer 2009-2013	161
Annexe 2 – Récapitulatif de l'état de réalisation des actions du Plan cancer en juin 2013	163
Annexe 3 – Inventaire des travaux contribuant à l'évaluation du Plan cancer	177
Annexe 4 – Indicateurs des 30 mesures du Plan cancer en juin 2013	185
Annexe 5 – Liste des indicateurs de suivi du Plan cancer	221
Annexe 6 – Exécution budgétaire du Plan cancer	225
Annexe 7 – Instruction DGS/MC3/INCA/2013 du 4 avril 2013 relative à la contribution des ARS au bilan du Plan cancer 2009-2013 et à la préparation du troisième Plan cancer	237

Abréviations

A

AAP : Appel à projets

ABM : Agence nationale de la biomédecine

ACSE : Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

AERES : Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur

ALD : Affection de longue durée

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM (ex-Afssaps) : Agence nationale de sécurité du médicament

ARC : Fondation ARC pour la recherche sur le cancer

ASIP : Agence des systèmes d'information de santé partagés

ATU : Autorisation temporaire d'utilisation

AVIESAN : Alliance pour les sciences de la vie et de la santé

C

CCA : Chef de clinique - assistant

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCLAT : Convention cadre pour la lutte anti-tabac (Organisation mondiale de la santé)

CCPS : Comité consultatif des professionnels de santé (INCa)

CCTIRS : Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé

CeNGEPS : Centre national de gestion des essais de produits de santé

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

CISS : Collectif inter-associatif de la santé

CNAMTS : Caisse nationale d'Assurance maladie pour les travailleurs salariés

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPP : Comité de protection des personnes

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

D

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGEFP : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGRI : Direction générale pour la recherche et l'innovation

DGS : Direction générale de la santé

DGT : Direction générale du travail

DGTPE : Direction générale du trésor

DSS : Direction de la sécurité sociale

H

HAS : Haute Autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de santé publique

I

INCa : Institut national du cancer

INCTR : International network for cancer treatment and research

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

IRD : Institut de recherche pour le développement

IReSP : Institut de recherche en santé publique

ITMO cancer : Institut thématique multi-organismes sur le cancer (Inserm)

L

LEEM : Les entreprises du médicament

LNCC : Ligue nationale contre le cancer

MAE : Ministère des affaires étrangères

MCU-PH : Maître de conférences des universités-praticien hospitalier

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MESR : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

MSA : Mutualité sociale agricole

O

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

P

PAIR : Programme d'actions intégrées de recherche

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique

PLF : Projet de loi de finances

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNNS : Programme national nutrition santé

PNREST : Programme national de recherche en environnement santé travail

PNSE : Plan national santé environnement

PRME : Programme de recherche médico-économique (ex-STIC)

PU-PH : Professeur des universités-praticien hospitalier

R

RBU : Référentiel de bon usage

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RNIPP : Répertoire national d'identification des personnes physiques

RRC : Réseau régional de cancérologie

S

SFRO : Société française de radiothérapie oncologique

SFRM : Société française de radiophysique médicale

SIGREC : Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques

STIC : Soutien aux techniques innovantes coûteuses

V

VADS : Voies aérodigestives supérieures

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHC : Virus de l'hépatite C



Préface

Mille nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués quotidiennement en France et quatre cents personnes en décèdent chaque jour. Si l'incidence des cancers a augmenté au cours des trente dernières années, la mortalité a reculé grâce aux progrès thérapeutiques et à l'impact des diagnostics plus précoces. Les perspectives en termes de guérison et de survie à long terme évoluent très favorablement mais avec de grandes différences selon les types de cancer et toujours de fortes répercussions dans la vie pendant et après la maladie pour les personnes atteintes et leurs proches.

Face à cet enjeu de santé publique, les gouvernements successifs ont, depuis 2003, soutenu la mise en place de deux Plans cancer. Le premier Plan a jeté les bases de l'organisation de l'offre de soins et a développé la prévention et le soutien à la recherche. Tout en consolidant les acquis du Plan précédent, le Plan cancer 2009-2013 a impulsé un nouvel élan, en accélérant le transfert des avancées de la recherche au bénéfice des malades. Il a aussi ouvert de nouveaux chantiers, tels que l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes et la réduction des inégalités de santé face au cancer.

La mise en œuvre de ces plans a insufflé une dynamique forte grâce à l'implication des acteurs institutionnels, associatifs et des professionnels et à la mobilisation de moyens importants. Les agences régionales de santé ont fait de la lutte contre le cancer une priorité de leurs projets régionaux de santé et se sont investies dans de nombreuses actions en déclinaison des orientations nationales.

Le Plan cancer 2009-2013 a permis de renforcer la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire. Les organisations adaptées sont en place pour la prise en charge des enfants atteints de cancer, des patients âgés ainsi que des personnes atteintes de cancers rares. L'accès à la médecine personnalisée et la participation aux essais cliniques ont fortement progressé. Le Plan a aussi permis de soutenir les innovations thérapeutiques et d'accélérer le transfert en clinique des données de la recherche, notamment dans le domaine de la génomique des cancers ; des actions qui confortent la visibilité de la France à l'international.

Afin d'assurer une continuité dans le parcours des patients, les programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer ont été conçus et expérimentés. La coordination entre équipes hospitalières et intervenants de ville, en particulier les médecins traitants, demande toutefois à être renforcée. De même, une démarche de détection précoce des besoins sociaux et d'accompagnement a été mise en place, mais la prise en compte du retentissement de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle doit progresser.

Les efforts sont également à poursuivre pour mieux comprendre les inégalités face au cancer et agir plus efficacement pour les réduire. À ce titre, l'annonce d'un nouveau Plan cancer par le président de la République doit permettre de renforcer la prévention des principaux facteurs de risques de cancer, dont le tabac, ainsi que les facteurs environnementaux et d'envisager de nouvelles stratégies pour améliorer l'efficacité et l'accès au dépistage des cancers.

Les enseignements tirés de dix ans de travail collaboratif dans le domaine du cancer aideront à concevoir le nouveau Plan cancer avec pour objectifs de conforter les avancées réalisées et de s'engager dans de nouvelles actions afin de progresser encore face aux cancers.

Dr Jean-Yves Grall,

Directeur général de la Santé



Synthèse du rapport

La lutte contre le cancer vise à réduire la survenue des cancers évitables, à faire reculer la mortalité par cancer et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes, pendant et après la maladie.

Elle s'appuie sur des plans nationaux qui définissent la stratégie d'action face au cancer, les engagements et les moyens d'agir. La lutte contre le cancer y est abordée sous toutes ses facettes, la prévention et le dépistage, les soins, la vie avec la maladie ainsi que la recherche et l'accès à l'innovation pour les patients.

Le Plan cancer 2009-2013 avait pour ambitions de continuer à :

- accélérer les avancées de la recherche et leur transfert au bénéfice de tous les malades ;
- concevoir des parcours pendant et après le cancer, personnalisés et coordonnés, afin d'assurer une prise en charge de qualité pour tous ;
- mieux prendre en compte les inégalités de santé face au cancer afin de les réduire.

Grâce à l'implication de l'ensemble des acteurs, la plupart des actions prévues par le Plan cancer ont été mises en œuvre. Soixante pour cent des actions sont ainsi réalisées en juin 2013 ou le seront d'ici l'échéance du Plan fin 2013 et les autres mesures vont se poursuivre.

Avec 1,2 milliard d'euros exécutés depuis 2009¹, les moyens du Plan cancer ont été mobilisés à hauteur de 85 % des montants prévus sur la période 2009-2012.

La mise en œuvre du Plan cancer s'est articulée avec les autres plans nationaux dans le domaine de la recherche et de la santé publique, notamment le Plan santé environnement et le Plan nutrition santé.

► Les principales avancées

Le Plan a permis des avancées majeures pour améliorer la qualité des prises en charge et l'accès aux innovations. Il s'est aussi engagé dans des voies nouvelles prometteuses. Ces avancées doivent être confortées afin d'assurer le meilleur niveau de qualité pour tous les malades.

La qualité et la sécurité des soins ont été renforcées. Les agences régionales de santé ont achevé la mise en œuvre des autorisations des établissements de santé, afin de garantir le respect de critères de qualité et de sécurité pour le traitement des cancers. Les 885 établissements, publics et privés, doivent se conformer aux seuils minima d'activité et aux critères spécifiques pour les traitements de radiothérapie, de chimiothérapie et de chirurgie. Ils doivent aussi assurer la mise en œuvre progressive des mesures transversales de qualité, telles que la réunion de concertation pluridisciplinaire ou le dispositif d'annonce.

Un effort particulier a été accompli pour permettre aux centres de radiothérapie de répondre aux exigences de sécurité et de qualité en termes d'équipements et d'effectifs (le nombre de radiophysiciens a progressé de 40 %). Les réseaux régionaux de cancérologie ont été reconnus pour assurer une coordination au niveau régional (23 réseaux régionaux reconnus).

Les équipements d'imagerie pour le diagnostic et la surveillance des cancers ont été développés (33 appareils d'IRM supplémentaires installés) ; la dynamique est à poursuivre afin de réduire les délais

¹ Pour la période 2009-2012. Le bilan de l'exécution budgétaire 2013 sera disponible à partir de mars 2014.

d'accès aux examens. Les effectifs médicaux en formation ont progressé, avec une augmentation du nombre d'internes en oncologie-radiothérapie (de 26 % entre 2008 et 2012) et en anatomopathologie (de 48 %), qui devrait s'accompagner d'un accroissement des postes hospitalo-universitaires dans les disciplines liées au cancer.

Afin d'assurer la prise en charge des besoins spécifiques, des organisations adaptées sont à présent déployées sur l'ensemble du territoire. Elles concernent les enfants atteints de cancer, mais aussi les patients âgés (24 unités de coordination en oncogériatrie). La prise en charge des adultes atteints de cancers rares est structurée autour de centres experts (pour 23 types de cancers rares) et la double lecture anatomopathologique systématique garantit la fiabilité du diagnostic. Un dispositif spécifique est en place pour le diagnostic et la prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer.

La médecine personnalisée s'est développée. De plus en plus de malades bénéficient de thérapies ciblées accessibles quel que soit le lieu de prise en charge. Ces traitements personnalisés, rendus possibles par les progrès de la caractérisation des tumeurs, se développent grâce aux tests de génétique moléculaire réalisés par les plateformes hospitalières réparties sur l'ensemble du territoire (le nombre de tests réalisés a doublé, passant de 31 900 en 2008 à 68 800 en 2012).

En outre, le séquençage du génome engagé pour cinq types de cancer en France, dans le cadre du consortium international ICGC, a abouti aux premiers résultats. La poursuite de ces programmes, et l'essor du séquençage à haut débit, permettront de mieux comprendre le rôle des altérations génomiques dans le développement des tumeurs afin d'optimiser les stratégies thérapeutiques par des thérapies ciblées.

L'accès à l'innovation thérapeutique a progressé. La participation des patients aux essais cliniques en cancérologie, qui font progresser les traitements, a augmenté significativement, à travers le soutien des programmes hospitaliers de recherche clinique (le nombre de patients inclus est passé de 21 745 en 2008 à 37 500 en 2012, soit une progression de 72 % depuis 2008).

L'accès aux molécules innovantes progresse à travers le soutien des essais de phase précoce et des partenariats conclus avec les laboratoires pharmaceutiques français et mondiaux. Le soutien apporté à l'innovation doit être poursuivi pour développer de nouveaux traitements.

Par ailleurs, de nouvelles techniques et de nouveaux protocoles de soins notamment en radiothérapie, destinés à réduire les effets secondaires et à améliorer la qualité de vie des malades, sont soutenus. Leur développement nécessite une évolution de la tarification des établissements de santé.

Le transfert des découvertes scientifiques au bénéfice des malades s'accélère. Afin de promouvoir le transfert des découvertes scientifiques vers des avancées cliniques pour les patients, un soutien important a été apporté à la recherche translationnelle. Huit sites intégrés de recherche sur le cancer (SIRIC), réunissant cliniciens et chercheurs de toutes les disciplines, ont été labellisés et financés pour développer une recherche d'excellence sur le cancer.

De nouvelles bases clinicobiologiques sont constituées, qui associent les données cliniques avec des échantillons biologiques autour d'une même pathologie, afin de mieux comprendre les mécanismes biologiques à l'œuvre dans les cancers et développer de nouveaux traitements (9 bases soutenues). Cinq grandes cohortes cancers ont été financées par le programme des investissements d'avenir.

La connaissance et l'information sur les cancers se sont améliorées, avec le renforcement de la surveillance par les registres et la publication des données de survie des personnes atteintes de cancer. L'ensemble des informations de référence sur le cancer et la cancérologie est accessible sur le Portail des données du cancer.

Le nouveau Baromètre cancer portant sur les comportements et les représentations face au cancer a été réalisé et la prise en compte de certains facteurs sur lesquels agir pour développer la prévention, tels que la nutrition et l'activité physique, s'est accentuée. La plateforme Cancer info a été développée pour une meilleure information des malades et de leurs proches sur les cancers.

► **Les efforts à poursuivre**

Le Plan a permis de développer les éléments d'une personnalisation des parcours pendant et après le cancer, mais la coordination avec les médecins traitants et les autres professionnels de proximité est à renforcer. La compréhension des inégalités, comme la prise en compte de la dimension sociale et professionnelle du cancer, méritent aussi des efforts supplémentaires.

Les programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer ont été définis et expérimentés dans l'objectif de continuité des prises en charge et d'accompagnement social pendant et après les traitements. Conçus pour mieux coordonner la prise en charge avec les médecins et les autres intervenants de ville, ils sont désormais un élément constitutif du dispositif d'autorisation des établissements de santé et bénéficient d'un format proposé au niveau national. Ils doivent encore être déployés plus largement auprès de l'ensemble des patients.

La mise en place d'infirmiers coordonnateurs, interlocuteurs pour les malades et interfaces entre l'hôpital et le médecin traitant, a fait l'objet d'expérimentations (auprès de 9 200 patients). Celles-ci ont mis en évidence la nécessité de mieux intégrer les opérateurs libéraux à ce processus, jusque-là appuyé sur des établissements de santé, et de mieux évaluer l'apport de ce nouveau mode d'approche des parcours de soins en cancérologie par rapport aux autres dispositifs d'information et de coordination existants.

Outil de partage et d'échange des informations médicales pour le patient et les professionnels de santé, **le dossier communicant de cancérologie est en développement** au sein du dossier médical partagé. Sa conception se doit d'être finalisée afin de définir les conditions de sa généralisation. L'évolution des traitements de chimiothérapie, réalisés de plus en plus en ambulatoire, impose notamment de renforcer davantage les interactions ville-hôpital.

Les parcours personnalisés visent aussi à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. Ils permettent de repérer plus précocement les fragilités sociales des personnes atteintes pour leur assurer un accompagnement visant au maintien des ressources et à la continuité de la vie sociale et professionnelle. Les effets secondaires des traitements doivent être davantage pris en considération et les articulations sont à renforcer avec la médecine du travail, ainsi qu'avec les services médico-sociaux et sociaux.

Mieux reconnaître les répercussions de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle des personnes atteintes et de leurs proches constitue un enjeu majeur impliquant la mobilisation de tous. Du fait de l'augmentation de la survie, ces sujets vont devenir une préoccupation croissante.

Les efforts sont à poursuivre dans la connaissance et la compréhension des inégalités face au cancer afin d'agir pour les réduire. Des actions visant à réduire les inégalités ont été soutenues au niveau national et au sein des régions, tant en matière de prévention que d'accès au dépistage et aux soins. L'impact de ces interventions doit être évalué, à travers notamment la démarche de recherche interventionnelle en santé des populations.

Une stratégie de recherche en prévention a été définie pour progresser plus significativement dans cette voie, qui implique aussi une évolution des systèmes d'information en santé pour identifier les facteurs sociaux.

► **Des réalisations qui n'atteignent pas les ambitions initiales**

Malgré les actions mises en œuvre, le Plan n'a pas abouti à hauteur des résultats attendus face aux principaux facteurs de risques de cancers et dans la participation au dépistage. Les stratégies d'actions et les moyens seront à reconsidérer pour réduire les cancers évitables.

En dépit des mesures prises pour lutter contre le tabac, la consommation tabagique n'a pas reculé. La consommation de tabac, première cause de décès lié au cancer en France, n'a pas diminué et elle contribue aux inégalités, en progressant chez les femmes et parmi les chômeurs.

Si les connaissances des Français sur les facteurs de risques de cancer se sont améliorées, le poids relatif de chacun d'entre eux reste mal connu, ce qui freine le changement des comportements.

La vaccination pour la prévention du cancer du col de l'utérus a connu une diminution en 2012 ; la révision de l'âge de vaccination et la simplification du calendrier à partir de 2013 pourraient toutefois permettre d'accroître la couverture vaccinale.

L'information sur les risques des expositions aux rayonnements UV, principale cause des cancers cutanés, a été développée mais le renforcement de la réglementation des cabines de bronzage doit encore être parachevé.

Les facteurs environnementaux interviennent dans la survenue de cancers, au sein du milieu de vie et de travail. La prévention des expositions aux risques professionnels a été accentuée à travers l'évolution de la réglementation, les campagnes de contrôle et les recommandations de surveillance des travailleurs exposés ; elle demande encore à être renforcée de même que la reconnaissance des cancers induits.

Un soutien accru a été apporté à la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux, avec une augmentation de la part du budget de recherche du Plan cancer consacrée à ces thématiques (de 4 % en 2009 à 12 % en 2012). La recherche devra continuer à avancer pour mieux comprendre l'impact des facteurs environnementaux dans les cancers.

La participation aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal n'a pas progressé, malgré l'information des populations cibles et la sensibilisation des professionnels réalisées à l'échelle nationale et dans chaque région. L'implication des médecins traitants reste hétérogène et le recours au dépistage individuel du cancer du sein est toujours élevé dans certaines régions. Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sont cependant de maintenir le cap du dépistage organisé tout en renforçant les conditions permettant aux femmes, qui ne présentent pas un haut risque de développer un cancer du sein, de limiter les pratiques du dépistage individuel.

La qualité des dépistages s'est accrue grâce à des équipements mammographiques plus performants et le déploiement des tests immunologiques à partir de 2014 devrait contribuer à faire progresser la participation au dépistage du cancer colorectal. Un système d'information géographique est en développement (géocodage) pour mieux repérer les zones de sous-dépistage et mener des actions adaptées. Une réflexion sur l'évolution de l'organisation des structures de gestion est engagée.

C'est avec les enseignements tirés de cette expérience que le prochain Plan cancer sera abordé, afin qu'il contribue toujours plus efficacement aux efforts face aux cancers et aux meilleurs bénéfices possibles pour les malades. Certaines actions, qui s'inscrivent dans la durée, doivent être poursuivies pour assurer la continuité entre les plans. Ce bilan fait aussi apparaître des pistes de renouvellement et d'initiatives qui devront être consacrées par le troisième Plan cancer.



La gouvernance du Plan cancer 2009-2013

Le pilotage du Plan cancer 2009-2013

► Un comité de pilotage interministériel

Le pilotage du Plan cancer 2009-2013 a été assuré par un comité de pilotage interministériel, présidé par le directeur général de la santé et composé de l'ensemble des directions d'administration centrale impliquées (DGRI, DGOS, DSS, DGCS, DGT, DGTPE), de l'Assurance maladie, de l'INCa, du Collectif interassociatif de la santé, de la Ligue nationale contre le cancer, du professeur Jean-Pierre Grünfeld comme personnalité qualifiée. Le comité s'est réuni chaque trimestre, en associant à une réunion sur deux les représentants des agences nationales de santé et les opérateurs nationaux, pilotes ou copilotes d'actions (InVS, Inpes, HAS, DGEFP, ANSES, IReSP, CNSA)².

► Un rapport semestriel remis au président de la République et aux ministres concernés

Un rapport d'étape a été remis chaque semestre au Président de la République et aux ministres chargés de la santé et de la recherche. Préparés par l'INCa en coordination avec le comité de pilotage en juin et en décembre depuis 2010³, ces rapports dressent l'état des lieux synthétique de l'avancement des actions du Plan, complété des données de pilotage par mesure. Le présent rapport présente le bilan du Plan cancer 2009-2013.

► Les informations partagées sur www.plan-cancer.gouv.fr

Le site internet gouvernemental consacré au Plan cancer 2009-2013 a été mis en place dès 2010 et mis à jour régulièrement, afin d'informer le public comme les professionnels de la mise en œuvre des actions.

L'évaluation du Plan cancer 2009-2013

► Une évaluation externe du Plan cancer

L'évaluation du Plan cancer 2009-2013 a été confiée au Haut Conseil de la santé publique. Un premier rapport d'évaluation à mi-parcours a été publié en 2012. Une évaluation sera conduite en 2014 mettant en perspective les deux Plans cancer 2003-2007 et 2009-2013 pour une approche de dix ans de politique de lutte contre le cancer.

² Voir la liste des membres du comité de pilotage en annexe 1 du présent rapport.

³ Les 6 rapports d'étape du Plan cancer 2009-2013 ont été publiés sur le site www.plan-cancer.gouv.fr.

Le bilan du Plan cancer 2009-2013 est établi en juin 2013, de façon anticipée par rapport à l'échéance finale, afin qu'il puisse être pris en compte dans la préparation du troisième Plan cancer.

Il s'agit d'apprécier la réalisation du Plan cancer 2009-2013, tant en termes de mise en œuvre des actions prévues qu'en termes de mobilisation des engagements financiers. Un premier bilan des résultats des mesures mises en œuvre est également dressé (partie I du rapport). Il présente les effets du Plan cancer pouvant être mesurés à court terme, avant l'évaluation de la politique de lutte contre le cancer qui sera réalisée par le Haut Conseil de la santé publique sur une période plus longue.

Un chapitre spécifique est consacré à la mise en œuvre du Plan cancer dans les régions, nombre d'actions du Plan national ayant naturellement vocation à être déclinées au niveau régional et notamment par les agences régionales de santé. Le Plan se traduit notamment par une structuration régionale de la recherche sur le cancer et des prises en charges en cancérologie (partie II du rapport).



Partie I

Réalisation et premiers résultats des actions

Le rapport fait le point de la réalisation des actions prévues et de la mobilisation des engagements financiers du Plan cancer 2009-2013. Il présente également les résultats à court terme des mesures mises en œuvre.

Le bilan est présenté par axe du Plan cancer :

Axe 1 - Recherche

Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades
(mesures 1 à 5)

Axe 2 - Observation

Mieux connaître la réalité des cancers en France
(mesures 6 à 9)

Axe 3 - Prévention Dépistage

Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité
(mesures 10 à 17)

Axe 4 - Soins

Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace
(mesures 18 à 24)

Axe 5 - Vivre pendant et après le cancer

Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie
(mesures 25 à 30)

Le Plan cancer 2009-2013 comporte également trois thèmes transversaux qui sont déclinés au sein de l'ensemble des axes et plus particulièrement à travers certaines mesures :

- Mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre le cancer
(mesures 2, 8, 14, 19 et 26)
- Stimuler l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie
(mesures 3, 18, 21, 23 et 25)
- Renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie
(mesures 6, 12, 13, 14, 18 et 25)

Méthodologie

► État des moyens budgétaires mobilisés

Le rapport présente le bilan synthétique des moyens budgétaires mobilisés par les financeurs pour chacun des 5 axes du Plan cancer 2009-2013⁴. Les moyens mobilisés correspondent aux montants déclarés par les financeurs du Plan cancer 2009-2013 des dépenses payées ou engagées pour la réalisation des actions du Plan au cours de la période 2009 à 2012. Les dépenses sont rapportées aux montants prévisionnels du budget initial établi pour les quatre premières années du Plan. Le bilan 2013 des dépenses réalisées ne sera disponible qu'à partir de mars 2014.

► Bilan de la réalisation des actions

L'état de réalisation de chacune des actions du Plan cancer 2009-2013 est établi en juin 2013, selon la typologie suivante, au regard des jalons programmés et suivis tout au long de l'avancement du Plan⁵. Pour chacune des mesures, un résumé synthétique des actions réalisées est présenté, avec des focus sur certaines actions significatives.

Etat de réalisation des actions du Plan cancer 2009-2013 en juin 2013	
réalisée	Les tâches et jalons prévus dans le cadre du Plan ont été réalisés. L'action pourra être poursuivie pour assurer son suivi ou son déploiement.
finalisée	L'action sera réalisée d'ici fin 2013 à l'échéance du Plan cancer.
partiellement réalisée	L'action est en partie réalisée et sa mise en œuvre devra se poursuivre après l'échéance du Plan.
non réalisée	L'action a été engagée mais elle n'a pas abouti dans la période.

► Approche des premiers résultats

Le rapport présente les premiers résultats des mesures mises en œuvre, en termes quantitatifs et qualitatifs. Ils sont issus notamment des indicateurs recueillis pour le suivi du Plan cancer 2009-2013. Cette analyse s'appuie également sur les travaux de bilan ou d'évaluation⁶ réalisés par les membres du comité de pilotage du Plan sur différentes actions, menées au titre du Plan cancer 2009-2013 voire du Plan précédent⁷.

⁴ L'état détaillé des dépenses par action et pour chaque financeur figure en annexe 6 du rapport.

⁵ Le récapitulatif de l'état de réalisation des actions du Plan cancer figure en annexe 1 du rapport.

⁶ L'inventaire des travaux contribuant à l'évaluation du Plan cancer figure en annexe 3 du rapport.

⁷ Plan cancer 2003-2007.

1. AXE RECHERCHE

Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades

Les enjeux

La programmation de la recherche sur les cancers a pour finalités de réduire la mortalité liée à ces maladies, de faire reculer leur fréquence et d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients par des traitements plus efficaces et moins toxiques.

Pour répondre à ces objectifs, un des enjeux majeurs est de permettre un transfert plus rapide des découvertes scientifiques au bénéfice du diagnostic et des traitements des malades. C'est pourquoi le Plan cancer 2009-2013 a priorisé tout particulièrement le soutien à la recherche pluridisciplinaire et translationnelle et à la recherche clinique.

La recherche joue également un rôle majeur pour mieux comprendre les inégalités et leurs déterminants afin d'apporter des réponses adaptées et efficaces, ce qui est un objectif transversal du Plan cancer.

Enfin, le Plan cancer vise à faire progresser la visibilité de la recherche française et soutenir le développement de collaborations internationales sur le cancer, en s'appuyant notamment sur le partenariat entre les agences et les organismes de recherche.

5 mesures

- Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire
- Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire
- Caractériser les risques environnementaux et comportementaux
- Dynamiser la recherche clinique
- Faire de la France une référence internationale

Les moyens mobilisés

Près de 290 millions d'euros⁸ ont été mobilisés, sur les quatre premières années du Plan cancer 2009-2013, pour la réalisation des mesures consacrées à la recherche par l'INCa, l'Inserm et le ministère chargé de la santé.

Axe	budget initial 2009-2013 du Plan	budget initial de la période 2009-2012	réalisé 2009-2012
Recherche	363 287 000 €	273 687 000 €	289 933 104 €

Le bilan 2013 des dépenses réalisées sera disponible à partir de mars 2014

⁸ Voir le bilan détaillé des dépenses du Plan cancer par action et par financeur en annexe 6 du rapport.

Synthèse des réalisations et des résultats

Sur les 26 actions des mesures de l'axe Recherche, 19 ont été réalisées ou sont finalisées en juin 2013, soit 73 % des actions. Sept actions ont été partiellement réalisées dans la période et leur mise en œuvre devra se poursuivre au-delà de l'échéance du Plan fin 2013.

La programmation de la recherche sur le cancer est définie de façon concertée entre l'INCa et l'ITMO cancer de l'Alliance Aviesan, et menée en collaboration avec les autres institutions de recherche, ANR, IReSP, ANSES, le ministère chargé de la santé et les partenaires associatifs, Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et Ligue nationale contre le cancer.

1. Des réalisations qui permettent des avancées significatives pour la recherche sur le cancer et le développement de l'innovation au bénéfice des malades
 - **La politique de structuration de la recherche pluridisciplinaire a abouti à la labellisation de 8 sites intégrés de recherche sur le cancer (SIRIC)**, qui réunissent cliniciens et chercheurs dans toutes les disciplines pour développer une recherche d'excellence sur le cancer et promouvoir le transfert des découvertes scientifiques vers des avancées cliniques pour les patients. La recherche translationnelle est également soutenue à travers le financement des projets de recherche (162 projets sélectionnés et financés depuis 2009) et de la formation de médecins et de chercheurs (106 subventions de formation attribuées).
 - **Le soutien à la recherche clinique a permis d'augmenter la participation des malades aux essais en cancérologie, qui font progresser les traitements.** Ce résultat a été obtenu grâce au développement de l'offre d'essais (242 projets de recherche clinique sélectionnés dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche de 2009 à 2012) et à l'amélioration de l'information sur les essais disponibles (registre des essais en cancérologie). Le nombre de malades inclus dans les essais cliniques en cancérologie a progressé de 72 % entre 2008 et 2012 (de 21 745 à 37 500 patients), dépassant la cible fixée par le Plan cancer (50 %). Cette augmentation a aussi touché les enfants atteints de cancer et les sujets âgés.
 - **L'accès à l'innovation thérapeutique se développe grâce aux partenariats public-privé pour la recherche.** Cette nouvelle démarche s'appuie sur une politique de structuration de la recherche clinique de phase précoce (16 CLIP² labellisés et financés) et sur des partenariats développés avec National Cancer Institute (NCI) américain et avec des laboratoires pharmaceutiques français et internationaux. Les industriels mettent à disposition des molécules innovantes afin de développer des traitements pour des types de cancer peu fréquents ou rares. Le nombre de patients inclus dans les essais de phase précoce mis en place dans ce cadre a connu une montée en charge (de 900 patients inclus en 2009 à 2 800 en 2012).
 - **La place de la France dans la recherche sur le cancer progresse.** Cinq programmes de séquençage du génome ont été engagés par la France dans le cadre du consortium international ICGC et les premiers résultats ont été présentés (sur les cancers du sein et du foie). Des programmes sont menés dans le cadre du partenariat européen EPAAC, portant notamment sur les thérapies ciblées et les cancers rares.
2. Des efforts à poursuivre afin d'atteindre les résultats attendus dans la recherche sur les inégalités face au cancer et les risques environnementaux
 - **La recherche pour mieux comprendre les inégalités face au cancer se développe**, notamment à travers la promotion de la recherche interventionnelle en santé des populations (13 projets sélectionnés et soutenus depuis 2009) et la recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique (55 projets financés). Les rencontres annuelles de l'INCa en 2012 ont permis de dresser un état des lieux des connaissances sur le sujet et de discuter des pistes pour enrichir la compréhension des inégalités. Une stratégie commune de recherche en prévention a été définie en 2012 pour progresser plus significativement dans cette voie.

- **La recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers a fait l'objet d'un soutien accru** (91 projets soutenus sur 2009-2012), la part du budget de recherche du Plan cancer consacrée à ces thématiques passant de 4 % en 2009 à 12 % en 2012 (pour une cible de 15 % à l'échéance 2013). Elle s'appuie sur une structuration des instruments de recherche (7 cohortes nationales ayant trait au cancer) et des ressources biologiques (optimisation des tumorothèques, constitution de nouvelles bases clinicobiologiques).
- 3. Des actions nouvelles à soutenir pour développer la valorisation des projets de recherche et l'évaluation de leurs impacts
- **Une démarche de valorisation a été initiée pour promouvoir auprès des industriels les projets de recherche à fort potentiel.** Cette démarche, associant l'ensemble des acteurs de la recherche et de la valorisation, devra être poursuivie pour consolider les interactions mises en place.
- **La constitution d'un observatoire visant à documenter les résultats et les impacts des investissements de recherche sur le cancer** a été engagée (projet HELIOS). La poursuite de ce projet pourra permettre, au-delà des indicateurs existants (publications scientifiques, brevets), d'enrichir l'évaluation de la recherche au-delà du domaine du cancer.

Mesure 1

Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 1	Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire		
action 1-1	Renforcer la recherche translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets et par une politique de sites de recherche pluridisciplinaires labellisés	INCa -ITMO Cancer	finalisée
action 1-2	Soutenir par l'attribution de bourses de recherche la formation des acteurs de la santé et de la recherche à la recherche translationnelle	INCa -ITMO Cancer	finalisée
action 1-3	Structurer et stimuler la recherche dans les phases précoces d'essais de nouveaux médicaments anti-cancéreux	INCa -ITMO Cancer	réalisée
action 1-4	Établir des partenariats de recherche et développement entre les laboratoires internationaux et les acteurs de la recherche en cancérologie fédérés dans l'ITMO Cancer (LIR-G5-LEEM)	INCa -ITMO Cancer	réalisée
action 1-5	Renforcer les interactions entre les structures de valorisation de la recherche publique et les acteurs économiques pour suivre et accompagner les projets à potentiel de développement économique	INCa -ITMO Cancer	finalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► Une politique de structuration de la recherche pluridisciplinaire

- Afin de promouvoir et structurer la coopération entre les différentes dimensions de la recherche, **8 sites de recherche intégrée sur le cancer ont été labellisés et financés** (Focus 1)⁹.

FOCUS 1. Les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC)

La constitution des SIRIC vise à réunir autour d'un même site des services médicaux, des équipes de recherche multidisciplinaire (clinique, biologique, technologique, épidémiologique, sciences humaines, économiques et sociales, santé publique) ainsi que des ressources et des services communs, pour :

- élaborer et conduire des programmes de recherche intégrée ;
- mettre en place des programmes de diffusion des connaissances et des nouvelles pratiques.

Au terme de deux appels à candidatures en 2011 et 2012, 8 SIRIC ont été labellisés par l'INCa pour une durée de 5 ans. Ils bénéficient d'un financement pluriannuel par site de 9 millions d'euros sur 5 ans (budget INCa-Inserm et crédits Assurance maladie).

Une coordination des SIRIC est mise en place par l'INCa et une évaluation qualitative de leur mise en œuvre sera réalisée en collaboration avec une équipe du centre de sociologie des organisations (UMR CNRS-Sciences Po).

Les 8 SIRIC : Institut Curie à Paris, LYRIC à Lyon, ONCOLILLE, CARPEM à Paris, SOCRATE à Paris, SIRIC MC à Montpellier, BRIO à Bordeaux, SIRIC PACA Ouest à Marseille.

Source : INCa

⁹ Voir la carte des structures de recherche en partie II du rapport.

- La structuration territoriale de la recherche sur le cancer en France repose sur les **7 canceropôles régionaux ou interrégionaux**, qui mobilisent les acteurs de la communauté scientifique, médicale et industrielle autour de programmes interdisciplinaires (cf. Mesure 5).
- ▶ **Le soutien des projets de recherche translationnelle et multidisciplinaire**
- Un appel à projets spécifique et récurrent permet **le soutien de projets de recherche translationnelle associant chercheurs et cliniciens**, afin de promouvoir le transfert des découvertes vers des avancées cliniques pour le patient. Les projets couvrent l'ensemble des champs, incluant la prévention, le dépistage, le diagnostic précoce, le développement de thérapies personnalisées. Au total, 97 projets de recherche translationnelle ont été retenus sur la période 2009-2012, pour un financement pluriannuel total de 38,8 millions d'euros par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa¹⁰.
- **Deux nouveaux appels à projets de recherche multidisciplinaire ont été initiés par l'ITMO cancer de l'Alliance depuis 2011.** Le premier porte sur les mathématiques, la physique et les sciences de l'ingénieur dans le cancer (19 projets retenus en 2013, 21 en 2012, 17 en 2011¹¹). Le second porte sur les tumeurs spontanées et le développement de modèles animaux, pour des projets impliquant les équipes de recherche biomédicale et les écoles vétérinaires (2 projets sélectionnés en 2013, 4 projets en 2012, et 2 en 2011). La mobilisation engagée a permis la mise en place d'un réseau européen d'oncologie comparative pour lequel une candidature de soutien auprès de la Commission européenne est portée par la France. Une deuxième conférence internationale sur l'oncologie comparative a été organisée en 2012 par l'ITMO cancer de l'Alliance et l'INCa avec l'Institut de recherche sur le cancer du Royaume-Uni.
- **Quatre programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR) ont été menés depuis 2009 et un cinquième programme sera lancé d'ici fin 2013¹².** Associant la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, la Ligue nationale contre le cancer et l'INCa, les PAIR ont vocation à soutenir l'ensemble des dimensions de la recherche relative à une pathologie : biologie fondamentale, recherche translationnelle, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic, traitement et les approches en sciences humaines et sociales. Ces rapprochements entre différentes disciplines visent à permettre aux patients de bénéficier plus rapidement des avancées de la recherche et d'éclairer toutes les facettes de la prise en charge de la pathologie étudiée. Quatre programmes sont en cours, pour les cancers de la prostate (8 projets cofinancés depuis 2010 pour un montant de 6 millions d'euros), les cancers des voies aérodigestives supérieures (7 projets soutenus depuis 2011 pour 4,1 millions d'euros), les cancers gynécologiques (6 projets retenus en 2012 pour un financement de 3,4 millions d'euros), et le mélanome (7 projets retenus en 2013 pour 8.2 millions d'euros). Un nouveau PAIR portant sur les formes précoces du cancer du sein est en préparation ; son lancement est programmé d'ici fin 2013.
- **Le programme européen ERA-Net TRANSCAN portant sur la recherche translationnelle sur le cancer** est lancé depuis début 2011, pour un programme d'activité de 4 ans. Coordonné par le ministère de la santé italien, ce projet rassemble 25 partenaires issus de 19 pays et a pour objectif la coordination des programmes nationaux de soutien à la recherche translationnelle en cancérologie, notamment par le lancement d'appels à projets de recherche conjoints. L'INCa est partenaire de TRANSCAN et contribue au financement des équipes françaises qui sont sélectionnées. Le premier appel à projets lancé en décembre 2011, et portant sur la validation des biomarqueurs pour le développement de la médecine personnalisée en cancérologie, a permis de

¹⁰ Les projets de recherche translationnelle retenus : 19 projets en 2013 pour 8,4 millions d'euros, 26 projets en 2012 pour 8,9 millions d'euros ; 12 projets en 2011 pour 5,15 millions d'euros, 16 en 2010 pour 6,54 millions, 24 en 2009 pour 9,8 millions. Voir les indicateurs de la mesure 1 en annexe 4 du rapport.

¹¹ Voir les indicateurs de la mesure 1 en annexe 4 du rapport.

¹² Les trois premiers PAIR ont été lancés entre 2007 et 2009 (cancer colorectal, lymphomes, carcinomes hépatocellulaires).

soutenir 10 projets européens dont 6 impliquant des équipes françaises. Le second appel à projets européen de recherche translationnelle ciblant la prévention primaire et secondaire des cancers a été lancé en décembre 2012 (la publication des résultats est prévue en octobre 2013) ; la Fondation ARC contribuera également au financement des équipes françaises qui seront retenues.

► **Le soutien de la formation à la recherche translationnelle**

En raison des spécificités de la recherche translationnelle, il est important d'**encourager et de soutenir une formation appropriée de médecins et de chercheurs**, afin de favoriser leur dialogue et leur collaboration au sein d'un même projet. Dans ce but, des **subventions de formation** en master 2, doctorat ou postdoctorat sont attribuées dans le cadre du Plan cancer. Cinquante subventions ont été attribuées par l'INCa sur 2009-2011 pour un montant total de 3,2 millions d'euros. Depuis 2011-2012, l'appel à candidatures pour la formation à la recherche translationnelle est piloté par l'ITMO cancer de l'Alliance : 29 candidatures ont été retenues en mai 2013 et 27 en 2012.

► **Le développement de la recherche de phase précoce et des partenariats public-privé pour les molécules innovantes**

- Afin de favoriser l'accès aux molécules innovantes pour les patients, un soutien particulier est apporté à la structuration de la recherche clinique en cancérologie : **16 centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP²)** sont labellisés depuis fin 2010 et soutenus par des financements dédiés pour une durée de quatre ans (près de 9 millions d'euros alloués par l'INCa et la Fondation ARC sur 2010-2013 pour le fonctionnement des CLIP²). Le Cengeps contribue également au soutien de la structuration des centres de phase précoce. Ce soutien est destiné à leur permettre de se hisser au plus haut niveau international de qualité, afin de répondre aux appels à projets sur des essais cliniques de phase précoce.
- Ces efforts se concrétisent à travers **les collaborations internationales avec les grandes institutions et avec les laboratoires pharmaceutiques mondiaux** pour favoriser le développement des nouveaux agents anticancéreux et les mettre rapidement à la disposition des patients en France. Ainsi, dans le cadre du partenariat engagé par l'INCa avec le National Cancer Institute américain (NCI), 5 projets soumis par des équipes françaises ont été sélectionnés et 2 essais sont en cours. De plus, dans le cadre des collaborations établies entre l'INCa et les laboratoires pharmaceutiques français et internationaux mettant à disposition des molécules innovantes, des essais portant sur 5 molécules concernant des pathologies peu fréquentes ou rares ont été sélectionnés sur appels à projets depuis 2011.

PREMIERS RÉSULTATS. Le développement des essais de phase précoce

► **Le renforcement du soutien de la recherche clinique de phase I et II se traduit par une progression du nombre de patients inclus :**

L'inclusion dans les essais de phase précoce par les CLIP² connaît ainsi une montée en charge, avec plus de 2 800 patients inclus en 2012. *Source : INCa.*

► **Les premiers résultats des essais ont été présentés :** les résultats de l'essai portant sur le traitement des patients atteints de chondrosarcomes avancés (essai CHONDROG), mis en place grâce à la collaboration NCI-INCa, ont fait l'objet d'une communication à l'American Society of Oncology (ASCO) en juin 2012. *J Clin Oncol 30, 2012*

- Les 4^{èmes} **Rencontres internationales de recherche (RIR)**, qui se sont tenues le 13 novembre 2012 à Paris, ont été consacrées au cancer. Organisé par Aviesan-ITMO cancer, l'INCa, et l'Alliance pour la recherche et l'innovation des industries de santé (ARIIS), cet événement — placé sous le haut patronage et en présence du Premier ministre — a réuni les chercheurs de 54 équipes académiques d'excellence et les responsables de 28 industries de santé. **L'objectif était de développer des partenariats entre les équipes françaises de recherche académique et les industriels internationaux de la santé**, en vue de favoriser les échanges et l'innovation thérapeutique. Les rencontres se sont articulées en deux temps forts : la présentation

de travaux de haut niveau par des chercheurs académiques, puis des rencontres bilatérales entre chercheurs et industriels. Les RIR 2012 ont permis de faire progresser le nombre de collaborations entre les chercheurs et les entreprises présentes aux rencontres : 35 nouveaux contacts ont été établis pour 13 des chercheurs sélectionnés et impliquent 14 entreprises présentes aux RIR, dont 5 n'étaient pas en relation avec les chercheurs avant les rencontres. De plus, ces rencontres ont également permis de formaliser des contacts existants. De nouvelles rencontres, impliquant les chercheurs dont les travaux ont intéressé les entreprises, seront organisées en articulation avec les actions de valorisation pilotées par Inserm Transfert (cf. infra).

► **L'accompagnement de la valorisation économique de la recherche**

Les interactions avec les structures de valorisation de la recherche publique et les acteurs de la vie économique ont été renforcées selon trois axes.

- **Un processus de détection des projets de recherche à fort potentiel de valorisation permettant leur promotion auprès d'industriels** est mis en place depuis 2011 en partenariat avec Inserm Transfert.
- **Le programme MATWIN¹³**, ouvert à toutes les structures de recherche depuis 2011 et soutenu par l'INCa, a pour objectif de favoriser le transfert des projets académiques vers de grands groupes industriels pharmaceutiques. Il intervient pour soutenir des projets de recherche académique en cancérologie disposant d'un brevet, depuis la phase de maturation jusqu'à l'étape préclinique.
- Au sein du **consortium de valorisation thématique** de l'Alliance Aviesan, créé dans le cadre des Investissements d'Avenir, a été mis en place en 2013 un domaine de valorisation stratégique dédié à la cancérologie associant les acteurs de la valorisation (Inserm Transfert, CNRS, CEA, INRIA, Unicancer, Institut Curie, AP-HP, MATWIN, INCa et Aviesan-ITMO cancer). Celui-ci a pour but d'accompagner le développement d'innovations thérapeutiques et de lever les verrous au transfert vers l'industrie de projets de recherche à fort potentiel de valorisation, en particulier dans deux champs spécifiques : l'épigénétique et les thérapies ciblées.

Ces actions, initiées dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, devront être poursuivies afin de consolider les interactions mises en place.

PREMIERS RÉSULTATS. La détection de projets de recherche à fort potentiel de valorisation

- Le processus de détection des projets de recherche à fort potentiel de valorisation a conduit à présenter en 2012 aux industriels 60 projets, identifiés parmi les projets de recherche soutenus par l'INCa et l'ITMO cancer.

Source : INCa – Aviesan-ITMO cancer

¹³ Programme MATWINTM (Maturation and Accelerating Translation With INdustry) créé à l'initiative du canceropôle Grand Sud-Ouest avec la Caisse des dépôts et consignations (création publiée au BO du 12 janvier 2011).

Mesure 1 - Bilan

8 sites de recherche intégrée sur le cancer labellisés et financés (SIRIC)

97 projets de recherche translationnelle (DGOS-INCa) retenus de 2009 à 2012 sur appels à projets compétitifs (évolution du taux de sélection de 16 % en 2009 à 12 % en 2013¹⁴)

106 subventions de formation de recherche translationnelle attribuées de 2009 à 2013 (50 par l'INCa ; 56 par Aviesan-ITMO cancer)

57 projets Physicancer (Aviesan-ITMO cancer) retenus de 2011 à 2013 (évolution du taux de sélection de 27 % en 2011 à 35 % en 2013)

8 projets soutenus sur les modèles de tumeurs spontanées (Aviesan-ITMO cancer -INCa) retenus de 2011 à 2013

4 programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR) menés et un cinquième programme prévu d'ici fin 2013

16 CLIP² labellisés et financés depuis 2010 (INCa-Fondation ARC) et montée en charge des inclusions (2 808 patients inclus en 2012)

8 essais cliniques de phase précoce financés (INCa-Fondation ARC) pour des molécules innovantes grâce à la collaboration avec le National Cancer Institute (NCI) américain et aux partenariats public-privé avec des laboratoires pharmaceutiques mondiaux

4^{èmes} Rencontres internationales de recherche (RIR) en 2012 sur le cancer (Aviesan-ITMO cancer - INCa avec ARIIS)

60 projets de recherche à fort potentiel de valorisation présentés en 2012 aux industriels (INCa - Aviesan-ITMO cancer)

¹⁴ Le taux de sélection est le rapport du nombre de projets sélectionnés sur le nombre de projets soumis aux appels à projets compétitifs. Voir les indicateurs de la mesure 1 par année en annexe 4 du présent rapport.

Mesure 2

Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 2	Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer		
action 2-1	Développer des appels à projets récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de réduire ces inégalités	INCa	partiellement réalisée
action 2-2	Mobiliser les cancérpôles pour animer et développer des programmes de recherche sur les déterminants régionaux des inégalités avec les acteurs scientifiques, les acteurs de santé publique et de santé.	INCa	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Le soutien à la recherche sur les inégalités face au cancer a été renforcé au cours du Plan cancer 2009-2013, au travers des appels à projets de recherche lancés par l'INCa et l'IRESP, de l'accompagnement des équipes de recherche et de la mobilisation des cancerpôles sur cette thématique.

► Le soutien des projets de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique

- Les appels à projets de recherche de l'INCa à thème libre en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique portent sur les axes suivants : conditions de vie, trajectoires et expérience de la maladie cancéreuse ; innovations, évolution des prises en charges thérapeutiques et rapport au système de soins ; cancer et société ; expositions aux facteurs de risque, pratiques de prévention (primaire et secondaire). Ils ont conduit à soutenir 39 projets portant sur les inégalités face au cancer sélectionnés de 2009 à 2013¹⁵.
- Un nouvel appel à projets lancé par l'IRESP en 2011 a conduit à soutenir un projet sur les inégalités d'accès aux soins en cancérologie. De plus, un projet portant sur les disparités territoriales dans le domaine du cancer a été sélectionné dans le cadre de l'appel à projets de biostatistiques de l'IRESP et sont soutenus par l'ITMO cancer de l'Alliance Aviesan.
- En 2013, l'INCa s'est associé à l'appel à projets de recherche sur la prévention primaire, lancé par l'IRESP avec plusieurs partenaires¹⁶. Les inégalités de santé figurent parmi les priorités identifiées dans cet appel, à travers les déterminants de santé et les populations vulnérables (jeunes, femmes, travailleurs précaires, chômeurs, etc.).

¹⁵ 6 nouveaux projets sélectionnés en 2013, 10 en 2012, 10 projets en 2011, 9 en 2010 et 4 en 2009.

¹⁶ ANRS, CNAMTS, RSI, CNSA, DGS, Fondation ARC, Inpes, MILDT

► La promotion de la recherche interventionnelle en santé des populations

- La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) évalue, par l'expérimentation, la faisabilité et l'impact d'interventions innovantes (politiques, programmes, répartition des ressources, etc.) sur la santé de populations¹⁷. La RISP contribue à la lutte contre les inégalités par la production de données probantes pour la décision.

Depuis 2010, l'INCa publie un appel à projets dédié à la RISP. Il encourage la mobilisation pluridisciplinaire des chercheurs sur deux thèmes clés : la modification des comportements et la réduction des inégalités. Les projets soumis ont concerné une diversité de thèmes, de la prévention primaire et secondaire, aux soins et à l'après-cancer. Sur la période 2010-2013, 13 projets ont été sélectionnés et financés, pour plus de 6,5 millions d'euros.

- Pour tenir compte de la complexité des thèmes et méthodes à l'œuvre dans la recherche sur les inégalités, l'INCa a mis en place, dans le cadre du processus d'évaluation des projets soumis à l'appel à projets RISP, un séminaire d'accompagnement. Celui-ci permet le partage d'expériences et d'approches méthodologiques, ainsi que le rapprochement d'équipes de recherche et d'intervenants en santé publique.

Un retour d'expérience sur l'appel à projets RISP 2010-2013, réalisé dans le cadre d'un dossier thématique de la revue de l'Inpes¹⁸, invite à poursuivre le soutien à la sensibilisation des chercheurs et praticiens sur cette thématique.

PREMIERS RÉSULTATS. Apports de la recherche à la compréhension des inégalités face au cancer

Les projets de recherche relatifs aux inégalités conduisent à la production de deux types de connaissances, distinctes mais liées entre elles, d'une part des éléments relatifs aux caractéristiques intrinsèques des inégalités de santé, d'autre part des enseignements relatifs à la mise en œuvre et l'efficacité des stratégies contre le cancer (prévention, dépistage, etc.). Parmi les projets soutenus dans le cadre du Plan cancer, peuvent être cités notamment les résultats suivants :

- l'enchaînement des causes dans la formation des inégalités** : un lien est démontré entre les phénomènes d'adversité pendant l'enfance et la survenue de cancers à l'âge adulte (travaux coordonnés par T. Lang, université Toulouse 3) ;
- les liens entre cancer et emploi** : la survenue du cancer est un facteur aggravant les inégalités sociales d'accès et de maintien dans l'emploi (projets de recherche sur « cancer et emploi » soutenus par la Fondation ARC et l'INCa, cf. Mesure 29) ;
- des disparités géographiques dans le dépistage du cancer** : des inégalités géographiques dans la détection des adénomes colorectaux sont observés qui ne semblent pas pouvoir être expliquées par des inégalités socioéconomiques (travaux coordonnés par C. Berchi, université de Caen).

Source : INCa

► La mobilisation des cancéropôles

- Dans le cadre de la démarche de labellisation et de soutien des cancéropôles (cf. mesure 5), les orientations retenues pour la période 2012-2014 comportent le thème des inégalités. Les 7 cancéropôles développent cet axe de recherche à travers les missions qui leur incombent pour mobiliser les équipes de recherche sur les questions d'inégalités sociales et les facteurs de risque environnementaux et comportementaux.
- Des actions collaboratives sont également menées au travers de groupes de travail inter-cancéropôles pour renforcer les interactions. Un groupe thématique sur les inégalités a ainsi été constitué avec des experts et certains référents en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique des cancéropôles. Ce groupe a notamment été mobilisé pour la préparation des Rencontres de l'INCa en 2012 sur la thématique des inégalités (voir infra).

¹⁷ Pour une définition, voir Hawe P., Potvin L. What is population health intervention research ? *Canadian journal of public health*. 2009; 100: 18-14.

¹⁸ Revue « Santé de l'homme » à paraître

► **Des rencontres scientifiques dédiées**

- Deux séminaires scientifiques ont été organisés par l'INCa sur « Inégalités face au cancer : chercher et intervenir » (2010) et « Recherche interventionnelle visant à améliorer la santé de populations : mise en pratique et retour d'expériences pluridisciplinaires » (2011). Les échanges ont mis en perspective les expériences françaises et étrangères pour identifier les conditions d'une éventuelle transférabilité, ainsi que les liens entre recherche, décision et action sur les inégalités.
- Les Rencontres annuelles de l'INCa en 2012 ont été consacrées à la thématique « Inégalités face au cancer – recherche, soins et santé publique : la nécessité d'une approche intégrée » (Focus 2).

FOCUS 2. Les Rencontres de l'INCa en 2012 consacrées aux inégalités face au cancer

L'édition 2012 des Rencontres annuelles de l'INCa, consacrée au thème des inégalités face au cancer, a rassemblé plus de 400 participants, patients, usagers, professionnels de santé, chercheurs, institutionnels, associations, élus et journalistes.

À partir d'un état des lieux des connaissances sur les inégalités face aux cancers, qu'elles soient d'ordre territorial, socioéconomique ou comportemental, des pistes ont été proposées pour enrichir la compréhension des mécanismes à l'œuvre dans leur développement. Les échanges ont permis un partage d'expérience autour d'actions mises en place en France comme à l'étranger pour réduire les inégalités dans les domaines de la prévention, de l'accompagnement dans le système de soins et la réhabilitation sociale.

À l'issue de cet événement, le président de la République, Monsieur François Hollande, a annoncé le lancement du troisième Plan cancer.

Mesure 2 - Bilan

41 projets de recherche sur les inégalités dans le domaine des cancers retenus sur la période 2009-2013 et financés (39 projets financés par l'INCa, 2 projets soutenus par l'IRESP et financés par Aviesan-ITMO cancer)

13 projets de recherche interventionnelle en santé des populations retenus sur la période 2009 à 2013 par l'INCa

2 séminaires sur la recherche interventionnelle organisés par l'INCa (7 octobre 2010, 13 octobre 2011)

4^{ème} édition des Rencontres de l'INCa en 2012 consacrées aux « Inégalités face au cancer : recherche, soins et santé publique, la nécessité d'une approche intégrée »

Mesure 3

Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 3	Caractériser les risques environnementaux et comportementaux		
action 3-1	Développer une recherche en épidémiologie analytique plus réactive s'appuyant sur des sites référents	INCa -ITMO Cancer	finalisée
action 3-2	Réactiver une recherche compétitive en toxicologie, en génétique et épidémiologie moléculaire et en recherche clinique interventionnelle par des appels à projets	INCa -ITMO Cancer	partiellement réalisée
action 3-3	Renforcer le partenariat ANSES - INCa - ANR sur les actions du Programme National Santé Environnement PNSE2 et organiser en 2011 un colloque international pour faire le point sur les risques environnementaux et comportementaux	ANSES	réalisée
action 3-4	Mobiliser les acteurs en santé publique, santé animale (Ecoles vétérinaires et INRA) et environnement (ANSES) pour lancer des appels à projets et financer des équipes de recherche sur programmes dédiés	INCa -ITMO Cancer	finalisée
action 3-5	Financer de grandes cohortes nationales généralistes adossées à des collections biologiques, notamment sur appel à projet lancé par l'IRESP avec le soutien des ministères en charge de la recherche et de la santé	IRESP	réalisée
action 3-6	Développer en finançant aux côtés de l'ANR des approches multidisciplinaires de la modélisation des processus biologiques complexes (biologie des systèmes)	INCa -ITMO Cancer	finalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Les actions menées impliquent la mobilisation de différentes disciplines dans le champ de la recherche, la coordination de la programmation entre les acteurs impliqués et le développement des instruments de recherche destinés à être accessibles à la communauté scientifique.

► La promotion et le soutien de la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers

Le soutien à la recherche sur les risques environnementaux dans le domaine des cancers progresse grâce aux efforts des organismes financeurs de la recherche.

- **Plusieurs appels à projets de recherche couvrent l'ensemble des dimensions de recherche dans le domaine de l'environnement** : « cancer et environnement » piloté par l'ITMO cancer en collaboration avec l'INCa, « environnement, santé, travail » piloté par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), programme « contaminants et environnement » piloté par l'ANR, dont les projets dédiés aux cancers sont financés par l'INCa. Les efforts consentis par ces institutions de recherche ont permis **91 projets de recherche sur les risques sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers retenus sur la période 2009-2012 (INCa, Aviesan-ITMO cancer, ANSES, IReSP).**

- Un nouvel appel à projets de recherche dans le domaine des effets de l'exposition aux facteurs de risques environnementaux sur le cancer a été lancé en décembre 2012 par Aviesan-ITMO cancer en collaboration avec l'INCa. Il vise à soutenir le développement de nouveaux outils d'évaluation des facteurs environnementaux, incluant des agents chimiques, biologiques et/ou physiques, sur la survenue de cancer.

PREMIERS RÉSULTATS. La progression du soutien à la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux

- ▶ Le soutien à la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers a connu une progression significative sur la période 2009-2012.
- **Le nombre de projets de recherche financés dans ce cadre et les moyens mobilisés ont fortement progressé** entre 2009 et 2012, passant de 11 projets retenus en 2009 pour un montant de 2,3 millions d'euros à 35 projets en 2012 pour un montant de 10,4 millions d'euros (INCa, Aviesan-ITMO cancer, ANSES, IReSP).
- **La part du budget de recherche du Plan cancer consacrée à la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux est ainsi passée de 4 % en 2009 à 12 % en 2012** - approchant de la cible fixée par le Plan à 15 % à l'échéance 2013 (le bilan du budget 2013 sera disponible à partir de mars 2014).

Source : INCa

- ▶ **L'organisation de rencontres scientifiques pour promouvoir la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux**
- **Le colloque international « Cancer et expositions environnementales »** s'est tenu le 12 décembre 2011, organisé en partenariat entre l'ANSES, Aviesan-ITMO cancer et l'INCa, réunissant plus de 350 participants, chercheurs, professionnels de santé et représentants d'institutions et d'associations pour dresser un état des lieux des connaissances sur les liens entre expositions environnementales et cancer.
- **Le colloque scientifique international « Nutrition and cancer »**¹⁹ a été organisé le 20 juin 2013 par l'INCa, en collaboration avec Aviesan-ITMO cancer et le réseau National Alimentation Cancer Recherche (NACRe). Réunissant plus de 150 experts scientifiques nationaux et internationaux, il a permis de débattre de manière pluridisciplinaire autour de quatre thèmes en relation avec le cancer : les produits laitiers, l'obésité, la chimiothérapie et métabolisme, l'alcool (aspects sociétaux). Une journée s'est tenue le lendemain pour favoriser les partenariats inter-cancéropôles et inter-équipes NACRe, afin de susciter l'émergence de projets de recherche de grande envergure.
- ▶ **Le soutien et la coordination des grandes cohortes nationales**
- **Deux cohortes ayant trait au cancer et faisant partie des très grandes infrastructures de recherche** (TGIR), pilotées par l'IReSP et l'Institut de santé publique de l'Inserm, sont soutenues financièrement par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer pour un montant annuel de 3 millions d'euros (E3N, Constances²⁰). **Cinq autres cohortes ayant trait au cancer, sélectionnées par le programme des investissements d'avenir**, sont également soutenues dans le cadre du Plan cancer (Canto, Coblance, Crystem, E4N, Hope-Epi) ; elles ont reçu au total 32,8 millions d'euros (Focus 3).
- L'IReSP et l'Institut de santé publique (Aviesan) ont été chargés par le ministère chargé de la recherche du suivi scientifique de l'ensemble des cohortes soutenues dans le cadre des dispositifs TGIR et Investissements d'avenir (16 cohortes au total). Les travaux, engagés en 2011, vont se poursuivre dans l'objectif de la mutualisation des bonnes pratiques et de la mise à disposition des données collectées à la communauté scientifique de façon plus homogène.

¹⁹ Colloque « Nutrition and cancer : hot topics from biology to public health issues ».

²⁰ Le comité de pilotage des TGIR piloté par l'IReSP a retiré son soutien au projet Nutrinet, dont le rapprochement avec la cohorte Constances a été jugé trop peu avancé au regard de ce qui avait été recommandé.

- L'IReSP et l'Inserm soutiennent des projets d'analyses secondaires de données recueillies dans le cadre de grandes études épidémiologiques en cancérologie (8 projets soutenus depuis 2012).

FOCUS 3. Les cohortes « Investissements d'avenir » dans le domaine du cancer

La cohorte CANTO a pour objectif d'inclure 20 000 patientes porteuses de cancer du sein localisé afin d'étudier les toxicités des traitements anticancéreux (1 300 patientes déjà recrutées).

La cohorte COBLANCE vise à une meilleure connaissance des cancers de la vessie à l'aide d'un suivi de cohorte de 2 000 patients atteints de ce cancer (55 patients recrutés).

Cryostem_a pour objectif de caractériser la maladie du greffon contre l'hôte (rejet de greffe) par le prélèvement, chez 3 600 patients greffés, de cellules souches du système immunitaire pour comprendre la physiopathologie de cette maladie peu connue chez l'homme.

Le projet E4N est de constituer une cohorte familiale, en faisant participer les conjoints des femmes E3N, qui a inclus 100 000 femmes de la MGEN, et en l'élargissant aux enfants et petits-enfants des femmes E3N.

Le projet HOPE-EPI vise à proposer une cohorte nationale mutualisant des efforts de collecte de données et de validation d'informations et d'événements de santé sur les cancers de l'enfant.

Source : IReSP

► **La valorisation des ressources biologiques**

- Les efforts ont été soutenus, depuis 2009, afin **d'optimiser l'organisation des tumorothèques en vue de la constitution de collections et de bases de données associées**, au plan local et dans le cadre de réseaux multicentriques. Ils se sont traduits notamment par la publication par l'INCa en 2011 de recommandations pour la constitution de collections à des fins scientifiques, s'appliquant à l'organisation locale des tumorothèques et à leur structuration en réseaux. De plus, la définition de critères de contribution scientifique, définis par l'INCa sur la base de l'analyse de leurs rapports d'activité, a conduit à une révision de la répartition des dotations des tumorothèques en 2012 par le ministère chargé de la santé (DGOS).
- Un programme pour **la constitution de bases clinicobiologiques à visée nationale autour d'une même pathologie** a été lancé en 2011. L'objectif est de soutenir les initiatives pour constituer, autour d'une pathologie commune, des bases clinicobiologiques associées à des échantillons biologiques. Ces BCB doivent permettre d'optimiser le recueil d'informations, leur intégration et leur exploitation transversale à travers différentes disciplines de recherche — épidémiologique, fondamentale, translationnelle, clinique — impliquant les différents acteurs de la recherche (registres, tumorothèques, unités de recherche clinique, chercheurs, oncologues) et les acteurs des soins (dont les centres experts nationaux ou régionaux pour les cancers rares). Cette démarche s'inscrit aussi en articulation avec le **Plan national santé environnement (PNSE2)**, pour constituer des bases de données afin d'explorer la composante cancer des maladies environnementales.

PREMIERS RÉSULTATS. Le soutien des bases clinicobiologiques

- Les appels à projets lancés par l'INCa en 2011 et 2012 ont conduit à la sélection de 9 réseaux pour constituer des bases clinicobiologiques autour de pathologies communes : cancers du foie, cancers du rein, mélanome, mésothéliomes, syndrome de Lynch côlon-rectum, cancers du pancréas, sarcomes, glioblastomes, carcinomes œsogastriques.

L'appel a été reconduit pour 2013 (les résultats sont attendus en octobre 2013).

Source : INCa

- **Le développement de la recherche multidisciplinaire pour la modélisation des processus biologiques complexes**
- Le premier appel à projets de recherche en « **biologie des systèmes** » a été lancé par l'ITMO cancer de l'Alliance Aviesan en collaboration avec l'INCa (4 projets ont été sélectionnés en 2012) et reconduit pour 2013 (la publication des résultats est prévue en octobre 2013). L'objectif est de soutenir la recherche d'amont pluridisciplinaire (mathématiques, physique, chimie, informatique, biologie...) pour progresser vers la modélisation des processus complexes ou « biologie intégrée » dans le domaine du cancer. Il doit notamment permettre le développement d'équipes intégrées multidisciplinaires interagissant avec les cliniciens, les anathomopathologistes et les biologistes dans le domaine du cancer.

Mesure 3 - Bilan

91 projets de recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers retenus sur 2009-2012 (INCa, Aviesan-ITMO cancer, ANSES, IReSP)

Progression de la part du budget de recherche du Plan cancer consacrée à la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux de 4 % en 2009 à 12 % en 2012²¹

7 cohortes nationales ayant trait au cancer soutenues dans le cadre des TGIR (E3N, Constances) et Investissements d'avenir (Canto, Coblance, Cryostem, E4N, Hope-Epi)

9 bases clinicobiologiques autour d'une même pathologie soutenues (INCa)

Lancement du premier appel à projets « biologie des systèmes » (4 projets retenus en 2012), reconduit pour 2013 (Aviesan-ITMO cancer en collaboration avec l'INCa)

Colloque international « Cancer et expositions environnementales » le 12 décembre 2011, organisé en partenariat entre l'ANSES, Aviesan-ITMO cancer et l'INCa

Colloque scientifique international « Nutrition and cancer » le 20 juin 2013, organisé par l'INCa, en collaboration avec Aviesan-ITMO cancer et le réseau National Alimentation Cancer Recherche (NACRe).

²¹ Voir les indicateurs de la mesure 3 en annexe 4 du rapport.

Mesure 4

Dynamiser la recherche clinique

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 4	Dynamiser la recherche clinique		
action 4-1	Soutenir, structurer et suivre par des appels à projets nationaux compétitifs annuels la recherche clinique en cancérologie par le PHRC Cancer	INCa -ITMO Cancer	réalisée
action 4-2	Augmenter l'inclusion dans les essais cliniques en cancérologie	INCa -ITMO Cancer	réalisée
action 4-3	Prendre l'avis des comités de patients sur les protocoles de recherche clinique en articulation avec la consultation des comités de protection des personnes (CPP)	INCa -ITMO Cancer	partiellement réalisée
action 4-4	Organiser le recueil d'informations entre les agences et les opérateurs de la recherche clinique et les rendre publiques	INCa ANSM (ex-AFSSAPS)	réalisée
action 4-5	Soutenir les recherches portant sur la qualité de vie des patients pendant le cancer et après la maladie	INCa -ITMO Cancer	partiellement réalisée
action 4-6	Développer la coopération internationale dans les essais cliniques	INCa -ITMO Cancer	finalisée
action 4-7	Diffuser de manière régulière les informations relatives aux progrès de la recherche contre le cancer	INCa LNCC	réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Afin de faire progresser la prise en charge et le traitement des cancers, tout en réduisant leurs effets secondaires, le Plan cancer 2009-2013 a fixé parmi ses priorités le soutien à la recherche clinique. Grâce au développement de l'offre d'essais cliniques en cancérologie et à l'amélioration de l'information des professionnels et des patients, la participation des patients a connu une forte progression.

► Le soutien des projets de recherche clinique

- Les projets de recherche clinique soutenus portent sur de nouveaux médicaments ou associations de médicaments contre la maladie ou ses effets secondaires, de nouvelles façons de les administrer, de nouvelles techniques de traitement, de diagnostic, de prise en charge ou de prévention. Ils sont financés sur appels à projets annuels financés par le ministère chargé de la santé (DGOS), sur crédits de l'Assurance maladie, et gérés par l'INCa. **Dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) cancer et du programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) en cancérologie, 242 projets ont été**

retenus de 2009 à 2012 pour un financement total de 86,1 millions d'euros²². Les appels à projets ont été renouvelés en 2013 pour le PHRC et le programme de recherche médico-économique (PRME) en cancérologie, qui se substitue au STIC (la publication des résultats est prévue fin 2013). Les projets sélectionnés portent notamment sur les traitements des cancers, mais aussi sur la qualité de vie des patients (cf. focus sur le bilan du PHRC).

- **Des essais cliniques de grande ampleur sont finalisés pour le cancer du sein :** l'essai PHARE (Focus 4), et l'étude SIGNAL pour l'identification de facteurs génétiques de prédisposition et de facteurs prédictifs de toxicité ou de sensibilité au traitement, dont les analyses de génotypage seront effectuées en 2013 (plus de 9 000 patientes recrutées de 2009 à janvier 2012 dans 135 centres).

FOCUS 4. L'essai PHARE

L'essai PHARE, proposant un protocole d'Herceptin en adjuvant, a inclus 3 382 femmes recrutées dans 156 centres. Les résultats ont été présentés au Congrès de l'ESMO (European Society for Medical Oncology) en octobre 2012 à Vienne et au symposium du cancer du sein en décembre 2012 à San Antonio (Breast Cancer symposium). L'analyse statistique n'a pas pu conclure à l'hypothèse de non-infériorité du bras 6 mois par rapport au traitement standard. Il existe néanmoins une tendance en faveur du traitement sur 12 mois pour l'ensemble de la population étudiée. Les résultats montrent par ailleurs la supériorité du traitement sur 6 mois en termes de cardiotoxicité.

Les résultats montrent également l'efficacité des traitements adjuvants réalisés par les centres français avec des taux de survie parmi les plus élevés dans cette population de patientes : près de 90 % de survie sans rechute à 3 ans (85 % à 5 ans), 97 % de survie globale à 3 ans (93 % à 5 ans). Le suivi médian était de 4 ans. Une analyse par sous-groupes de patientes a également été présentée, montrant des différences significatives de survie sans rechute.

The Lancet Oncology, June 11 2013

► **L'information des patients et des professionnels de santé sur les essais cliniques**

- Pour une meilleure information des patients et des professionnels de santé sur l'offre d'essais cliniques, **le registre des essais cliniques de cancérologie** a été mis en place par l'INCa, grâce au partenariat mis en place avec l'ANSM, le Centre national de gestion des essais de produits de santé et les opérateurs du logiciel SIGREC (Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques). Près de 1 550 essais sont répertoriés sur le registre des essais cliniques de cancérologie au 31 mai 2013, dont 506 essais ouverts aux inclusions. Le registre des essais cliniques, en ligne sur www.e-cancer.fr, est aussi directement accessible depuis le site Cancer Info. De plus, la consultation des informations sur le registre a été améliorée par la mise en place depuis début 2012 d'un moteur de recherche multicritères.
- Le Plan cancer fixe pour objectif **la consultation systématique des comités de patients pour tous les protocoles d'essais cliniques**, dans un souci de transparence et d'expression des malades. Pour ce faire, la Ligue nationale contre le cancer a étendu le processus de relecture des fiches patients avant consultation des comités de protection des personnes, mis en place avec la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (Unicancer), aux autres promoteurs d'essais cliniques - les groupes coopérateurs, les établissements publics de santé et les industries du médicament à travers le LEEM. À partir de 2012, avec le soutien financier de l'INCa, le nouveau dispositif permet une montée en charge progressive du nombre de fiches patients ainsi relues (68 fiches relues en 2012, 37 en 2011). Une formation des relecteurs a été mise en place afin d'accompagner ce développement.

²² Programmes PHRC et STIC cancer : 59 projets retenus en 2012 pour 21,6 millions d'euros, 66 en 2011 pour 23 millions d'euros, 61 en 2010 pour 22 millions d'euros, 56 en 2009 pour 19,5 millions d'euros. Voir les indicateurs de la mesure 4 en annexe 4 du rapport.

► **Le développement de la coopération internationale en recherche clinique**

- Dans l'objectif d'améliorer la visibilité de la recherche française en cancérologie, le ministère chargé de la santé (Direction générale de la santé) et l'INCa se sont impliqués dans le **Partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC)**, notamment sur son volet recherche, visant à promouvoir la coordination des financements et des programmes entre États membres. Parmi les domaines prioritaires retenus, la recherche clinique et notamment les essais de phase précoces, ont permis à la France de prendre le leadership d'une action pilote européenne très innovante, basée sur son propre programme CLIP² (cf. mesure 1). Une réunion des leaders des organisations de financements européennes de la recherche a été organisée en octobre 2012 par l'INCa à Paris afin de discuter de la mise en place de cette action pilote. Un travail exploratoire est en cours pour mettre en place cette coordination avec le programme Alliance britannique, et développer des bras hollandais et italiens au programme CLIP².
- **Une démarche de labellisation d'intergroupes coopérateurs de recherche clinique à dimension internationale dans le domaine du cancer** a été initiée par l'INCa sur appel à candidatures lancé en mars 2012. Il s'agit d'inciter les groupes coopérateurs associant médecins et professionnels de la recherche médicale à se regrouper autour d'une pathologie ou d'un ensemble de pathologies, afin d'accroître leur attractivité et la visibilité internationale. À la suite de l'évaluation des candidatures par un comité d'experts internationaux, 6 intergroupes coopérateurs ont été retenus sur la base de leur envergure, leur visibilité internationale, leur capacité à réaliser la recherche clinique et cognitive, à collaborer dans le domaine de la recherche clinique, à gérer les essais cliniques et les ressources humaines dédiées à la recherche.

► **L'information du public et des scientifiques sur les progrès de la recherche sur les cancers**

Les progrès réalisés grâce à la recherche permettent déjà d'améliorer la prise en charge thérapeutique. Ainsi la compréhension des caractéristiques moléculaires des tumeurs permettent aujourd'hui un traitement personnalisé pour un nombre de plus en plus important de patients, qui bénéficient de nouvelles thérapies ciblées (cf. axe Soins).

- Afin de mieux informer le public, **un webdocumentaire sur les progrès de la recherche sur le cancer** a été coproduit par l'INCa, l'Inserm et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et mis en ligne en février 2012. De plus, suite à la publication du bilan des activités de recherche clinique en mai 2012, un rapport sur les avancées de la recherche clinique est prévu en 2013 (INCa).
- Le **2^{ème} Forum international de Prospective de Recherche et Traitement pour le cancer (ProCaRT)**, organisé par l'INCa et l'ITMO cancer d'Avisean s'est tenu en octobre 2012, rassemblant des scientifiques issus du monde académique, industriel et des biotechnologies, ainsi que des représentants d'organisations finançant la recherche sur le cancer en Europe, pour débattre des prospectives de la recherche sur les cancers des prochaines années.
- **Un rapport sur « le rôle du microenvironnement dans la tumorigenèse et la progression tumorale »**, publié en avril 2013, présente les principales avancées scientifiques françaises issues de projets de recherche soutenus par l'INCa et la Fondation ARC.

RÉSULTATS. La progression de la participation aux essais cliniques en cancérologie

- Les actions menées pour développer l'offre d'essais cliniques et améliorer l'information ont permis de faire progresser de façon très significative la participation des malades :
 - **Le nombre de malades inclus dans les essais cliniques en cancérologie a progressé de 72 % entre 2008 et 2012** (de 21 745 à 37 500 patients), dépassant ainsi la cible fixée par le Plan cancer d'une progression de 50 % par rapport à 2008.
Le taux de patients inclus dans les essais cliniques s'élève globalement en 2010 à 11 % des cancers incidents.
 - Le Plan cancer prévoyait également de faire progresser l'inclusion chez les enfants et chez les sujets âgés. Selon les données recueillies auprès des établissements de santé, le nombre de patients inclus a augmenté de 83 % pour les cancers des enfants (1 154 patients en 2008, 2 120 en 2012) et a triplé chez les sujets âgés (822 patients en 2008, 2400 en 2012).

Sources : rapport « Bilan national des activités en recherche clinique 2003-2010 », INCa ; enquête d'activité en recherche clinique, INCa, 2013.

Mesure 4 - Bilan

242 projets retenus de 2009 à 2012 pour un financement total de 86,1 millions d'euros, dans le cadre des programmes PHRC et STIC en cancérologie, financés par l'Assurance maladie (évolution du taux de sélection de 24 % en 2009 à 59 % en 2012²³)

1 546 essais répertoriés sur le registre des essais cliniques de cancérologie au 31 mai 2013 (sur le site de l'INCa et de Cancer info), dont 506 essais ouverts aux inclusions

Labellisation de 6 intergroupes coopérateurs de recherche clinique à dimension internationale dans le domaine du cancer (INCa)

Webdocumentaire sur les progrès de la recherche sur le cancer coproduit par l'INCa, l'Inserm et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer

Progression forte de la participation des malades aux essais cliniques en cancérologie : de 72 % de 2009 à 2012²⁴ (pour une cible de 50 % fixée par le Plan cancer)

²³ Le taux de sélection est le rapport du nombre de projets sélectionnés sur le nombre de projets soumis aux appels à projets compétitifs. Voir les indicateurs de la mesure 4 en annexe 4 du rapport.

²⁴ Voir les indicateurs de la mesure 4 en annexe 4 du rapport.

Mesure 5

Faire de la France une référence internationale

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 5	Faire de la France une référence internationale		
action 5-1	Elaborer les modifications de structuration nécessaires à l'harmonisation de la programmation et du financement des recherches sur le cancer et établir une concertation annuelle avec les autres instituts thématiques et l'ANR	INCa -ITMO Cancer	réalisée
action 5-2	Soutenir l'effort de structuration et d'animation régionale et interrégionale des cancéropôles	INCa -ITMO Cancer	finalisée
action 5-3	Maintenir le niveau de financement de la recherche sur projets libres à l'initiative des investigateurs, sur des programmes de 4 à 5 ans, à 50 % des appels à projets de recherche de l'INCa	INCa -ITMO Cancer	finalisée
action 5-4	Soutenir le programme de génomique du cancer dans le cadre du Consortium international de génomique du cancer (ICGC)	INCa -ITMO Cancer	partiellement réalisée
action 5-5	Développer la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer en mobilisant le ministère des affaires étrangères, l'INCa, l'IRD et l'ANRS, notamment sur des programmes de formation des médecins et des paramédicaux	INCa -ITMO Cancer	partiellement réalisée
action 5-6	Renforcer la capacité à mesurer la productivité scientifique résultant des programmes de recherche	INCa -ITMO Cancer	finalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Les actions menées se traduisent par une programmation concertée, une structuration accrue et un renforcement de la participation française aux programmes internationaux, afin de faire progresser la visibilité de la recherche française en cancérologie.

► La concertation pour la programmation de la recherche sur le cancer

- **La programmation de la recherche sur le cancer est définie de façon concertée entre l'INCa et l'ITMO cancer au sein de l'Alliance Aviesan.** Des orientations ont été définies conjointement en 2009 autour de six axes stratégiques identifiés en adéquation avec le Plan cancer 2009-2013. Une interface fonctionnelle est organisée entre l'INCa et l'ITMO cancer, de nouvelles orientations stratégiques sur le cancer ont été définies en 2013.
- **Une stratégie commune de recherche en prévention** a été définie en 2012 par l'ITMO santé publique, au sein de l'Alliance Aviesan, l'IReSP et l'INCa, proposant des pistes de développement pour mieux fédérer les agences de financement de la recherche et favoriser une démarche intégrée entre les acteurs de la recherche et de la santé publique.

- Des collaborations ont été développées entre l'INCa et les autres institutions de recherche (ANR, IReSP, ANSES) et les partenaires associatifs (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, Ligue nationale contre le cancer) pour mettre en œuvre des actions conjointes ou coordonnées : la préparation des appels à projets, la participation au processus de sélection, la contribution au financement et l'évaluation d'impact.
- ▶ **La structuration territoriale de la recherche par les cancéropôles**
 - La structuration territoriale de la recherche sur le cancer en France repose sur les **7 cancéropôles régionaux ou interrégionaux**²⁵, qui mobilisent les acteurs de la communauté scientifique, médicale et industrielle autour de programmes interdisciplinaires. Suite à l'évaluation de leur activité sur la période 2007-2010 menée par l'AERES, ils ont été labellisés en 2011 pour une nouvelle période de quatre ans et soutenus par l'INCa pour un montant total de 26 millions d'euros afin de mener des plans d'actions pluriannuels (2011-2014).
Des actions inter-cancéropôles ont également été menées, sous la coordination de l'INCa, au travers de groupes de travail thématiques dans les domaines de la bibliométrie, des sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique (cf. Mesure 2) et de la recherche clinique.
Un bilan de l'action des cancéropôles après dix ans d'existence, dressé par l'INCa en 2013, permet d'identifier les principaux acquis²⁶. Il s'appuie sur les évaluations réalisées et les contributions des cancéropôles.
- ▶ **Le soutien du programme de génomique du cancer**
 - Le programme **International cancer genome consortium (ICGC)**, réunissant 14 pays dont la France, vise à séquencer les génomes d'une cinquantaine de types de cancers pour mieux comprendre le rôle des altérations génomiques dans leur développement, afin de pouvoir optimiser les stratégies thérapeutiques par des thérapies ciblées. L'objectif pour la France est de séquencer le génome de cinq types de tumeurs. La première phase démarrée dès 2009 concerne le séquençage du cancer du foie (24 tumeurs étudiées) et du cancer du sein (50 tumeurs). Un troisième programme de séquençage portant sur le cancer de la prostate est piloté par l'ITMO cancer de l'Alliance. Le quatrième programme, portant sur le sarcome d'Ewing, a été lancé et le cinquième programme est en cours pour le retinoblastome, les leiomyosarcomes et les carcinosarcomes.

PREMIERS RÉSULTATS. Le programme ICGC

- ▶ Un bilan des projets engagés a été présenté lors du 6^{ème} colloque scientifique de l'ICGC, organisé par l'INCa à Cannes en mars 2012 et lors du 7^{ème} colloque scientifique en décembre 2012 à Heidelberg : plus de 22 000 échantillons tumoraux ont déjà fait l'objet d'un séquençage dans le monde dont les premiers résultats publiés sont présentés sur le site ICGC.
- ▶ Les premiers résultats sur le cancer du foie mettent en évidence **4 nouveaux gènes fréquemment mutés dans les tumeurs hépatiques** qui sont impliqués dans l'initiation des carcinomes hépatocellulaires (Guichard *et al.*, Nature Genetics, 2012, 694-698). L'étude du rôle physiologique des protéines issues de ces gènes et des voies de signalisation impliquées est en cours.
- ▶ Les équipes participant au programme de génomique du cancer du sein, incluant la France, ont **pu suivre l'évolution tumorale de 21 cancers du sein** grâce à une analyse extrêmement fine et inégalée des résultats de séquençage du répertoire complet de ces tumeurs. Ces nouveaux algorithmes développés spécifiquement mettent en lumière la complexité des événements aboutissant à l'oncogenèse et analysent les liens potentiels avec l'hétérogénéité intratumorale (Nik-Zainal *et al.*, Cell, 2012, 979-993 et 994-1007).
Les résultats issus des programmes des cancers du foie et du sein ont des implications très importantes pour améliorer la compréhension du développement tumoral et ouvrent de nouvelles perspectives en thérapie ciblée.
Source : INCa.

²⁵ Voir la carte des structures de recherche dans la partie II du rapport.

²⁶ Le bilan des cancéropôles figure en partie II du rapport.

En marge de ce programme, une alliance internationale « Global Alliance » a été créée pour favoriser le partage de données génomiques et cliniques. Son principal objectif est d'accélérer les progrès médicaux, en encourageant l'accès généralisé aux données génomiques et cliniques grâce à la définition d'un cadre commun de normes internationales techniques, opérationnelles et déontologiques permettant d'assurer l'interopérabilité sécurisée et responsable des plateformes de recherche en génomique. L'INCa est un des membres fondateurs.

► **Le développement de la coopération internationale en recherche et en santé publique**

Le développement de la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer s'effectue notamment à travers des partenariats multilatéraux.

- Suite à la signature d'un accord par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) définissant une stratégie commune, **une étude conduite en Thaïlande sur les cancers du col de l'utérus** a produit des données de prévalence sur l'infection par papillomavirus humains (HPV) et les lésions cervicales associées chez des femmes porteuses du VIH, et pour la première fois de façon prospective des données sur l'évolution des anomalies cytohistologiques dans cette population. Un partenariat est également conclu avec le centre d'infectiologie Mérieux au Laos pour mener une étude sur le coût-efficacité du dépistage du cancer du col de l'utérus par détection de l'ADN des papillomavirus à haut risque oncogénique *versus* le frottis cervical parmi les femmes infectées par le VIH. Ces études contribueront au plan international à une meilleure connaissance des HPV oncogènes en vue de définir une politique de prévention.
- La convention de coopération entre les autorités de santé sénégalaises et l'ambassade de France à Dakar et l'INCa, signée fin 2011 pour une durée de trois ans, s'est concrétisée par des actions de santé publique, de recherche et de formation de professionnels de santé. Les formations en oncologie médicale permettent un renforcement des capacités de soins du pays et, pour le centre de référence de lutte contre le cancer de Dakar, de s'ouvrir à de nouvelles collaborations. Afin de développer les programmes de coopération dans le domaine du cancer, un nouvel accord a été signé en 2012 avec le ministère de la Santé de Côte d'Ivoire.
- **L'INCa soutient également la formation de radiophysiciens, sous l'égide de l'AIEA²⁷** : un programme a démarré en 2011 en Mauritanie en lien avec le centre national d'oncologie. Dans le cadre de l'accord entre l'AIEA et l'INCa signé en septembre 2011, un atelier d'envergure organisé par l'AIEA a rassemblé 5 pays francophones de la sous-région ouest africaine. Cet atelier s'est construit autour d'échanges pratiques pour l'élaboration d'une stratégie globale de lutte contre le cancer dans les pays participants.

À la suite de la Conférence INCa/NCI de septembre 2012, les échanges ont permis d'élaborer des priorités d'actions pour 2013 et de rapprocher des stratégies internationales entre le NCI et l'INCa, mais aussi en lien avec des structures africaines (AORTIC).

► **L'évaluation de l'impact des investissements de recherche sur le cancer**

- L'évaluation de la recherche repose notamment sur des indicateurs bibliométriques, mesurant le nombre et la qualité des publications scientifiques, ainsi que sur des indicateurs liés à l'activité technologique (brevets). En complément de ces indicateurs, une réflexion est engagée au niveau international pour définir des critères permettant d'évaluer l'impact des découvertes scientifiques et des avancées qui en découlent pour les malades et la population générale. L'INCa est partie prenante de cette réflexion, au sein de l'International Cancer Research Partners (ICRP), qui regroupe 57 organisations et institutions finançant la recherche sur le cancer.

²⁷ Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA)

PREMIERS RÉSULTATS. La progression de la visibilité de la France dans la recherche sur le cancer

- ▶ Selon les études réalisées par l'OST en collaboration avec l'INCa et l'ITMO cancer sur la période 2001-2009, la visibilité de la France progresse dans le domaine de la recherche sur les cancers :
 - au regard des publications scientifiques, la visibilité de la France a progressé de 23 % dans le domaine du cancer, contre 12 % dans l'ensemble du domaine biomédical (étude bibliométrique) ;
 - en outre, les résultats de l'étude portant sur l'activité technologique dans le domaine du cancer, mesurée par les brevets, montrent que la part de la France progresse de 2 % à 34 % sur la période (étude de l'activité technologique).

Étude bibliométrique et étude de l'activité technologique - comparaisons internationales, OST

- Une base de données commune des investissements consentis en recherche sur le cancer a été mise en place pour ce qui concerne les projets de recherche menés par des équipes financés par l'INCa, Aviesan-ITMO cancer et le ministère chargé de la santé (sur le site www.e-cancer.fr).
- La constitution d'un observatoire visant à documenter les résultats et impacts des investissements de recherche sur le cancer est en cours (projet HELIOS conduit par l'INCa en partenariat avec Aviesan-ITMO cancer : Focus 5).

FOCUS 5. Le projet HELIOS

Le projet a pour objectif de documenter les résultats et impacts des investissements de recherche sur le cancer liés aux deux premiers Plans cancer (2003-2007 et 2009-2013). Conduit par l'INCa, en partenariat avec l'Alliance Aviesan, il vise à créer un observatoire permettant la mise en place d'indicateurs sur les investissements, les résultats, les avancées et l'impact des investissements de recherche aux niveaux scientifique, social et économique, pour identifier :

- **qui** est financé : investisseurs principaux et équipes de recherche (description des collaborations existantes au démarrage des projets)
- **quelle** recherche est en cours, via les termes des demandes de subventions et des publications (génération des domaines thématiques de recherche)
- **avec qui** la recherche est effectuée (réseaux scientifiques de collaboration France et étranger notamment avec le secteur privé)
- **où** est effectuée la recherche (institution de recherche ou institutions de collaboration)

L'étude de faisabilité menée en 2012 avec l'OST, en collaboration avec l'American Institutes for Research, a permis de valider la qualité et la robustesse des données de l'INCa sur les chercheurs et programmes de recherche financés.

Source : INCa

Enfin, suivant le Plan cancer, **le niveau de financement de la recherche sur « projets libres » à l'initiative des investigateurs a été maintenu à plus de 50 % du budget total consacré à la recherche** dans le cadre du Plan de 2009 à 2012²⁸.

²⁸ Voir les indicateurs de la mesure 5 en annexe 4 du rapport.

Mesure 5 - Bilan

Identification d'orientations stratégiques conjointes pour la programmation 2009-2013 de la recherche sur le cancer (Aviesan-ITMO cancer et INCa)

Définition d'une stratégie commune de recherche en prévention (Aviesan-ITMO santé publique, IReSP et INCa, en 2012)

Labellisation et financement des cancéropôles par l'INCa pour une nouvelle période de 4 ans (2011-2014)

4 programmes de séquençage du génome engagés par la France dans le cadre d'ICGC : cancers du sein, du foie, de la prostate, sarcome d'Ewing (INCa, Aviesan-ITMO cancer)

Coopérations avec le Sénégal, la Côte d'Ivoire, la Thaïlande (partenariat IRD), la Mauritanie et des pays d'Afrique de l'Ouest (partenariat AIEA)

Mise en place d'une base de données commune des projets de recherche sur le cancer financés par l'INCa, Aviesan-ITMO cancer et le ministère chargé de la santé

Lancement de la constitution de l'observatoire des investissements de recherche sur le cancer (projet HELIOS conduit par l'INCa en partenariat avec Aviesan-ITMO cancer)

2. AXE OBSERVATION

Mieux connaître la réalité des cancers en France

Les enjeux

Le système d'information des cancers est un outil essentiel d'orientation des politiques publiques, de suivi et d'évaluation du Plan. C'est aussi sur le système de surveillance des cancers que repose notre capacité de détection des risques émergents. Enfin, la structuration des données existantes sur le cancer et la cancérologie et leur large publication sont les conditions d'une information pertinente et adaptée du public et des professionnels.

En réponse à ce triple enjeu, et pour soutenir les efforts engagés lors du Plan précédent, les objectifs définis par le Plan cancer 2009-2013 en matière d'observation étaient de réunir, synthétiser et communiquer les informations actualisées sur le cancer et la cancérologie, mais aussi de développer la surveillance épidémiologique des cancers, de mieux observer les composantes sociales de la maladie et d'améliorer l'observation des cancers liés à l'environnement et aux expositions professionnelles.

4 mesures

- Produire et communiquer des informations sur le cancer et sur la cancérologie
- Optimiser et développer le système de surveillance
- Développer l'épidémiologie sociale des cancers
- Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel

Les moyens mobilisés

Plus de 30 millions d'euros²⁹ ont été mobilisés, sur les quatre premières années du Plan cancer 2009-2013, pour la réalisation des mesures consacrées à l'observation par l'INCa, l'InVS et l'Inpes.

Axe	budget initial 2009-2013 du Plan	budget initial de la période 2009-2012	réalisé 2009-2012
Observation	46 576 000 €	36 525 000 €	30 436 841 €

Le bilan 2013 des dépenses réalisées sera disponible à partir de mars 2014

²⁹ Voir le bilan détaillé des dépenses du Plan cancer par action et par financeur en annexe 6 du rapport.

Synthèse des réalisations et des résultats

Sur les 13 actions des mesures de l'axe Observation, 8 ont été réalisées ou sont finalisées en juin 2013, soit 62 % des actions. Six actions ont été partiellement réalisées dans la période et leur mise en œuvre devra se poursuivre au-delà de l'échéance du Plan fin 2013.

Les actions menées dans le domaine de la surveillance des cancers par le dispositif des registres s'inscrivent dans le cadre du programme de travail partenarial entre l'InVS, l'INCa, le réseau Francim et les Hospices civils de Lyon.

1. Les réalisations et les principales avancées améliorant l'information et la surveillance des cancers

- **L'information sur les cancers et la cancérologie s'est améliorée.** Le rapport « La situation du cancer en France », actualisé chaque année, rassemble les informations de référence dans les différents domaines (épidémiologie, recherche, facteurs de risque, dépistage, offre de soins et qualité de vie). L'évolution des métiers de la cancérologie est suivie et publiée à travers un rapport annuel (ONDPS-INCa). L'ensemble des données disponibles est rendu accessible au public et aux professionnels sur le Portail des données du cancer depuis le site www.e-cancer.fr (76 400 visites en 2012).
- **La surveillance épidémiologique des cancers a été renforcée et de nouvelles données de survie des personnes atteintes de cancer sont publiées.** Les données de survie reposent sur une nouvelle méthode d'estimation de la « survie nette » (survie que l'on observerait si le cancer était la seule cause possible de décès pour les patients), utilisée pour la première fois en France, et devenue la référence pour la communauté scientifique internationale. Le dispositif des registres des cancers s'est amélioré (diminution des délais de mise à disposition des données, recueil des stades au diagnostic).
- **La surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel s'est accentuée** avec la mise en œuvre de la déclaration obligatoire des mésothéliomes et le développement de l'observation en milieu professionnel (cohortes, portail Ex-Pro).
- **La connaissance des comportements et des représentations sur le cancer** s'est accrue grâce au Baromètre cancer (Inpes-INCa) et au Baromètre santé (Inpes) réédités en 2010 et publiés en 2012, qui permettent des comparaisons avec les résultats de l'édition 2005. Par ailleurs, l'enquête sur la qualité de vie des personnes deux ans après le diagnostic de cancer a été renouvelée ; les premiers résultats sont attendus d'ici fin 2013.

2. Les actions engagées restant à consolider pour l'observation des cancers

- **Le développement du système multisources de cancers (SMSC) a été initié.** Le croisement des bases de données ALD et PMSI permet de construire les premiers indicateurs pour les localisations de cancer les plus fréquentes. La mise en place complète du SMSC implique la mise à disposition des informations issues des comptes rendus d'anatomopathologie, ainsi que d'un identifiant commun aux trois sources croisées.
- **Le développement de l'épidémiologie sociale des cancers, permettant de caractériser les inégalités sociales de santé face au cancer, nécessite une évolution des systèmes d'information statistiques en santé.** Des recommandations sur ce sujet sont attendues du Haut Conseil de la santé publique.

Mesure 6

Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 6	Produire et communiquer des informations sur le cancer et sur la cancérologie		
action 6-1	Publier un rapport de synthèse annuel des données relatives aux cancers et des principaux indicateurs de la politique de lutte contre les cancers mis à jour	INCa	réalisée
action 6-2	Créer un portail des données du cancer, donnant accès à la synthèse des principales données pertinentes selon leur nature et leur source identifiées	INCa	réalisée
action 6-3	Réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, la comportement et la perception des cancers et des facteurs de risques, notamment un baromètre cancer	INPES	réalisée
action 6-4	Réaliser un rapport sur les métiers de la cancérologie et mettre en place un tableau de bord en s'appuyant sur des groupes d'experts et des professionnels de santé	INCa	finalisée
action 6-5	Observer les conditions de vie des malades à distance du diagnostic	INCa	finalisée
action 6-6	Mieux documenter et publier les informations sur les cancers de l'enfant, notamment les leucémies (<i>nouvelle action inscrite au Plan en juin 2011 à l'initiative de la DGS</i>)	INCa	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► L'information sur les cancers et la cancérologie

- **Le rapport « La situation du cancer en France »**, actualisé chaque année, rassemble les données disponibles en matière d'épidémiologie, de recherche sur le cancer, de facteurs de risques, de dépistage, d'offre de soins et de qualité de vie avec le cancer, avec une approche par localisations cancéreuses. L'édition 2012 propose une actualisation des connaissances dans les différents domaines du cancer et de la cancérologie, ainsi qu'un nouveau chapitre sur la thématique des inégalités de santé.
- **Les données d'incidence et de survie des cancers de l'enfant, incluant les leucémies**, ont été actualisées en 2012 et sont publiées sur le Portail des données du cancer. L'information sur les risques, élaborée en liaison avec l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), sera délivrée dans la nouvelle édition en préparation du guide Cancer info « Mon enfant a un cancer ».
- **L'ensemble de ces informations est rendu accessible sur le Portail des données du cancer** (Focus 6), ouvert depuis octobre 2011 sur le site www.e-cancer.fr, qui permet un accès direct, simple et dynamique aux principales données actualisées sur le cancer et la cancérologie issues des producteurs de données et des travaux publiés. Les informations à disposition sur le Portail sont mises à jour et enrichies en fonction des données disponibles et des indicateurs pertinents : le nombre d'indicateurs diffusés sur le Portail a déjà progressé depuis son ouverture de 320 à 392.

FOCUS 6. Le Portail des données du cancer

Les principales données relatives au cancer et à la cancérologie sont mises à la disposition des acteurs de la cancérologie et du grand public sur le Portail des données du cancer, mis en place par l'INCa sur le site www.e-cancer.fr.

Cinq thématiques sont présentées : l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, les soins, la recherche et une cinquième thématique « les types de cancer » reprenant les informations des autres thèmes de façon transversale. Les informations retenues, désignées comme « indicateurs », sont regroupées au sein de fiches de synthèse. Chaque indicateur est caractérisé par au moins une source identifiée et des métadonnées permettant de les rechercher facilement. Chaque fiche de synthèse est caractérisée par les métadonnées des indicateurs qu'elle contient. Le portail présente également les projets de recherche en cancérologie, un lexique, des éléments de méthodes, des liens et des documents complémentaires.

Mis en ligne en octobre 2011, le Portail comporte 141 fiches de synthèse, 468 indicateurs, 315 projets de recherche, 319 métadonnées (au 30 juin 2013).

Le Portail a reçu plus de 76 440 visites en 2012 et près de 210 987 pages ont été vues.

► L'observation de l'évolution des métiers du cancer

- Les travaux conjointement menés par l'ONDPS et l'INCa, en liaison avec les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, permettent de suivre l'évolution des métiers de la cancérologie. Le rapport publié en 2010-2011 est consacré aux « **Métiers du diagnostic biologique du cancer : anatomie et cytologie pathologiques, biologie médicale, génétique** ». Dans le rapport 2012 sur les « **Métiers liés au cancer, leur répartition et ses déterminants** », la situation démographique nationale et régionale est décrite à la lumière d'une enquête sur les choix d'installation des jeunes spécialistes (oncologues médicaux, radiothérapeutes et pathologistes) et des leviers d'actions mis en œuvre comme la filiarisation des postes d'internes. L'édition 2013 portera sur la part d'activité **en cancérologie des spécialistes d'organes**, à partir d'une enquête menée auprès de ces médecins.
- Les données existantes nécessaires à l'observation de la démographie en cancérologie sont multiples et proviennent de différentes sources. Ces données sont consolidées par l'INCa au sein de **tableaux de bord sur les effectifs médicaux en activité et en formation** dans trois spécialités : oncologie médicale, radiothérapie et anatomopathologie (cf. Mesure 24). Actualisés chaque année, les tableaux de bord constituent pour les pouvoirs publics un outil de pilotage et de suivi pour l'affectation des moyens humains et financiers. Dans ce cadre, une analyse est réalisée pour identifier les régions à fortes tensions démographiques, afin d'éclairer les pouvoirs publics dans la prise de décisions en matière de répartition des moyens alloués.

► Les représentations sur les cancers et les facteurs de risques

- **Le Baromètre cancer vise à analyser les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français par rapport au cancer et à suivre leur évolution.** Suite au premier baromètre réalisé en 2005, la seconde enquête a été réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population française de près de 4 000 personnes âgées de 15 à 85 ans. Chaque personne a été interrogée, comme dans le précédent baromètre, sur ses connaissances, attitudes et comportements concernant les facteurs de risque (et de protection) du cancer, sur l'image de la maladie et la prise en charge des cancers en France ainsi que sur la qualité perçue des soins. Les résultats permettent de mesurer les évolutions constatées par comparaison à 2005.

RÉSULTATS. Le Baromètre cancer 2010 : principaux résultats (Inpes-INCa)

- Le Baromètre Cancer 2010 s'est concentré sur les principaux risques avérés de cancer : tabac, alcool, soleil, et pour la première fois nutrition. **Alors même que les Français se déclarent dans l'ensemble mieux informés sur les risques de cancer, les résultats du Baromètre soulignent que la prévalence de certains comportements à risque croît comme la consommation de tabac ou connaît un ralentissement de sa diminution comme celle de l'alcool.**

Ainsi, si 76 % des enquêtés jugent « certains » les risques liés au tabagisme, la prévalence du tabac est encore de 32 % parmi les 15-85 ans. Soixante-cinq pour cent des personnes interrogées continuent par ailleurs de penser que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes ». Concernant l'alcool, de nombreuses croyances qui permettent de nier ou relativiser les risques de cancer persistent : près de neuf personnes sur dix estiment que le risque principal de l'alcool concerne les accidents de la route et la violence, et une personne sur deux pense que ce sont surtout les alcools forts qui sont dangereux pour la santé.

Quant à la nutrition, à la fois facteur de risque et de protection face au cancer, les résultats du Baromètre mettent en évidence une certaine imprécision de la connaissance des personnes sur le sujet : les facteurs de protection sont en général mieux connus que les facteurs de risque, mais un nombre conséquent de personnes admettent ne pas connaître l'influence de certains facteurs nutritionnels sur le risque de cancer.

Ces résultats démontrent qu'il reste essentiel de continuer à s'interroger sur les moyens d'action les plus efficaces pour lutter contre la persistance des idées reçues, déni ou relativisation du risque.

Baromètre cancer 2010, Inpes-INCa

► L'observation de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer

L'enquête relative à la qualité de vie des personnes atteintes de cancer deux ans après le diagnostic a été rééditée dans le cadre du Plan cancer 2009-2013. Son pilotage et son financement sont assurés par l'INCa, en partenariat avec les trois principaux régimes d'Assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI) ; la direction scientifique et opérationnelle de l'enquête a été confiée à une unité de l'Inserm. La phase terrain reposant sur une enquête téléphonique en population et une enquête médicale est achevée et l'analyse des résultats est en cours. Les résultats de l'enquête sont attendus au deuxième semestre 2013 ; ils permettront de mesurer les évolutions constatées depuis la précédente enquête publiée en 2008 (DREES).

Mesure 6 - Bilan

Rapport « La situation du cancer », actualisé et publié chaque année depuis 2009 (INCa)

Mise en ligne du Portail des données du cancer (INCa, octobre 2011)

3 rapports sur les métiers de la cancérologie (ONDPS-INCa) et tableaux de bord des effectifs médicaux en activité et en formation actualisés chaque année (INCa)

Publication du Baromètre cancer 2010 (Inpes-INCa, 2012)

Réalisation de l'enquête « Qualité de vie des personnes atteintes de cancer deux ans après le diagnostic » (INCa en partenariat avec l'Assurance maladie - publication des résultats attendue au deuxième semestre 2013)

Mesure 7

Optimiser et développer le système de surveillance

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 7	Optimiser et développer le système de surveillance		
action 7-1	Renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants	InVS	finalisée
Action 7-2	Mise en place du système multisources des cancers SMSC	InVS	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► La surveillance épidémiologique des cancers par les registres

- Les actions réalisées pour améliorer la surveillance épidémiologique des cancers par le dispositif des registres s'inscrivent dans le cadre du programme de travail partenarial entre l'InVS, l'INCa, le réseau français des registres des cancers Francim et le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) pour la période 2011-2013. Le soutien des registres des cancers a été renforcé, par une implication financière accrue de l'INCa et de l'InVS, pour mener à bien ces actions qui ont conduit à des résultats significatifs.

PREMIERS RÉSULTATS. Le programme partenarial InVS-INCa-Francim-HCL

► Les actions réalisées dans le cadre du programme ont conduit aux résultats suivants :

- Le délai de mise à disposition d'informations valides fournies par les registres a été réduit** d'une année et demie depuis 2012 (2,5 ans après l'année concernée par l'information) ; il se rapproche désormais de celui des autres registres de cancers au niveau international (États-Unis) et de celui des informations issues des bases de données médico-administratives (1 à 2 ans).
- Le stade au diagnostic** est désormais collecté en routine de façon exhaustive (mélanome, thyroïde) ou sur échantillon (sein, côlon-rectum, prostate) à partir des cas incidents 2009.
- La surveillance des cancers par **les registres pédiatriques nationaux** a été étendue aux adolescents jusqu'à 17 ans révolus ainsi qu'aux résidents des départements d'Outre-mer.

Toutefois, les registres restent confrontés à des difficultés d'accès aux sources de données, tant pour ce qui concerne les données nominatives anatomopathologiques par les laboratoires, que pour les informations du RNIPP relatives au statut vital des malades, donnée indispensable pour les observations de survie. De plus, les registres peuvent également rencontrer des obstacles, dans certaines régions, pour l'accès aux données nominatives du PMSI et aux données ALD.

Source : InVS-INCa

- Un colloque scientifique « Registres et politiques de santé publique »**, organisé en décembre 2012 par l'InVS, l'Inserm (ITMO santé publique) et l'INCa, a porté sur la place des registres dans la recherche et la surveillance et leur contribution à l'évaluation des politiques de santé. Le colloque a permis de mettre en lumière l'apport fondamental des registres, notamment

leur positionnement par rapport aux autres dispositifs de surveillance tels que les bases médico-administratives.

► **La production de données d'incidence, de mortalité et de survie**

- **Les projections nationales d'incidence et de mortalité par cancer sont désormais produites chaque année pour l'année en cours** par l'InVS, l'INCa, les HCL, Francim et le CépiDc-Inserm. Ces travaux reposent sur l'utilisation des données d'incidence présentes dans la base commune des registres du réseau Francim. De plus, les données d'affection de longue durée (ALD) apportent désormais chaque année des informations sur les tendances les plus récentes, et contribuent ainsi au choix du scénario de projection le plus probable. Les estimations d'incidence et de mortalité pour la période 1980-2012 sont publiées en juillet 2013.
- Au niveau infra-national, des développements méthodologiques à partir de la mortalité et des bases de données médico-administratives PMSI et ALD permettent pour la première fois de **produire des estimations régionales valides pour près de la moitié des localisations cancéreuses** et de proposer des intervalles de prédiction pour toutes les autres, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. Les premières incidences régionales sont publiées en juillet 2013.
- **Une nouvelle méthode d'estimation de la « survie nette »** (survie que l'on observerait si le décès par cancer était la seule cause possible pour les patients), élaborée et validée en 2012 (cf. Focus 7) a conduit à revoir les estimations de survie par cancer (InVS-Francim-HCL-INCa). Le rapport « Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 » publié en février 2013, s'appuie sur cette nouvelle méthode d'estimation.

PREMIERS RÉSULTATS. La survie des patients atteints de cancer

- Les données de survie ont été publiées en février 2013 à partir de la nouvelle méthode d'estimation de la « survie nette » (InVS-Francim-HCL-INCa).

La survie des patients s'est améliorée pour la plupart des cancers entre 1989 et 2007 grâce aux progrès des traitements et à la précocité des diagnostics due notamment aux dépistages.

Toutefois, la survie des patients atteints de cancer varie considérablement selon la localisation cancéreuse, mais aussi suivant le sexe, l'âge et le stade de la maladie au moment du diagnostic.

- Les cancers de bon pronostic (survie nette 10 ans après le diagnostic égale ou supérieure à 66 %) représentent 52 % des cas chez la femme et 28 % chez l'homme (sein et corps utérin chez la femme, prostate et testicule chez l'homme, mélanome, thyroïde, maladie de Hodgkin et lèvres).
- En revanche, la survie nette à 10 ans est inférieure à 33 % pour des cancers représentant 40 % des cas chez l'homme et 16 % chez la femme (mésothéliome pleural, foie, pancréas, œsophage, poumon, système nerveux central, leucémies aiguës myéloïdes, voies biliaires, estomac, langue, cavité orale, oropharynx, myélome multiple, ovaire...).

La survie nette : survie que l'on observerait si le décès par cancer était la seule cause possible pour les patients.

Rapport « Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 », InVS-Francim-HCL-INCa, février 2013

► **Le développement du système multi-sources de cancers**

- Les travaux engagés dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, pour la production d'indicateurs de surveillance des cancers **à partir du croisement des bases de données ALD et PMSI**, sont désormais finalisés. Un premier rapport publié en avril 2012 concerne 8 localisations de cancer (sein, côlon-rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon et système nerveux central, thyroïde). Les travaux sont étendus à l'ensemble des localisations cancéreuses les plus fréquentes (25 localisations), avec une comparaison de l'indicateur issu du croisement aux cas incidents dans la zone registre. **La démarche devrait aboutir aux premières estimations départementales de l'incidence fin 2013 (InVS).**

En complément des bases de données ALD et PMSI, la mise en place du système multi-sources des cancers (SMSC) implique la mise à disposition **des informations issues des comptes rendus d'examens anatomopathologiques**. Les conditions et modalités sont encore à l'étude dans le cadre du dossier communicant de cancérologie au sein du DMP, par l'InVS et l'INCa avec l'Asip-Santé (cf. Mesure 18). La question d'un identifiant commun aux trois sources croisées reste également posée.

La mise en œuvre de cette mesure devra être poursuivie au-delà du Plan cancer 2009-2013 pour parvenir à la mise en place effective du système multi-sources des cancers.

FOCUS 7. L'estimation de la survie des patients atteints de cancer

Une nouvelle méthode d'estimation de la « survie nette » (survie que l'on observerait si le décès par cancer était la seule cause possible pour les patients), élaborée et validée en 2012, a conduit à revoir les estimations de survie par cancer (InVS-Francim-HCL-INCa).

Le rapport « Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 », publié en février 2013, s'appuie sur cette nouvelle méthode d'estimation.

Cette méthode, utilisée pour la première fois par la France, est devenue la référence pour la communauté scientifique internationale. Elle va être appliquée aux données issues des études internationales Concord et Eurocare. Pour la première fois, des estimations de survie à 10 ans ont pu être fournies et une nouvelle classification pour les hémopathies malignes a été adoptée. Un nouvel indicateur, la probabilité brute de décès par cancer (prenant en compte les autres causes de décès), a par ailleurs été développé.

Rapport « Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 », InVS-Francim-HCL-INCa, février 2013

Mesure 7 - Bilan

Projections nationales d'incidence et de mortalité produites chaque année pour l'année en cours (InVS-INCa-HCL-Francim et CépiDc-Inserm)

Publication des estimations d'incidence et de mortalité pour la période 1980-2012 (InVS-INCa-HCL-Francim et CépiDc-Inserm, 2013)

Production d'estimations régionales de mortalité pour près de la moitié des localisations cancéreuses (InVS-INCa-HCL-Francim et CépiDc-Inserm, 2013)

Publication de la « Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 », sur la base d'une nouvelle méthode d'estimation (InVS-Francim-HCL-INCa, février 2013)

Mesure 8

Développer l'épidémiologie sociale des cancers

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 8	Développer l'épidémiologie sociale des cancers		
action 8-1	Améliorer l'observation des inégalités : missionner le Haut conseil de la santé publique pour proposer la définition d'indicateurs pertinents compte tenu des systèmes de recueil de données existants	DGS HCSP	réalisée
action 8-2	Analyser les évolutions des disparités socio-spatiales des cancers	INCa	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► L'observation des inégalités face aux cancers

- Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par le ministère chargé de la Santé (Direction générale de la santé) fin 2010 pour identifier les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine des cancers. Des travaux ont été menés par le HCSP en 2011-2012 au sein des groupes consacrés aux inégalités sociales de santé et aux systèmes d'information en santé. Il résulte de ces travaux que le système d'information statistique existant est inadapté à l'épidémiologie sociale des cancers, en raison d'une prévalence trop faible des cancers dans les enquêtes réalisées en population générale (Insee, Assurance maladie, etc.). Le HCSP a publié en juin 2013 un avis s'appuyant sur un rapport³⁰ formulant des recommandations pour l'évolution des systèmes d'information sanitaires et l'utilisation des bases de données afin de rendre possible le suivi des inégalités sociales de santé dans le domaine du cancer.
- Un nouveau chapitre consacré aux inégalités a été introduit dans l'édition 2012 du rapport « La situation du cancer en France » par l'INCa, rassemblant les données d'observation disponibles et les résultats des recherches sur les inégalités de santé et leur expression dans le champ du cancer.

FOCUS 8. Un chapitre dédié aux inégalités dans « La situation du cancer en France »

Un nouveau chapitre consacré aux inégalités a été introduit dans l'édition 2012 du rapport « La situation du cancer en France » produit par l'INCa.

Rappelant le cadre conceptuel de l'approche des inégalités sociales de santé, il fait le point sur les données disponibles et les résultats des recherches sur les inégalités de santé et leur expression dans le champ du cancer.

Ce nouveau chapitre répond aussi aux recommandations émises par le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport d'évaluation à mi-parcours du Plan cancer 2009-2013.

L'ensemble des informations sera mis à jour et enrichi chaque année, au regard de l'état des connaissances sur le sujet.

Rapport « La situation du cancer en France en 2012 », INCa, janvier 2013

³⁰ Avis relatif aux indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans le domaine du cancer, HCSP, 19 juin 2013.
Rapport « Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé », HCSP, juin 2013.

► **L'analyse des disparités sociospatiales des cancers**

- Un projet de recherche sur les **« changements sociodémographiques des lieux et redistribution spatiale des taux de mortalité par cancer »** est soutenu par l'INCa. Mené par une équipe Inserm, ce projet porte sur l'analyse de la distribution géographique de la mortalité par cancers en France, des changements intervenus depuis les années 1970 et des facteurs explicatifs des redistributions constatées. Les résultats ne seront disponibles qu'à partir de 2014.

Mesure 8 - Bilan
Étude de l'évolution des disparités sociospatiales de la mortalité par cancers en France, en cours (projet Inserm, avec le soutien de l'INCa)
Nouveau chapitre consacré aux inégalités face au cancer dans le rapport 2012 « La situation du cancer en France », actualisé chaque année (INCa)

Mesure 9

Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 9	Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel		
action 9-1	Rendre obligatoire la déclaration des mésothéliomes	InVS	réalisée
action 9-2	Développer des travaux à partir des cohortes existantes ou en constitution	InVS	partiellement réalisée
action 9-3	Animer et piloter le recueil des signalements et investigations de clusters en population générale et en milieu professionnel	InVS	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► La déclaration obligatoire des mésothéliomes

- À la suite d'une étude de faisabilité menée dans 6 régions³¹ en 2011 et pilotée par l'InVS pour tester les procédures et les circuits d'information, **le décret publié le 16 janvier 2012 ajoute le mésothéliome à la liste des maladies à déclaration obligatoire**. La déclaration obligatoire a été déployée progressivement et elle est désormais en place dans l'ensemble des régions métropolitaines et ultramarines (cf. Focus 9).

PREMIERS RÉSULTATS. La montée en charge de la déclaration des mésothéliomes

- Au 15 mai 2013, 800 cas de mésothéliomes ont été notifiés à l'InVS, dont 619 cas incidents 2012. L'action se poursuivra au-delà de 2013 et sera complétée par la mise en place d'enquêtes d'exposition pour améliorer la connaissance des mésothéliomes.

Source : InVS

► L'observation en milieu professionnel

- Des études de cohortes ont été engagées en population générale et dans le champ professionnel, sous le pilotage de l'InVS. L'inclusion dans **le programme COSET** (cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail) va s'étendre à l'ensemble des régimes d'Assurance maladie, en partenariat avec la MSA (la phase pilote a été réalisée en 2011) et le RSI (l'étude pilote est engagée depuis fin 2012).

³¹ Régions Auvergne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Île-de-France et PACA

- **Un portail EX-Pro dédié à l'évaluation des expositions professionnelles** a été mis en place en 2011 par l'InVS, en ligne sur www.exppro.fr. pour tous les acteurs concernés par la prévention ou la réparation des maladies professionnelles : médecins du travail, préventeurs en santé et sécurité au travail, médecins généralistes, associations de défense de victimes, etc. Le portail met notamment à la disposition des acteurs **les matrices emploi-exposition** associant à l'ensemble des professions et des secteurs d'activité des données d'exposition à certaines nuisances (17 matrices ont ainsi été produites et publiées à mi-2013³²).

FOCUS 9. La déclaration obligatoire des mésothéliomes

La surveillance des cancers s'est renforcée avec l'ajout du mésothéliome comme 31^{ème} maladie à déclaration obligatoire à partir de janvier 2012. Le mésothéliome est un cancer lié à l'exposition à l'amiante qui représente un enjeu important de santé publique, l'exposition pouvant être d'origine professionnelle mais aussi environnementale. On estime aujourd'hui que, chaque année en France, surviennent entre 800 et 1 200 nouveaux cas de mésothéliome.

La déclaration obligatoire vient compléter la surveillance assurée par le programme national de surveillance des mésothéliomes pleuraux. Elle est mise en place après une phase de test pilotée par l'InVS en partenariat avec l'INCa en 2011, dans six régions et avec l'appui des sociétés de professionnels concernés (pathologistes, pneumologues, chirurgiens, oncologues...), des réseaux régionaux de cancérologie, des équipes PNSM et des cellules interrégionales d'épidémiologie.

Les pathologistes qui posent formellement le diagnostic du cancer jouent un rôle majeur dans la réussite de cette notification. Les cliniciens, qui sont en contact avec leur patient, doivent également déclarer leurs cas en renseignant la notion d'exposition professionnelle à l'amiante, pour orienter les enquêtes d'exposition.

Pour déclarer un nouveau cas, le médecin doit remplir le formulaire dédié, le dater, le signer et l'adresser rapidement par fax au médecin de l'ARS, au numéro figurant sur le formulaire. Ces formulaires sont téléchargeables sur le site www.invs.sante.fr.

Décret n° 2012-47 du 16 janvier 2012

Mesure 9 - Bilan

Mise en place de la déclaration obligatoire des mésothéliomes (InVS, 2012)

Mise en ligne du Portail EX-Pro dédié à l'évaluation des expositions professionnelles (InVS, 2011)

17 matrices emploi-exposition associant des données d'exposition à certaines nuisances produites et publiées sur le Portail (InVS)

³² Matrices emploi-exposition réalisées au 31 mai 2013 : solvants chlorés (5 matrices), carburants et solvants pétroliers (5 matrices), ciment, silice, amiante, fibres céramique réfractaires, laines minérales, poussières organiques (cuir, farine).

3. AXE PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité

Les enjeux

Réduire les expositions aux facteurs de risque de cancer constitue un enjeu majeur pour diminuer l'incidence de certains cancers. Il s'agit en particulier du tabac et de l'alcool, premières causes évitables de mortalité par cancers, mais aussi des facteurs environnementaux et des expositions professionnelles ainsi que des risques infectieux. Le rôle de la nutrition et de l'activité physique, comme facteurs de risque mais aussi de protection, doit être mieux connu. La prévention des cancers, qu'elle vise des déterminants individuels ou environnementaux, requiert le développement de stratégies diversifiées s'appuyant sur la mobilisation de professionnels et de la société civile.

En matière de dépistage, les objectifs fixés par le Plan étaient de faire progresser la participation aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, tout en réduisant les inégalités d'accès et de recours. Ces programmes doivent offrir toutes les garanties de qualité et de sécurité et l'information éclairée des populations cibles doit être recherchée. Le développement de nouvelles stratégies était aussi attendu envers les personnes présentant des risques plus élevés et pour favoriser la détection précoce d'autres types de cancers.

8 mesures

PRÉVENTION

- Poursuivre la lutte contre le tabac
- Promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers
- Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel
- Prévenir les cancers d'origine infectieuse

DÉPISTAGE

- Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage
- Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers
- Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire
- Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers

Les moyens mobilisés

Plus de 560 millions d'euros³³ ont été mobilisés, sur les quatre premières années du Plan cancer 2009-2013, pour la réalisation des mesures consacrées à la prévention et au dépistage par l'Assurance maladie, l'Inpes, l'INCa et le ministère chargé de la santé (DGS).

Axe	budget initial 2009-2013 du Plan	budget initial de la période 2009-2012	réalisé 2009-2012
Prévention - Dépistage	887 019 000 €	688 541 000 €	560 908 338 €

Le bilan 2013 des dépenses réalisées sera disponible à partir de mars 2014

³³ Voir le bilan détaillé des dépenses du Plan cancer par action et par financeur en annexe 6 du rapport.

Synthèse des réalisations et des résultats

Sur les 37 actions des mesures de l'axe Prévention Dépistage, 21 ont été réalisées ou sont finalisées en juin 2013, soit 57 % des actions. Seize actions ont été partiellement réalisées dans la période et leur mise en œuvre devra se poursuivre au-delà de l'échéance du Plan fin 2013.

Les réalisations du Plan cancer dans le domaine de la prévention s'inscrivent également dans le cadre du Plan national santé environnement et du Plan santé travail (ministères chargés de la santé, de l'environnement et du travail), ainsi que du Plan national nutrition santé et du Plan de lutte contre l'obésité (ministère chargé de la santé).

Le pilotage national des programmes de dépistage organisé est assuré par le ministère chargé de la santé (DGS), en lien avec l'Assurance maladie (CNAMTS) et l'INCa.

1. Des actions mises en œuvre qui n'ont pas permis d'atteindre les résultats attendus

- **Malgré les mesures prises pour lutter contre le tabac, la consommation tabagique ne recule pas.** La plupart des mesures prévues par le Plan pour réduire l'attractivité du tabac ont été mises en œuvre (avertissements graphiques, interdiction de vente des cigarettes aromatisées). Toutefois, l'interdiction de la vente aux mineurs est encore insuffisamment respectée. L'aide à l'arrêt du tabac a été renforcée (Tabac info service). Cependant, la consommation de tabac a augmenté (de 31,8 % en 2005 à 33,6 % en 2010, Baromètre santé, Inpes).
- **Les inégalités persistent face aux principaux facteurs de risques de cancer.** Ainsi la consommation de tabac a particulièrement augmenté chez les femmes d'âge mûr et parmi les chômeurs. Le triplement du forfait de prise en charge du sevrage tabagique a été mis en œuvre pour les femmes enceintes, mais n'a pas été étendu aux bénéficiaires de la CMU-C comme prévu par le Plan.
- **Les actions menées n'ont pas permis de faire progresser la participation aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.** Les campagnes d'information et de mobilisation « Octobre rose » et « Mars bleu » ont été renouvelées chaque année en adaptant les messages. Les médecins traitants ont fait l'objet d'actions de sensibilisation (visites des délégués de l'Assurance maladie, documents d'information) mais leur implication dans le dépistage reste hétérogène. La participation aux programmes de dépistage organisé ne progresse pas tant pour le cancer du sein (taux de participation national de 52,7 % en 2012, pour une cible de 65 % fixée par le Plan) que pour le cancer colorectal (31,7 % en 2012 pour une cible de 60 %). Les travaux engagés pour mieux repérer le sous-dépistage (géocodage) devraient permettre de développer des stratégies d'action plus ciblées.

2. Des actions engagées qui restent à poursuivre et à conforter

- **La prévention et la surveillance des expositions aux risques professionnels.** Des campagnes nationales de contrôle ont été menées par l'inspection du travail dans des secteurs particulièrement exposés aux agents cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR). Des recommandations pour la surveillance médicale des travailleurs exposés aux CMR sont élaborées (HAS, Société française de médecine du travail). Un dispositif réglementaire a été mis en place pour la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels. La prévention et le recensement des cancers professionnels restent à développer.

- **La prévention des risques liés à l'environnement et la détection précoce des cancers.** Les actions réalisées visent à mieux informer sur les risques des expositions aux rayonnements UV, cause principale des cancers cutanés (Inpes) et à former les médecins traitants à la détection précoce du mélanome (INCa). Les expertises produites sur les risques liés aux UV solaires et artificiels (INCa, ANSES) pourraient conduire à une évolution de la réglementation des cabines de bronzage. Des fiches repères publiées par l'INCa présentent l'état des connaissances sur « cancers et environnement » (UV, particules fines, radon, etc.) ; le soutien de la recherche est à poursuivre pour mieux comprendre l'impact des facteurs environnementaux dans les cancers.
- **La prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus et des autres cancers d'origine infectieuse.** La simplification du calendrier vaccinal en 2013 devrait permettre d'améliorer la couverture vaccinale anti-HPV, qui a connu une diminution en 2012 (vaccination recommandée entre 11 et 14 ans). Des programmes expérimentaux de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ont été mis en œuvre (13 départements) et feront l'objet d'une évaluation d'impact. La vaccination contre l'hépatite B a progressé (chez les nourrissons). S'agissant d'autres cancers d'origine infectieuse, l'information des personnes concernées et des professionnels de santé a été renforcée (dépistage de l'infection à *Helicobacter pylori* chez les personnes à risque de cancer de l'estomac ; prévention des risques de cancer chez les personnes vivant avec le VIH).

3. Des stratégies et des techniques nouvelles à soutenir

- **La promotion de la nutrition et de l'activité physique.** De nouvelles recommandations nutritionnelles ont été publiées dans le cadre de la prévention des cancers (ANSES) et la sensibilisation des Français sur le rôle de la nutrition comme facteur protecteur a progressé (Baromètre cancer). Un site web a été mis en service pour les collectivités locales afin de promouvoir l'activité physique (Inpes-INCa). En outre, de nouveaux programmes sont initiés auprès des personnes atteintes de cancer pour améliorer la qualité de vie et réduire les risques de second cancer (prévention tertiaire)
- **De nouvelles techniques en développement pour améliorer la qualité et la sécurité des dépistages des cancers.** Les tests immunologiques, qui présentent une sensibilité plus élevée pour la détection des cancers et surtout des adénomes avancés et une meilleure acceptabilité pour les personnes, vont être déployés à partir de 2014 pour le dépistage organisé du cancer colorectal. Plus de 80 % des mammographies du programme de dépistage organisé du cancer du sein sont aujourd'hui réalisées sur des dispositifs numériques, plus performants que les technologies analogiques et dont les critères de qualité ont été rendus plus exigeants (ANSM).
- **Une démarche engagée en vue de promouvoir le dépistage des cancers selon les niveaux de risques et l'information éclairée.** Les préconisations récentes soulignent l'importance de l'information à délivrer aux personnes envisageant un dépistage afin de leur permettre un choix libre et éclairé (rapport « Éthique et dépistage organisé du cancer du sein », INCa). La HAS ne recommande pas le dépistage de la prostate pour les populations à risques ; un document va être diffusé pour l'information des hommes envisageant ce dépistage (INCa). En outre, des recommandations vont être formulées afin de définir des conduites à tenir en fonction du risque individuel pour ce qui concerne le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal (HAS, INCa).

PRÉVENTION

Mesure 10

Poursuivre la lutte contre le tabac

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 10	Poursuivre la lutte contre le tabac		
action 10-1	Réduire l'attractivité des produits du tabac	DGS	partiellement réalisée
action 10-2	Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique	DSS INPES	partiellement réalisée
action 10-3	Rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac	INPES	réalisée
action 10-4	Mettre en œuvre les mesures de protection des mineurs face au tabagisme adoptées dans la loi HPST	DGS	réalisée
action 10-5	Aboutir à l'interdiction de la vente des produits du tabac par internet	DGDDI	réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Le tabac constitue la première cause de décès liés au cancer en France, comme dans le monde. Vingt-cinq pour cent des décès par cancer en France sont imputables au tabac et le tabac favorise de manière significative 17 localisations de cancer³⁴. Les actions réalisées pour lutter contre la consommation de tabac sont destinées à réduire l'attractivité des produits du tabac, mais aussi à favoriser l'arrêt du tabac.

► La lutte contre la consommation de tabac

- Plusieurs mesures ont été prises en 2009, 2010 et 2011 pour **interdire la vente de tabac aux mineurs de 18 ans ainsi que la vente des cigarettes aromatisées** (dites « cigarettes bonbons ») et pour **rendre obligatoires les avertissements graphiques** (en vigueur depuis avril 2011 pour les paquets de cigarettes et à partir d'avril 2012 pour le tabac à rouler).
- Le respect de ces dispositions législatives et réglementaires est toutefois encore inégal : si l'interdiction des cigarettes-bonbons semble bien respectée, en revanche celle relative à la vente de tabac aux mineurs est mal appliquée³⁵. Une circulaire du 3 août 2011 demande aux préfets et

³⁴ Poumon, cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, colorectal, ovaire et sein (cf. Rapport « Situation du cancer en France en 2012 », INCa)

³⁵ Selon une étude du CNCT publiée en novembre 2011, 62 % des débiteurs ont vendu un paquet de cigarettes à un jeune de moins de 18 ans et qu'un sur cinq a vendu du tabac à un mineur de 12 ans.

aux directeurs généraux des agences régionales de santé de renforcer les contrôles de ces mesures de lutte contre le tabac.

- La publicité sur le tabac est interdite en France depuis 1991 (loi Évin), mais elle est maintenue sur les lieux de vente, dans les revues professionnelles et lors des retransmissions télévisées des images de sports mécaniques.

PREMIERS RÉSULTATS. L'interdiction de fumer dans les lieux publics : enquête ITC

- Le volet français d'International Tobacco Control (ITC), collaboration internationale pour l'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac dans plus de 20 pays, porte sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Menée conjointement par l'université de Waterloo, l'Inpes, l'INCa et l'OFDT, l'enquête de cohorte d'environ 1 500 fumeurs et 500 non-fumeurs a été mise en place avant la mise en œuvre de la loi (vague 1, de décembre 2006 à février 2007) ; la vague 2 a eu lieu entre septembre et novembre 2008, et la vague 3, entre septembre et décembre 2012.

Les résultats de la vague 2 montrent que **la législation contre le tabac a conduit, dès la fin 2008, à une élimination quasi totale du tabagisme à l'intérieur de lieux clés** tels que les bars (de 95,9 % à 3,7 %) et les restaurants (de 64,7 % à 2,3 %), qui persiste quatre ans plus tard (1,4 % dans les restaurants, 6,6 % dans les bars à la vague 3). Le tabagisme sur le lieu de travail a diminué de façon significative après la loi (de 42,6 % à 19,3 %) et a continué de baisser (12,8 %) à la vague 3. Le soutien à l'interdiction de fumer dans les lieux publics a augmenté de façon significative après sa mise en œuvre et a continué d'augmenter à la vague 3 (parmi les fumeurs concernant les bars et restaurants, parmi les fumeurs et les non-fumeurs concernant les lieux de travail).

BEH n°20-21/2013 du 28/5/2013, Geoffrey T. Fong et al.

► **La politique d'aide à l'arrêt du tabac**

- D'autres actions ont été conduites, en faveur de l'aide à l'arrêt du tabac, comme **le triplement du remboursement des substituts nicotiniques à partir de septembre 2011 pour les femmes enceintes** (de 50 à 150 euros). Toutefois, cette mesure n'a pas été étendue aux bénéficiaires de la CMU-C, comme le prévoyait le Plan cancer 2009-2013.
- Un **programme d'aide au sevrage tabagique** a été mis en place par l'Inpes sur le site internet de « Tabac info service » (Focus 10).

FOCUS 10. Tabac Info Service

Tabac Info Service est un dispositif d'information et d'aide, créé par l'Inpes, adapté à tous les profils de fumeurs

- **La ligne téléphonique : 39 89**

La ligne téléphonique 39 89 est accessible du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures. Un premier niveau d'accueil est assuré par une équipe de téléconseillers qui fournissent des réponses à des questions simples sur le tabagisme, envoient de la documentation, proposent des rendez-vous avec le second niveau d'accueil constitué d'une équipe de tabacologues. Ces derniers proposent un accompagnement personnalisé au sevrage tabagique, de la prise de décision à la prévention de la rechute et permettent un suivi sur plusieurs entretiens. Ce suivi peut être complété par des conseils nutritionnels. Ce service est gratuit pour l'appelant.

- **Le site Internet tabac-info-service.fr et le coaching personnalisé**

Un coaching interactif gratuit par mail est proposé, auquel l'internaute peut s'inscrire pour recevoir des e-mails personnalisés de soutien, de conseils, d'exercices (relaxation pour gérer les envies de cigarette, changement de comportement ou d'habitude, test de motivation,...) qui l'accompagnent dans sa démarche d'arrêt.

L'évaluation de l'efficacité du programme de coaching personnalisé est réalisée à travers une étude contrôlée randomisée (étude STAMP) dont les résultats sont attendus d'ici fin 2013.

En 2012, le site tabac-info-service.fr a reçu 653 111 visites. Parmi les visiteurs, 14 926 personnes se sont inscrites au coaching.

Source : Inpes

- **La campagne d'information et de communication** sur le tabac, lancée par l'Inpes en 2012 et rééditée en 2013, est ciblée sur les motivations pour arrêter de fumer³⁶. En effet, selon les derniers chiffres du Baromètre santé 2010, l'envie d'arrêter la cigarette est en baisse chez les fumeurs réguliers de 15-75 ans : 57,6 % en 2010 *versus* 64,8 % en 2005. Si les risques du tabac sont bien identifiés par chacun, la motivation a besoin d'être encouragée. Lancée le 31 mai à l'occasion de la journée mondiale sans tabac, la campagne se décline sous forme de spots TV, d'affiches et d'informations à destination des professionnels de santé. L'ensemble du dispositif renvoie vers « Tabac info service ».
- L'élaboration de nouvelles recommandations professionnelles de pratique clinique de l'aide à l'arrêt du tabac est engagée par la HAS avec la Société française de tabacologie, sur saisine du ministère en charge de la santé ; leur publication est attendue d'ici fin 2013.
- ▶ **La publication de données sur la consommation et l'information sur les risques du tabac**
- **Le Baromètre santé a été réédité en 2010 par l'Inpes.** Réalisé par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population de plus de 27 000 personnes, il porte sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements de la population face à la santé. Il permet de connaître la consommation tabagique en population générale, et son évolution par rapport à l'édition précédente en 2005. Ces données sur la consommation sont complétées par les informations recueillies grâce au Baromètre cancer sur la perception du tabac comme facteur de risque de cancers (cf. Mesure 6).
- **La consommation de tabac chez les jeunes** est renseignée par les grandes enquêtes périodiques sur l'état de santé des jeunes (voir infra). Ainsi, l'enquête ESPAD, quadriennale et menée en milieu scolaire, permet de comparer les différents niveaux d'usages de substances psychoactives des adolescents scolarisés dans la plupart des pays européens. Le dernier exercice s'est déroulé en 2011 et a réuni 36 pays, dont la France. L'enquête française a été conduite par l'OFDT en partenariat avec le ministère chargé de l'éducation nationale et avec la collaboration de l'Inserm et de l'Inpes (2 572 élèves nés en 1995 ont été interrogés, dans 195 établissements participant).
- Afin de contribuer au développement d'actions de prévention adaptées, **des documents de référence en matière de cancers et tabac** (fiches repères) synthétisant l'ensemble des connaissances et des informations les plus actualisées sont publiés par l'INCa (cancers et cannabis, cancers et tabagisme passif, cancers et tabac, cancers et produits du tabac sans fumée, cancers et tabac chez les femmes, sevrage tabagique et prévention des cancers).
- ▶ **L'interdiction de la vente de tabac par internet**
- Les mesures législatives et réglementaires prises pour lutter contre la consommation de tabac s'inscrivent dans la **convention cadre de lutte antitabac (CCLAT)** de l'Organisation mondiale de la santé, dont la France est partie prenante. Les 171 pays membres ont adopté en 2010 des recommandations pour la mise en œuvre de la convention sur l'information et l'éducation, les programmes de sevrage et les ingrédients des produits du tabac. Un protocole additionnel, permettant notamment le contrôle de la vente par internet, a été signé à Séoul en novembre 2012. L'offre sur internet est encadrée et il est interdit de vendre du tabac au détail sur internet³⁷.

³⁶ Campagnes 2012 et 2013 : « On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer ; quelle que soit la vôtre, il existe une solution » (Inpes)

³⁷ Interdiction de la commercialisation à distance des tabacs manufacturés (loi de finances rectificative n° 2009-1674 du 30 décembre 2009)

PREMIERS RÉSULTATS. L'évolution de la consommation de tabac

En dépit des mesures prises et des actions menées pour lutter contre la consommation de tabac, celle-ci connaît une augmentation au cours des dernières années.

- ▶ Selon le Baromètre santé, **la prévalence tabagique est estimée à 33,6 % chez les 15-75 ans en 2010, en progression par rapport à 2005 (31,8 %)**. La part des fumeurs quotidiens (au moins une cigarette par jour) a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, atteignant 28,7 % parmi les 15-75 ans. Cette augmentation est particulièrement forte chez les femmes, ainsi que parmi les chômeurs (+ 6 points de 2005 à 2010).

Baromètre santé 2010, Inpes

- ▶ **La consommation régulière de tabac a également augmenté chez les jeunes de 15-16 ans, surtout chez les filles**. Selon les résultats de l'enquête ESPAD, l'usage récent est en hausse nette, passant de 30 % à 38 % sur la période 2007-2011 soit une progression relative de 27 %. Le niveau atteint en 2011 reste toutefois en deçà de celui de 1999. Par ailleurs, l'écart entre la proportion de filles et de garçons, qui avait diminué entre 2003 et 2007, s'est de nouveau accentué en 2011 : le tabagisme récent des filles a connu un accroissement relatif de 38 % par rapport à 2007.

Enquête ESPAD-France, OFDT 2012

Les premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011, réalisée chez les jeunes de 17 ans, montrent sur la période 2008-2011 la poursuite de la diminution de l'âge moyen d'expérimentation (14,1 ans). Par ailleurs, le passage au tabagisme quotidien se fait de plus en plus tard (15,0 en 2011 contre 14,8 en 2008). Dans le même temps, le niveau de tabagisme quotidien croît entre 2008 et 2011 (31,5 % contre 28,9 %). Ces dernières évolutions laissent supposer que les adolescents ne font que retarder leur entrée dans le tabagisme.

Enquête ESCAPAD 2011, OFDT 2012

Mesure 10 - Bilan

Dispositions législatives et réglementaires prises pour interdire la vente de tabac aux mineurs de 18 ans, la vente des cigarettes aromatisées (« cigarettes bonbons ») et pour rendre obligatoires les avertissements graphiques sur les produits du tabac (DGS)

Triplement du remboursement des substituts nicotiniques pour les femmes enceintes (à partir de 2011)

Programme d'aide au sevrage tabagique sur le site internet de Tabac Info Service (Inpes)

Réalisation du Baromètre santé et publication des résultats sur le tabac (Inpes, 2012)

Réalisation de l'enquête ITC-France sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics et publication des premiers résultats (2013)

6 fiches repères sur « Cancer et tabac » élaborées et publiées par l'INCa (2009 à 2012)

Mesure 11

Promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 11	Promouvoir des actions de prévention sur les liens entre alimentation, activités physique et cancer		
action 11-1	Informar les élus et fonctionnaires territoriaux sur les liens entre nutrition et cancers et sur le rôle de l'activité physique dans leur prévention	INCa	réalisée
action 11-2	Soutenir des études sur les freins ou difficultés pour le développement d'une pratique d'activité physique, perçus tant par les habitants que les professionnels	DGS INCa	finalisée
action 11-3	Promouvoir des actions de sensibilisation sur l'activité physique auprès des futurs retraités, auprès des employeurs et des comités d'entreprises	INPES	réalisée
action 11-4	Améliorer la connaissance sur le risque nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de cancer	INCa	réalisée
action 11-5	Préciser sur les contenants de boissons alcooliques la quantité d'alcool contenue (en verres standard, unités ou grammes) afin de faciliter l'estimation de sa consommation.	DGS	partiellement réalisée
action 11-6	Renforcer les aides aux personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool	DGS INPES	partiellement réalisée
action 11-7	Mettre en œuvre les mesures relatives à l'offre d'alcool adoptées dans la loi HPST	DGS	réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Sources de facteurs de risque et de protection, l'alimentation et l'activité physique font partie des facteurs comportementaux sur lesquels il est possible d'agir pour accroître la prévention des cancers.

Les actions développées dans le cadre du Plan cancer s'inscrivent également **dans les objectifs du Plan de lutte contre l'obésité 2010-2013, ainsi que du Plan national nutrition santé 2011-2015.**

► La sensibilisation sur les liens entre nutrition, activité physique et cancers

Le manque d'activité physique représente, dans les pays industrialisés, une cause principale de mortalité évitable. Or, plus de la moitié des adultes ne pratiquent pas suffisamment d'activité physique, selon l'OMS.

- **Afin de promouvoir l'activité physique, un site internet : « Activité physique, des communes s'engagent, pourquoi pas la vôtre ? »** a été mis en ligne en décembre 2012 par l'INCa. Labellisé PNNS, ce site est accessible notamment via le site « mangerbouger.fr » et par le site de l'INCa. Ce nouveau site a pour objectif d'informer élus et fonctionnaires territoriaux des bienfaits de l'activité physique sur la santé, plus particulièrement dans le domaine des cancers. Il

présente également des axes d'intervention possibles ainsi qu'une trentaine d'exemples d'actions déjà mises en place dans des collectivités territoriales. De plus, un guide pour la préparation à la retraite incluant l'activité physique a été élaboré et diffusé par l'Inpes dans le cadre du Plan « Bien vieillir » et une fiche repère « Activité physique et cancers » a été publiée début 2012 par l'INCa.

- Le rapport d'expertise collective publié par l'ANSES en mai 2011 émet des recommandations nutritionnelles dans le cadre de la prévention des cancers (Focus 11). Une nouvelle fiche repère « Surpoids, obésité et risque de cancers », publiée en janvier 2013 par l'INCa, présente l'état des connaissances sur ce sujet.

FOCUS 11. Les recommandations nutritionnelles

Selon le rapport d'expertise collective sur le thème « Nutrition et cancer » publié par l'ANSES en mai 2011, pour prévenir le risque de cancer, il convient d'avoir une alimentation équilibrée et diversifiée avec un apport calorique adapté aux dépenses énergétiques jointe à une activité physique régulière, et permettant d'atteindre les apports nutritionnels conseillés. Ce travail met aussi en évidence qu'il n'existe pas d'aliment ou de nutriment « anticancer » en soi.

Ces conclusions sont en cohérence avec les recommandations pour la prévention primaire des cancers, produites en 2009 dans le cadre du Plan national nutrition santé, adaptées au contexte français à partir des connaissances internationales sur les niveaux de preuve des relations entre facteurs nutritionnels et cancers par localisations (NACRe-INCa-ministère chargé de la santé).

Rapport « Nutrition et cancer - Légitimité de recommandations nutritionnelles dans le cadre de la prévention des cancers », ANSES, 2011.

Brochure « Nutrition et prévention des cancers », NACRe-INCa-DGS, 2009.

- **Le soutien d'études et d'interventions spécifiques sur les risques liés à la nutrition** (alimentation, alcool, obésité, activité physique) a été renforcé : 58 projets ont été sélectionnés sur appels à projets pour la période 2009 à 2012 et sont financés par l'INCa. Par ailleurs, un recensement des équipes de recherche sur la thématique « nutrition et cancer » a été conduit par le réseau national alimentation recherche (NACRe), en collaboration avec l'INCa, et un colloque scientifique international sur ce thème a été organisé en juin 2013 (cf. Mesure 3).

PREMIERS RÉSULTATS. Le Baromètre cancer 2010 : « Nutrition et cancer » (Inpes-INCa)

► Le Baromètre cancer 2010 aborde pour la première fois le lien entre nutrition et cancer (cf. Mesure 6). Les résultats montrent que l'importance de l'alimentation dans la survenue du cancer est connue par la majorité de la population (9 personnes interrogées sur 10). Toutefois, les connaissances sur l'influence de certains aliments ou comportements précis varient en fonction des facteurs nutritionnels évoqués :

- les facteurs protecteurs sont plutôt mieux connus que les facteurs de risque. Ainsi 56 % des personnes interrogées citent la consommation de fruits et légumes comme un facteur de protection contre le cancer et 59 % la pratique régulière d'activité physique ;
- concernant les facteurs de risque, seuls 30 % des personnes interrogées considèrent qu'une consommation excessive de viande rouge peut augmenter le risque de cancer, 37 % pour le sel et les aliments salés et 47 % pour la charcuterie. En revanche, le surpoids et l'obésité comme facteurs de risque est plutôt bien connu : pour 64 % des personnes interrogées ;
- enfin, la perception du risque nutritionnel est socialement déterminée : la connaissance est meilleure chez les personnes de catégorie socioprofessionnelle élevée.

Baromètre cancer 2010. Inpes-INCa

► Les mesures pour limiter l'offre d'alcool et la consommation

La consommation de boissons alcooliques est la deuxième cause de mortalité évitable par cancer après le tabac en France.

- Les mesures relatives à l'offre d'alcool prévues par la loi « hôpital, patients, santé, territoires » sont mises en œuvre : affiches destinées à limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs dans les points de vente ; dispositions relatives aux « happy hours » ; amendement de la loi Évin concernant la publicité sur internet pour les boissons alcoolisées. Une fiche repère « Alcool et cancers » a été publiée par l'INCa en 2011.
- Un travail technique a été engagé par le ministère chargé de la santé (DGS) avec l'Inpes, sur les modalités de l'indication des quantités d'alcool sur les contenants de boissons, mais il n'a pas abouti à ce stade. La réflexion sera à reprendre dans le cadre du plan de lutte contre les addictions.
- **Pour aider les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool**, l'aide à distance a été renforcée à travers un nouveau programme, **l'alcoomètre**, conçu par l'Inpes et mis en service en 2010. Accessible sur le site www.alcoolinfoservice.fr, il permet à chacun de faire le point sur sa consommation grâce à un test en 12 questions³⁸. Si d'après les résultats du test, la consommation de l'internaute comporte des risques pour sa santé, l'alcoomètre lui propose d'accéder à un programme pour réduire sa consommation d'alcool. Une nouvelle campagne de communication pour sensibiliser les buveurs réguliers à leur consommation d'alcool³⁹, lancée par l'Inpes en mars 2011 et rééditée en janvier 2012 (spot TV), oriente vers le site internet « Alcool info service » et la ligne téléphonique « Écoute alcool ».
- Enfin, les moyens alloués aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont été réévalués par le ministère chargé de la santé (DGS). La formation du médecin traitant pour le repérage précoce des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool, dont l'évaluation était prévue par le Plan cancer, pourra être revue dans le cadre du Développement professionnel continu (DPS).

PREMIERS RÉSULTATS. L'évolution de la consommation d'alcool et de la perception des risques

- Selon le Baromètre santé 2010, la consommation quotidienne de boissons alcoolisées concerne plus de 12 % des 18-75 ans ; elle est en diminution par rapport à 2005. Elle est plus fréquente chez l'homme et parmi les plus de 45 ans. En revanche, on observe une augmentation des ivresses chez les jeunes, et en particulier les jeunes femmes.
Baromètre santé 2010, Inpes.
- Ces résultats sont confirmés par les grandes enquêtes sur la santé des jeunes, qui montrent une prééminence de l'alcool à l'adolescence (la consommation régulière concerne 10 % des jeunes de 17 ans en 2011) et des phénomènes d'ivresse à des niveaux élevés.
Enquête ESCAPAD, OFDT 2012.
- La perception du risque de cancer lié à l'alcool reste insuffisante : seuls 52 % des personnes interrogées considèrent que « boire de l'alcool, même modérément, augmente le risque de développer un cancer ».
Baromètre cancer 2010, Inpes-INCa

³⁸ Le test, appelé AUDIT, a été développé à la demande de OMS et validé par de nombreux travaux ; il est largement utilisé dans le monde entier.

³⁹ « Boire un peu trop tous les jours, c'est mettre sa vie en danger », Inpes.

Mesure 11 - Bilan

Mise en ligne du site internet : « Activité physique, des communes s'engagent, pourquoi pas la vôtre ? » <http://www.des-communes-sengagent.fr> (INCa)

Guide pour la préparation à la retraite incluant l'activité physique, élaboré et diffusé dans le cadre du Plan « Bien vieillir » (Inpes, 2012)

Rapport d'expertise collective « Nutrition et cancer - Légitimité de recommandations nutritionnelles dans le cadre de la prévention des cancers » (ANSES, 2011)

3 nouvelles fiches repère « Alcool et cancers » (2011), « Activité physique et cancers » (2012) et « Surpoids, obésité et risque de cancers » (2013) publiées par l'INCa

58 projets d'études et d'interventions sur les risques liés à la nutrition (alimentation, alcool, obésité, activité physique) sélectionnés de 2009 à 2012 et financés (INCa)

Colloque scientifique international « Nutrition et cancer » en juin 2013 organisé par l'INCa, en collaboration avec AVIESAN et le réseau national alimentation recherche (NACRe)

Dispositions législatives et réglementaires prises pour limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs (DGS)

Dispositif d'aide à distance pour les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool - www.alcoolinfoservice.fr (Inpes)

Mesure 12

Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 12	Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel		
action 12-1	Améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle	DGT	réalisée
action 12-2	Effectuer des campagnes de contrôles renforcés de l'application des réglementations auprès de toutes les entreprises en ciblant sur les cancérigènes les plus utilisés et faire évoluer la réglementation	DGT	réalisée
action 12-3	Elaborer à l'attention des médecins du travail des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR	DGT	réalisée
action 12-4	Expérimenter et évaluer l'intérêt de la mise en place de consultations spécifiques « cancer professionnel »	INCa	partiellement réalisée
action 12-5	Renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV	DGS	partiellement réalisée
action 12-6	Mieux informer sur les risques liés au radon dans l'habitat	DGS	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Les actions de prévention des expositions professionnelles menées s'inscrivent en synergie avec le **Plan santé travail 2010-2014** et le **Plan national santé environnement 2009-2013**.

► L'amélioration du recensement des cancers d'origine professionnelle

- Plusieurs dispositifs d'évaluation et de traçabilité des expositions en milieu professionnel ont été développés, afin d'améliorer la reconnaissance des cancers professionnels. Ainsi, l'InVS a mis en ligne un Portail EXP-Pro en 2012 pour l'ensemble des acteurs de la prévention et de la surveillance des risques. Des matrices emplois-expositions sont élaborées et adaptées pour les principales nuisances (cf. Mesure 9). La fiche d'exposition aux facteurs de pénibilité est obligatoire depuis février 2012 pour tous les travailleurs concernés.

► Le renforcement des campagnes nationales de contrôle

L'inspection du travail procède à des actions de contrôle en continu sur les agents cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) et **des campagnes nationales thématiques** sont ciblées visant à sensibiliser les entreprises et à s'assurer de l'application effective des obligations réglementaires.

- Une première campagne nationale de contrôle a ainsi été menée en 2010 sur l'application par les entreprises de la réglementation relative à **la prévention des risques professionnels liés aux rayonnements ionisants**.

PREMIERS RÉSULTATS. La campagne nationale de contrôle « Radioprotection »

- ▶ La première campagne nationale de contrôle portant sur l'application par les entreprises de la réglementation relative à la prévention des risques professionnels liés aux rayonnements ionisants a été conduite en 2010 par le ministère chargé du travail (DGT), l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) et la CNAMTS. Les inspecteurs ont visité 2 333 établissements de radiologie conventionnelle (secteur médical, cabinets dentaires, médecine vétérinaire), d'activités industrielle où des sources radioactives sont mises en œuvre et d'activités aéroportuaires (contrôle de bagages...). Les résultats de la campagne de contrôle montrent que :
 - les mesures pratiques de radioprotection sont, d'une manière générale, assez bien appliquées ;
 - la formalisation des actions de prévention est en revanche moins bien respectée ;
 - la personne compétente en radioprotection, réglementairement prévue par le code du travail a une influence positive sur le respect de la réglementation, ainsi que l'intervention antérieure de l'inspection du travail dans l'établissement visité.

Source : DGT

- Une autre campagne nationale de contrôle a été conduite en 2010 **sur la maîtrise des risques chimiques** dans les secteurs de la « réparation de véhicules » (2 880 contrôles effectués) et « propreté et nettoyage » (1 049 contrôles effectués). Suite aux constats effectués, **des actions d'accompagnement de la mise en œuvre de la réglementation** ont été engagées par la DGT avec en particulier la conclusion en mars 2012 d'une convention destinée à favoriser la prévention du risque chimique dans le secteur de la réparation et l'entretien des véhicules (ministère chargé du travail, CNAMTS, CNRSI, INRS et organisations professionnelles).
- Une troisième campagne s'est déroulée en 2011 sur les risques routiers et une campagne de contrôle sur les chantiers est programmée en 2013.

PREMIERS RÉSULTATS. La campagne nationale de contrôle « Risques chimiques »

- ▶ Une campagne d'information et de contrôle sur les risques d'exposition des salariés aux agents chimiques dangereux a été conduite en 2010, conjointement par les ministères chargés du travail et de l'agriculture et la CNAMTS avec l'appui technique de l'INRS. Elle a concerné le secteur de la réparation de véhicules (2 880 établissements) et le secteur de la propreté et du nettoyage (1 049 établissements). Les résultats sont les suivants :
 - dans le secteur de la réparation de véhicules, les constats effectués sont préoccupants et montrent que l'application de la réglementation doit être améliorée. Le risque chimique n'est pris en compte, dans le document unique, que par environ un tiers des établissements. Seulement 6 % des établissements réalisent des contrôles techniques pour mesurer la concentration des agents chimiques dans l'atmosphère des lieux de travail. Par ailleurs, l'obligation de formation et d'information spécifique au risque chimique des travailleurs est très peu respectée, de même que les dispositions réglementaires concernant la traçabilité des expositions (liste des salariés exposés, la fiche d'exposition, attestation d'exposition) ;
 - dans le secteur des entreprises de propreté, les résultats des contrôles sont également contrastés. Ainsi, le risque chimique n'est pris en compte, dans le document unique, que par environ la moitié des établissements. Les dispositions réglementaires concernant la traçabilité des expositions sont également très peu appliquées (liste des salariés exposés présente dans 15 % des établissements, fiches d'exposition réalisées dans 9 % des entreprises, attestation d'exposition remise dans moins de 5 % des cas).

Source : DGT

► La surveillance des travailleurs exposés à des CMR

- En ce qui concerne la surveillance médicale des travailleurs exposés à des agents CMR, plusieurs recommandations de bonnes pratiques ont été produites. La HAS a publié en 2010 un rapport d'orientation et des recommandations sur le suivi postprofessionnel après exposition à l'amiante. Des recommandations ont également été publiées en 2011 par la HAS sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois. Les recommandations de bonne pratique sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés aux cancérogènes de la vessie, élaborées par la Société française de médecine du travail (SFMT), ont reçu le label HAS-INCa et ont été publiées en avril 2012.
- D'autres recommandations de la SFMT portant sur la surveillance aux travailleurs postés ou de nuit ont reçu le label HAS, prenant en compte qu'il s'agit d'un facteur de risque probable de cancer du sein.
- À la suite d'une enquête menée sur les besoins d'information des médecins du travail, des actions spécifiques d'information ont été mises en place par l'INCa à destination des médecins du travail et des services de santé au travail : **un bulletin de veille « Cancer pro actu » et un guide de ressources documentaires** sur les documents et outils pour la prévention des cancers professionnels sont accessibles depuis avril 2013 sur le site www.e-cancer.fr.
- Des projets sont en cours afin de développer des outils de repérage des expositions professionnelles à destination des médecins. Ainsi, le projet multicentrique « Net Keep » porté par le CHU de Nancy et soutenu par l'INCa vise à mettre au point des outils de repérage des expositions professionnelles à des cancérogènes bronchiques, à partir d'approches complémentaires : analyse du *cursus laboris*, approche de questionnaire par tâches, repérage par branche d'activités. Les résultats de cette étude, attendus en 2014, permettront d'évaluer la faisabilité de la mise en place de questionnaires de ce type dans différentes situations pratiques.

► La prévention de l'exposition aux risques UV

La surexposition aux rayonnements ultraviolets naturels et artificiels représente un facteur de risque majeur dans le développement des cancers de la peau (mélanomes et carcinomes cutanés).

- Pour ce qui concerne les risques liés aux UV, **un dispositif réglementaire spécifique relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels** a été mis en place en 2010⁴⁰ et accompagné d'actions d'information et de sensibilisation en direction de l'ensemble des acteurs concernés (site internet, fiches, guide).
- **S'agissant du bronzage par UV artificiels**, plusieurs travaux d'expertise, réalisés par l'INCa, l'ANSES et l'InVS (Focus 12) devraient conduire à une évolution de la réglementation des cabines de bronzage ; un décret a été préparé par le ministère chargé de la santé (DGS).

FOCUS 12. Les risques liés à l'exposition aux UV artificiels

Deux rapports publiés en 2010 et 2011 par l'INCa, rappellent que la pratique du bronzage par UV artificiels augmente le risque de cancer cutané et qu'elle ne peut faire référence à un quelconque bénéfice pour la santé.

L'ANSES a publié un avis fin 2012 recommandant l'arrêt de tout usage commercial des UV artificiels à terme (avis du 19 décembre 2012).

Le bulletin épidémiologique (BEH) thématique, publié en mai 2012 par l'InVS, fait le point sur l'incidence et la mortalité par mélanome et l'impact de l'exposition aux UV artificiels : en France, les cabines UV sont responsables de 19 à 76 décès annuels par mélanome cutané.

Rapports « Installations de bronzage UV : état des lieux des connaissances sur les risques de cancer », INCa, 2010 et « UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés », INCa, 2011

⁴⁰ Décret du 2 juillet 2010 transposant la directive 206/25/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006

- **Une nouvelle campagne d'information et de communication sur les risques UV**, a été lancée en 2011 et rééditée à l'été 2012, incitant à adopter les bons gestes de prévention notamment pour protéger les enfants⁴¹. Une semaine de la protection solaire a également été organisée en juin 2012 par La Ligue contre le cancer, en partenariat avec des professionnels de la santé, du tourisme, du sport et du sauvetage, pour informer, prévenir et donner les bons conseils pour se protéger du soleil. Par ailleurs, des actions spécifiques sont conduites en faveur du dépistage des cancers de la peau (cf. Mesure 17).
- ▶ **L'information sur les risques en matière de « cancer et environnement »**
 - Les résultats du Baromètre cancer 2010 (cf. Mesure 6) montrent que seuls 20 % des personnes interrogées connaissent **le risque radon**. Cinq à 10 % des décès par cancer du poumon sont attribués à l'exposition au radon chaque année. Un colloque portant sur la mise en œuvre d'actions locales de prévention des risques sanitaires liés au radon a été organisé à Rennes en 2012 par le ministère chargé de la santé (DGS) et l'Agence régionale de santé de Bretagne, en collaboration avec l'INCa et l'IRSN. Une opération expérimentale de sensibilisation au risque radon à une échelle intercommunale est menée dans le Finistère, avec le soutien financier de l'INCa, incluant notamment la distribution de dosimètres pour la mesure du radon et un accompagnement technique et juridique de l'annonce des résultats. Une réglementation est à l'étude pour renforcer la protection des personnes contre le risque lié au radon dans les immeubles bâtis.
 - Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé en mai 2011 **les champs électromagnétiques de radiofréquences, y compris ceux émis par les téléphones portables et sans fil**, comme possiblement cancérogènes pour l'homme. Le lien entre exposition au téléphone mobile et tumeur cérébrale est faible⁴², mais a été considéré comme crédible. En application du principe de précaution, et en attendant les résultats d'investigations complémentaires, le ministère chargé de la santé, l'ANSES et l'Inpes ont édicté des règles de « bon usage » du téléphone mobile. Un site spécifique d'information sur le bon usage du téléphone portable a été mis en place par l'Inpes sur www.lesondesmobiles.fr.
 - **Les particules fines diesel** ont été reconnues comme cancérogènes certains par les experts du CIRC en juin 2012. Le niveau de preuve est suffisant pour affirmer que l'exposition aux particules fines diesel représente un facteur de risque de cancer du poumon et une association possible entre ces particules et le cancer de la vessie. La fiche repère portant sur les particules fines est actualisée par l'INCa en 2013 pour intégrer ces éléments.
 - Des documents de référence en matière de cancers et environnement (milieu de vie et travail), synthétisant l'ensemble des connaissances et des informations les plus actualisées, sont élaborés afin de contribuer au développement d'actions de prévention adaptées : **11 fiches repères ont été publiées par l'INCa depuis 2009** (cancers professionnels, cancers professionnels et inégalités sociales, amiante et mésothéliome pleural malin, environnement et cancer, risques de cancers et pesticides, téléphone mobile, particules fines, perturbateurs endocriniens, substances chimiques, rayonnements UV, radon et cancer).

⁴¹ Le « Professeur Pourquoi », Inpes.

⁴² Il ne s'appuie que sur des études épidémiologiques suggérant des excès de risques de tumeurs cérébrales (gliomes et neurinomes de l'acoustique) chez les utilisateurs « intensifs » de téléphones mobiles - au moins 30 minutes par jour sur une période de 10 ans.

Mesure 12 - Bilan

4 campagnes thématiques de contrôle menées de 2009 à 2013 : radioprotection, maîtrise des risques chimiques dans les secteurs « réparation de véhicules » et « nettoyage », risques routiers, chantiers (DGT, CNAMTS, avec les ministères et agences concernés)

4 recommandations de bonnes pratiques pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à des agents cancérogènes (HAS, INCa, SFMT)

Mise en ligne d'un bulletin de veille « Cancer pro actu » et d'un guide de ressources documentaires pour les médecins du travail sur www.e-cancer.fr (INCa, 2013)

Nouvelle campagne d'information et de communication sur les risques UV (Inpes, 2011 et 2012)

Colloque sur le radon organisé à Rennes en 2012 (DGS, ARS Bretagne, avec l'INCa et l'IRSN)

11 fiches repère sur « cancers et environnement » (milieu de travail et professionnel) élaborées et publiées par l'INCa (de 2009 à 2012)

Mesure 13

Prévenir les cancers d'origine infectieuse

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 13	Prévenir les cancers d'origine infectieuse		
action 13-1	Améliorer les taux de couverture vaccinale contre le HPV des jeunes filles de 14 ans	DGS	partiellement réalisée
action 13-2	Contribuer à la mise en œuvre des mesures du plan de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012	DGS	réalisée
action 13-3	Élaborer des documents d'information à l'attention des médecins pour améliorer le diagnostic de la bactérie <i>Helicobacter pylori</i>	INCa	réalisée
action 13-4	Favoriser la prévention par une détection précoce et la prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)	DGS	finalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Les actions prévues par le Plan cancer 2009-2013 ont été conduites afin de renforcer la prévention des cancers d'origine infectieuse, par la prévention, le dépistage et la prise en charge de maladies infectieuses directement liées au cancer ou contribuant à leur développement.

Toutefois, les actions conduites n'ont pas permis d'atteindre l'ensemble des objectifs du Plan.

► La prévention des cancers liés aux HPV (papillomavirus humain)

- Suivant l'avis du Haut Conseil de la santé publique⁴³, le calendrier vaccinal publié en 2013 (Focus 13) **révise l'âge de la vaccination contre les virus HPV, qui est désormais recommandée pour les jeunes filles entre 11 à 14 ans** (avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 19 ans révolus) – la vaccination étant d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV.

Cette vaccination peut être effectuée avec l'un ou l'autre des deux vaccins existants⁴⁴.

Par ailleurs, à partir de 25 ans, toutes les jeunes femmes vaccinées ou non vaccinées doivent continuer à bénéficier du dépistage selon les recommandations en vigueur⁴⁵.

⁴³ Avis du 28 septembre 2012 relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus des jeunes filles (HCSP).

⁴⁴ Vaccination par l'un des deux vaccins (Gardasil, Cervarix)

⁴⁵ Anaes 2002 / HAS 2010 : « Un frottis cervico-utérin tous les trois ans après deux frottis initiaux normaux à un an d'intervalle ».

FOCUS 13. La simplification du calendrier vaccinal

La simplification du calendrier vaccinal, rendu publique le 15 avril 2013, repose sur la réduction du nombre d'injections pour une efficacité équivalente et privilégie les co-administrations.

Concernant la prévention des cancers, la vaccination contre les virus HPV est désormais recommandée entre 11 et 14 ans et peut être réalisée en association avec le rappel dTcaP (diphtérie Tétanos coqueluche Poliomyélite), prévu entre 11 et 13 ans. Par ailleurs, la troisième dose de vaccination contre le virus de l'hépatite B, chez les nourrissons, est avancée désormais à 11 mois.

Ces évolutions visent à apporter une meilleure lisibilité de l'ensemble des recommandations à suivre pour mieux protéger la population afin d'améliorer la couverture vaccinale.

Source : ministère chargé de la santé

- Des actions **d'information et de communication sur la prévention du cancer du col de l'utérus** sont renouvelées chaque année depuis 2010 au mois de juin sur la vaccination anti-HPV à destination des jeunes filles et de leurs parents et sur le frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans, par le ministère chargé de la santé et l'INCa (à travers une campagne radio et la mise à disposition de documents d'information). Un dépliant « Repères pour votre pratique » sur la prévention du cancer du col de l'utérus et destiné aux médecins traitants a été réalisé par l'Inpes. Un module de formation est mis à la disposition des médecins généralistes et des sages-femmes depuis 2011 par l'INCa sur la prévention et le dépistage des cancers du col de l'utérus (cf. Mesure 16).
- La prise en charge par l'Assurance maladie des vaccins anti-HPV administrés dans les centres de vaccination n'a pas été mise en œuvre, la proposition n'ayant pas été retenue dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale successives.

PREMIERS RÉSULTATS. La vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)

- ▶ La vaccination contre les papillomavirus a connu une diminution en 2011 et 2012 avec une couverture vaccinale faible, 27% des jeunes filles de 16 ans ont reçu les trois doses.

La couverture vaccinale qui avait progressé de 2008 à 2010, a diminué dans toutes les cohortes au cours de l'année 2011 (BEH 19 mars 2013). La publication, au printemps 2010, de plusieurs articles dans la presse nationale mettant en cause la sécurité du vaccin serait un élément déclenchant de cet infléchissement.

L'évolution des données de vaccination à partir de 2013 permettra de mesurer l'impact de la simplification du calendrier vaccinal élaboré par le ministère de la santé en 2013, avec l'abaissement de l'âge de vaccination contre les papillomavirus à 11 ans.

Source : InVS

► La lutte contre les hépatites virales B et C

Le troisième **Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012)** pointait particulièrement la nécessité d'améliorer la prévention et le dépistage des populations plus précaires et plus exposées aux hépatites B et C, d'améliorer la pratique du dépistage et de réorienter les modalités de prise en charge des patients vers le secteur libéral.

Suite à la saisine du Haut Conseil de la santé publique par le directeur général de la santé, le HCSP a publié son rapport d'évaluation en avril 2013. Il analyse les effets quantitatifs et qualitatifs des politiques de lutte contre les hépatites et propose des recommandations pour l'avenir. Au regard des objectifs repris dans le Plan cancer 2009-2013, plusieurs actions devront être poursuivies dans le cadre des dispositifs de lutte contre les hépatites.

RÉSULTATS. Le Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

- Les principaux constats du Haut Conseil de la santé publique :
 - la couverture vaccinale contre l'hépatite B augmente chez les nourrissons, sans doute notamment du fait du remboursement du vaccin hexavalent, mais elle reste insuffisante chez les adolescents et jeunes adultes ;
 - le nombre de tests de dépistage des hépatites B et C continue à augmenter en population générale et chez les usagers de drogues. Il s'agit souvent d'un dépistage couplé avec celui du VIH et des IST. La recommandation relative au dépistage des personnes à risque d'infection chronique par les virus B et C a été publiée par la HAS en mai 2011. Mais l'inscription à la nomenclature d'un acte de dépistage du VHB est actuellement bloquée. De nouvelles recommandations de dépistage des hépatites B et C devront être produites, précisant notamment la place des tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD), en cours d'évaluation ;
 - s'agissant de la prise en charge des personnes infectées, le Plan a favorisé le développement de l'éducation thérapeutique du patient dans le domaine des hépatites. Mais l'absence de recommandations de la HAS pour le traitement antiviral des hépatites est déplorée. La coordination est à améliorer entre les différents acteurs et le partage des tâches entre les médecins généralistes, les hépatologues libéraux et les spécialistes hospitaliers est à redéfinir. De même l'articulation avec les structures médico-sociales est à améliorer, en particulier celles prenant en charge les usagers de drogues, ainsi que la prise en compte de la qualité de vie et l'articulation avec les acteurs associatifs.

Rapport « Évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 », HCSP, avril 2013.

► La prévention des cancers liés à la bactérie *Helicobacter pylori*

- Des documents d'information sur la prévention du cancer de l'estomac, élaborés par l'INCa avec les sociétés savantes concernées, ont été diffusés début 2013 aux gastroentérologues et aux oncologues et chirurgiens digestifs. Un document est également mis à la disposition des médecins généralistes et des patients pris en charge pour un cancer gastrique. Cette démarche vise à améliorer l'application de la recommandation relative au dépistage de l'infection par la bactérie *Helicobacter pylori* dans les populations à risque de cancer de l'estomac.

PREMIERS RÉSULTATS. La détection et le traitement de l'infection à *Helicobacter pylori* chez les personnes à risque de cancer de l'estomac

- ▶ Une enquête a été réalisée en 2011 par l'INCa auprès de gastroentérologues et de médecins généralistes sur les connaissances et les pratiques actuelles concernant la détection de l'infection par la bactérie *Helicobacter pylori* dans le cadre de la prévention du cancer de l'estomac.
Près d'un médecin généraliste sur 4 propose d'office une éradication de la bactérie, chez les apparentés au 1^{er} degré d'un malade atteint de cancer de l'estomac, sans avoir recherché l'existence de l'infection au préalable comme il est recommandé de le faire. Sept gastroentérologues sur 10 seulement vérifient systématiquement l'éradication de la bactérie après traitement. Ces résultats ont montré la nécessité de rappeler, aux professionnels impliqués :
 - les caractéristiques des personnes chez qui il est nécessaire de détecter l'infection (parmi elles des personnes sans symptômes gastriques) ;
 - la conduite à tenir, notamment en termes de méthode de détection de l'infection (test respiratoire versus endoscopie) et de contrôle systématique de l'éradication de l'infection.Des plaquettes d'information ont ainsi été diffusées en 2013. Le renouvellement de l'enquête auprès des professionnels de santé est prévu pour évaluer l'impact de cette communication sur les pratiques cliniques de médecins.

Enquêtes téléphoniques réalisées par l'institut BVA en 2011 auprès de 300 gastroentérologues et 504 médecins généralistes.

▶ **La prévention des risques de cancers chez les personnes vivant avec le VIH**

Les cancers toutes catégories confondues (classant et non classant sida) représentent un tiers des causes de mortalité des personnes vivant avec le VIH⁴⁶.

- Un dispositif d'information sur la prévention du cancer anal chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) a été mis en place par l'INCa en mars 2012. Il se traduit par la mise à disposition de documents d'information, élaborés avec les sociétés savantes et les associations, visant à promouvoir un suivi proctologique pour certains patients plus à risque de cancer de l'anus. Certains de ces documents ont été conçus pour les PVVIH (un document tout public et l'autre destiné aux hommes homosexuels), d'autres pour les proctologues et gastroentérologues. L'évaluation de ce dispositif d'information est prévue d'ici fin 2013.
- De plus, afin de mieux promouvoir et accompagner le sevrage tabagique auprès des PVVIH, trois projets sont en cours de financement par l'INCa.

⁴⁶ Étude ANRS EN 20 mortalité 2010

Mesure 13 - Bilan

Actions d'information et de communication sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus, chaque année au mois de juin (ministère chargé de la santé et INCa)

Simplification du calendrier vaccinal révisant l'âge de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) pour les jeunes filles dès 11 ans (ministère chargé de la santé, 2013)

Mise en œuvre du Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 et rapport d'évaluation du HCSP (avril 2013)

Élaboration et diffusion de documents d'information sur la prévention du cancer de l'estomac aux gastroentérologues, oncologues et chirurgiens digestifs et aux médecins généralistes, ainsi qu'aux patients pris en charge pour le cancer de l'estomac (INCa, 2013)

Élaboration et diffusion de documents d'information sur la prévention des risques de cancer anal chez les personnes vivant avec le VIH et pour les proctologues et gastroentérologues (INCa, 2012)

DÉPISTAGE

Mesure 14

Lutter contre les inégalités d'accès et de recours du dépistage

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 14	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage		
action 14-1	Favoriser l'adhésion et la fidélisation dans les programmes de dépistage et réduire les écarts entre les taux de participation	INCa DGS	partiellement réalisée
action 14-2	Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage (socio-économiques, culturelles, territoriales)	INCa DGS	partiellement réalisée
action 14-3	Favoriser l'accès aux examens adaptés aux niveaux de prise en charge	INCa	finalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Les objectifs du Plan cancer 2009-2013 visent à augmenter la participation aux dépistages organisés des cancers, à travers les dispositifs d'information et de sensibilisation des populations cibles et des professionnels de santé, et à réduire les inégalités de participation par des actions spécifiques. Les orientations définies par le Plan ont été mises en œuvre dans les régions sous le pilotage des agences régionales de santé⁴⁷.

► Les campagnes d'information pour le dépistage organisé des cancers

Les publics cibles des programmes de dépistage organisé, pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal, sont sensibilisés et mobilisés notamment à travers les campagnes nationales annuelles d'information, menées par le ministère chargé de la santé et l'INCa en partenariat avec les régimes d'Assurance maladie et déclinées au niveau local par les structures de gestion du dépistage. Elles sont renouvelées et évaluées chaque année pour adapter les stratégies et les messages en fonction des résultats d'impact constatés.

- Le dispositif d'information et de communication « **Octobre rose** » 2012 pour le dépistage organisé du cancer du sein a ainsi incité les femmes à réfléchir à leur pratique de dépistage (autour d'un message concret : « Vérifiez de quand date votre dernière mammographie ») et à répondre aux questions qui se posent autour du dépistage du cancer du sein (spots TV de journalistes et animateurs du groupe France Télévisions, campagne radio, dispositif interactif mis en place pour les médecins généralistes sur un logiciel de gestion des dossiers des patients). Ce dispositif national est relayé par de nombreuses actions de proximité menées par les structures de gestion du dépistage, par les caisses régionales de la MSA et par des associations.

⁴⁷ Voir la partie II du rapport sur la mise en œuvre du Plan cancer dans les régions.

- **Des actions de proximité, destinées particulièrement aux femmes moins touchées par les campagnes** de santé publique, ont été organisées par les différents acteurs du dépistage notamment avec les caisses de la Mutualité sociale agricole, ainsi qu'avec les magasins « La Halle ». Dans le cadre des campagnes de mobilisation « Octobre rose » et « Mars bleu », des campagnes radio spécifiques en direction des femmes d'origine migrante sont par ailleurs réalisées en collaboration avec des stations radio de la diversité (Beur FM, Africa n°1, radio Orient).
- **L'édition 2013 de la campagne « Mars bleu » sur le dépistage du cancer colorectal** a été lancée par le ministère chargé de la santé, l'INCa et les organismes d'assurance maladie, avec l'objectif de réaffirmer les enjeux de santé publique liés au cancer colorectal, en soulignant un paradoxe : le cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10 lorsqu'il est dépisté à temps, pourtant il reste aujourd'hui le deuxième cancer le plus meurtrier en France. L'objectif principal est d'inciter les personnes concernées à parler du dépistage avec leur médecin traitant (campagne TV et radio, film pédagogique en ligne sur www.e-cancer.fr).

RÉSULTATS. Évaluation de la campagne « Mars bleu » 2013

- La campagne obtient de bons résultats en termes de mémorisation (75 %), de reconnaissance du spot TV (72 %) et d'agrément (79 %). Les messages ont été bien compris et la campagne a été jugée plus convaincante (82 %) et plus incitative (72 %) que la précédente campagne diffusée en 2011 et 2012. On observe également un impact important sur la prise de conscience du fait que le cancer colorectal se situe parmi les 3 cancers les plus meurtriers en France.

Les retombées presse ont été nombreuses, avec en particulier un excellent relais en presse régionale. Les articles critiques sur le retard du passage au test immunologique ont été assez limités, mais on note une moindre mobilisation des médias nationaux liée à l'absence d'actualité cette année. Malgré un contexte difficile en 2013, le relais local de la campagne a quand même été important, comme l'indiquent les volumes de commandes de supports aussi élevés que les années précédentes. La rubrique dédiée du site internet de l'INCa affiche une augmentation de ses consultations.

Enfin, l'opération de rappel à l'esprit menée auprès des médecins généralistes via leur logiciel métier (AxiSanté) a donné une visibilité importante au sujet dans un contexte pertinent (12 000 médecins exposés au message 5 fois par jour en moyenne).

Résultats sur la base d'un post test de campagne réalisé par l'institut BVA et de l'évaluation des retombées presse, téléphoniques et internet de la campagne (INCa).

- **Les actions visant à connaître les inégalités de participation au dépistage et à mieux comprendre leurs déterminants**

La participation aux dépistages organisés des cancers présente des disparités territoriales et sociales, qu'il convient de mieux documenter afin de définir des actions adaptées pour les réduire.

- **Pour mieux repérer le sous-dépistage, une expérimentation de géocodage** des bases de données des programmes nationaux de dépistage est en cours, afin de mettre en place un système d'information géographique (Focus 14a).

Cette territorialisation des zones de sous-dépistage vise à développer des interventions adaptées à des échelons géographiques plus fins. Suite à l'étude de faisabilité réalisée, l'expérimentation a été étendue à 24 départements, dont ceux de 3 régions complètes (Île-de-France, Rhône-Alpes, Picardie) et 7 départements : Côte d'Or, Hérault, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Haute-Marne, Moselle, Nièvre).

Les résultats préliminaires de l'expérimentation de géocodage sur plus de 6 millions d'adresses sont satisfaisants : 90 % des adresses ont pu être géolocalisées à l'adresse et 95 % géocodées à l'IRIS. Une certaine hétérogénéité existe entre les départements, la géolocalisation à l'adresse variant de 75 % à 99 %, et le géocodage à l'IRIS, de 87 % à 99 %. L'analyse des éléments structurants cette hétérogénéité est en cours d'analyse et le rapport final de l'expérimentation est attendu pour fin 2013.

FOCUS 14a. Géocodage des bases de données des programmes nationaux de dépistage

La territorialisation de l'information définit des aires potentielles d'actions. Appliquée aux programmes nationaux de dépistage organisé des cancers, elle permet d'identifier des territoires pour lesquels la participation au dépistage organisé pourrait être améliorée par la mise en œuvre d'actions adaptées au contexte.

La mise en perspective de ces résultats territorialisés avec des informations relatives au contexte socioéconomique de la population, à la démographie médicale et à l'environnement pour chacun de ces territoires permettra de mieux appréhender leurs enjeux propres afin d'adapter ainsi les interventions auprès des populations et de mobiliser l'ensemble des partenaires institutionnels à l'œuvre sur ces territoires.

Source : INCa

- Des travaux sont soutenus pour **mieux comprendre les déterminants de la participation aux dépistages afin d'adapter les interventions**. Une étude a été lancée par l'INCa pour identifier les facteurs prédictifs et déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. La préparation de l'étude est en cours (élaboration du protocole à soumettre au CCTIRS et à la CNIL pour l'analyse rétrospective des bases de données des structures de gestion). Cette étude devrait être achevée en 2014.
- **Le soutien des interventions visant à réduire les inégalités de participation au dépistage**
Une stratégie visant à corriger les inégalités de participation aux dépistages des cancers a été engagée, à travers des actions en direction de populations spécifiques et des professionnels impliqués.
- Des partenariats sont initiés au niveau national pour **promouvoir des interventions de proximité et des actions ciblées** en faveur du dépistage des cancers et réduire les inégalités de participation. Une collaboration avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé) a ainsi été engagée pour le développement d'actions locales destinées aux populations des quartiers, notamment à travers les ateliers santé-ville. Elle a notamment conduit à l'organisation conjointe par l'ACSé et l'INCa d'un séminaire national sur ce thème avec les ateliers santé-ville en mai 2011.
- En outre, une enquête auprès des structures de gestion a été menée en 2012 pour **recenser les actions de terrain mises en place pour lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage des cancers**, en vue de les valoriser auprès de l'ensemble des acteurs et de favoriser leur éventuelle mutualisation. Le répertoire et la base de données des actions décrites, en construction, seront mis à la disposition de l'ensemble des structures de gestion d'ici fin 2013 afin de mutualiser ces expériences.
- Dans l'objectif de réduire les inégalités sociales d'accès et de recours au dépistage des cancers, **des actions de proximité sont soutenues sur appels à projets** (INCa), pour développer des interventions de prévention primaire ou secondaire, ciblées notamment en direction des personnes les plus fragiles pour des raisons sociales, culturelles ou économiques. Ces actions peuvent aussi être soutenues dans le cadre de projets de recherche interventionnelle (cf. Mesure 2, axe Recherche). Les appels à projets lancés ont permis de soutenir 26 projets sélectionnés de 2009 à 2012 portant sur les inégalités face au dépistage des cancers.
- **Deux journées de restitution des projets financés par l'INCa sur la thématique des inégalités sociales de santé ont été organisées en 2012**, portant respectivement sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et sur le dépistage du cancer du sein. Ces journées avaient pour objectif de valoriser les apports de ces expériences et de proposer des préconisations.

PREMIERS RÉSULTATS. « Inégalités sociales de santé et dépistage des cancers »

- ▶ Les résultats des actions menées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein et leur discussion au cours de deux journées nationales en 2012 ont permis de définir des pistes de travail concernant la problématique des dépistages des cancers féminins dans les populations en précarité :
 - **le renforcement de la cohérence territoriale dans la mise en place d'une politique de santé** (synergie des acteurs de santé). La logique d'animation territoriale permet à tous les acteurs de terrain de travailler en synergie, de s'approprier et de valoriser les actions de santé mises en place pour la lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage ;
 - **l'opportunité d'une harmonisation et d'une validation nationale de certaines actions**. Pour asseoir la pertinence de ces actions, il est important d'estimer leur caractère reproductible et mutualisable dans le cadre d'une démarche nationale ;
 - **l'intérêt des outils spécifiques pour toucher des publics à l'écart du dépistage**. La mise en place d'un outil ne suffit pas à toucher ce public en marge du dépistage, il faut accompagner cet outil d'une démarche participative pour donner un sens à cet outil et à son usage. Une approche communautaire est indispensable : partir des besoins de la population afin de mettre en place des actions ciblées ;
 - **le rôle potentiel des démarches d'éducation à la santé, comme levier pour sensibiliser au dépistage**. Les populations défavorisées se heurtent le plus souvent à des obstacles dans l'accès aux droits de santé. Ces obstacles sont souvent liés à la méconnaissance des dispositifs, à la précarité sociale et économique, et à des problèmes de mobilité. L'éducation à la santé peut être un levier pour pallier ce manque et aussi pour sensibiliser ces populations à la santé, parfois un enjeu non prioritaire ;
 - **la nécessité de former des personnes relais/professionnels relais**. La formation des personnes relais peut permettre de travailler sur les enjeux d'accompagnement social ou de précarité économique pour ensuite réfléchir sur les leviers de santé et d'intégration.

Source : INCa

▶ Les recommandations de dépistage selon les niveaux de risques

- **Concernant le dépistage du cancer du sein**, des recommandations ont été publiées par la HAS en novembre 2011 pour améliorer la participation au dépistage organisé et visant à limiter les pratiques de dépistage individuel dans la population cible du dépistage organisé avec une étude sur le dé-remboursement (Focus 14b).

Par ailleurs, des recommandations sont en cours d'élaboration par la HAS sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes à risque aggravé, ainsi que sur les conduites à tenir en fonction du risque pour les femmes en dehors de la tranche d'âge du dépistage organisé (de 40 à 49 ans et au-delà de 74 ans).

- La HAS a publié un rapport d'orientation en 2012 concluant à l'absence de preuve suffisante justifiant l'intérêt de mettre en place **un dépistage de la prostate** parmi les populations d'hommes à haut risque (cf. Mesure 17, action 17.1).
- Une réflexion a également été engagée en 2013, pour ce qui concerne **le dépistage du cancer colorectal**, en vue de définir des conduites à tenir en fonction des niveaux de risque individuels.

FOCUS 14b. Recommandations pour le dépistage organisé du cancer du sein (HAS)

Les conclusions et constats issus de l'évaluation réalisée par la HAS ont conduit à émettre des recommandations en santé publique dont les objectifs sont de :

- favoriser l'accès pour toutes les femmes à un dispositif de santé publique de qualité et limiter le renoncement à la prévention et aux soins ;
- améliorer l'efficacité et l'efficience du dépistage du cancer du sein ;
- renforcer la place des professionnels de santé dans le dispositif organisé ;
- rendre plus lisible la politique de dépistage du cancer du sein en France et faciliter son appropriation par les professionnels de santé et les femmes ;
- favoriser les bonnes pratiques professionnelles ;
- rationaliser les consommations de soins et l'utilisation des ressources collectives.

La HAS recommande ainsi de s'assurer que les conditions sont réunies pour permettre un choix libre et éclairé des femmes concernant leur participation ou non au dépistage du cancer du sein, quelle qu'en soit la modalité (DI ou DO).

Les femmes, susceptibles de tirer avantage du dépistage du cancer du sein et qui souhaitent en bénéficier, doivent être orientées vers le programme organisé par les professionnels de santé. De ce point de vue, la HAS recommande aux pouvoirs publics de maintenir le cap du dépistage organisé tout en le renforçant et de créer les conditions permettant, chez les femmes ne présentant pas un haut risque de développer un cancer du sein, de limiter les pratiques de DI dans la population cible du DO.

Rapport « La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France » (HAS, novembre 2011)

Mesure 14 - Bilan

Campagnes annuelles d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein « Octobre rose » et du cancer colorectal « Mars bleu » (ministère chargé de la santé, INCa et Assurance maladie)

Soutien d'interventions et d'actions locales : 26 projets sélectionnés de 2009 à 2012 et soutenus portant sur les inégalités face au dépistage des cancers (INCa)

Recensement des actions de terrain mises en place par les structures de gestion pour lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage des cancers (INCa)

Lancement d'une étude pour identifier les facteurs prédictifs et déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux programmes de dépistage organisé des cancers du sein et cancer colorectal (INCa, en cours)

Expérimentation de géocodage des bases de données des programmes nationaux de dépistage dans 23 départements (INCa, en cours)

Rapport « La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France » (HAS, novembre 2011)

Mesure 15

Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 15	Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers		
action 15-1	Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion	DGS INCa	partiellement réalisée
action 15-2	Améliorer le suivi des résultats du dépistage	INCa DGS	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Afin d'améliorer le dépistage des cancers, le Plan cancer fixe comme objectifs l'optimisation des programmes nationaux de dépistage organisé en termes de qualité et d'efficacité, ainsi que le développement de nouvelles stratégies de détection des cancers.

► Le pilotage des programmes nationaux de dépistage des cancers

- Le pilotage du dispositif des programmes nationaux de dépistage a été renforcé par la mise en place en 2011 de deux instances par la Direction générale de la santé (DGS), d'une part le comité stratégique national de dépistage des cancers, chargé de coordonner, piloter et suivre les orientations et axes stratégiques de la politique des dépistages, d'autre part un groupe de liaison du dépistage des cancers, instance de concertation et d'échange entre les acteurs de terrain et les institutions.
- L'harmonisation des pratiques entre les acteurs du dépistage est soutenue à travers l'organisation de séminaires nationaux (DGS-CNAMTS-InVS-INCa), associant les structures de gestion et les agences régionales de santé.

► L'optimisation des programmes nationaux de dépistage des cancers

Afin de soutenir la qualité des programmes de dépistage organisé des cancers et d'en améliorer la structuration, plusieurs travaux d'expertise ont été produits.

- Un guide juridique à destination des acteurs du dépistage** a été publié en 2011 (INCa). Celui-ci vise à assurer la sécurité juridique des programmes de dépistage organisé des cancers du sein et colorectal. Il fait le point sur les principaux risques juridiques du dispositif et propose des conduites à tenir en vue d'harmoniser les pratiques.
- Le rapport d'analyse éthique sur le dépistage organisé du cancer du sein** élaboré par le groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED), et publié en octobre 2012 par l'INCa, aborde des pistes de réflexion et des propositions d'évolution. Les travaux portant sur le

programme de dépistage organisé du cancer colorectal sont en cours ; le rapport est prévu pour le premier semestre 2014.

FOCUS 15. Éthique et dépistage des cancers

Face aux interrogations qui émergent depuis plusieurs années quant aux bénéfices et risques associés au dépistage du cancer du sein par mammographie, l'INCa a publié un rapport d'analyse éthique sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein, à partir des travaux d'un groupe d'experts pluridisciplinaires (éthicien, juriste, médecin de santé publique, cancérologue, enseignant-chercheur, radiologue, sociologue, médecin de structure de gestion...).

Ce rapport rappelle les enjeux de ce dépistage, en tant que mobilisation collective autour d'un objectif de santé publique. Il aborde dans un premier temps les principes éthiques fondamentaux sur lesquels doit se fonder toute action de santé publique (respect des règles de la bienfaisance, d'équité, de justice sociale, et bien entendu, de l'autonomie de la personne), et interroge dans un second temps l'organisation actuelle du programme de dépistage organisé du cancer du sein du point de vue éthique (modalités d'inclusion, de suivi, d'information des femmes, de recueil du consentement...).

Ce rapport apporte un certain nombre de pistes de réflexion, ainsi que des propositions dont, parmi d'autres :

- sortir de l'opposition entre dépistage organisé et dépistage individuel
- mieux connaître le dépistage individuel
- assurer l'égalité d'accès au dépistage
- poursuivre et renforcer l'information sur les bénéfices, risques et limites
- renforcer le rôle et l'implication des professionnels de santé concernés comme vecteurs d'information et d'aide à la décision
- harmoniser les pratiques

Rapport « Éthique et dépistage organisé du cancer du sein en France », INCa, 2012

- Par ailleurs, une évaluation organisationnelle des structures de gestion du dépistage a été réalisée et un rapport synthétisant les résultats de plusieurs travaux d'évaluation est en voie de finalisation par l'INCa (publication prévue en 2013).
- Dans l'objectif de proposer un encadrement optimal des programmes de dépistage organisé, des travaux sont engagés portant sur l'assurance qualité des programmes d'une part (réalisation d'une cartographie des risques, analyse comparative des programmes existants à l'étranger) et sur l'analyse juridique des supports d'encadrement d'autre part (analyse de la conformité juridique, de la forme et de l'articulation des différents supports). Ces rapports seront publiés au second semestre 2013.

► L'amélioration du suivi des programmes de dépistage organisé

- Pour améliorer le suivi du dépistage, les tableaux de bord des indicateurs de pilotage pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal sont en cours de finalisation. L'adaptation du système d'information et la mise en œuvre de l'espace partagé suivront l'évolution de l'organisation globale du dispositif local.
- Le ministère chargé de la santé (DGS) a engagé une refonte de l'outil de remontées de données budgétaires des structures de gestion afin d'optimiser la gestion par l'amélioration des procédures d'allocation budgétaire : une analyse des besoins des acteurs nationaux et locaux, une étude des outils existants et un cahier de spécifications fonctionnelles ont été réalisés pour l'élaboration d'un nouvel outil en 2013.
- L'outil sera interopérable dans le cadre de l'espace partagé qui est à l'étude.

RÉSULTATS. Une stabilité de la participation au dépistage organisé

Malgré les actions menées en faveur d'une augmentation de la participation aux programmes de dépistage organisé des cancers au niveau national, celle-ci ne progresse plus.

- ▶ **Le programme de dépistage organisé du cancer du sein.** Le programme offre tous les deux ans, aux femmes de 50 à 74 ans, un examen clinique des seins et une mammographie de même qualité que celle réalisée dans le cadre du dépistage individuel. Il propose, en plus, une vérification (deuxième lecture) de chaque mammographie normale en première lecture.

Le Plan cancer 2009-2013 fixait un objectif de plus de 65 % de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein au niveau national et un rattrapage pour les départements où ce taux est le plus faible.

En 2012, le taux de participation France entière est de 52,7 %. Après une progression régulière depuis 2004, le taux de participation national a atteint un palier en 2008 et il reste stable. La participation au dépistage organisé est inégale selon les régions et le taux de participation reste inférieur à 50 % dans 16 départements. Le nombre de femmes effectuant des mammographies en dehors du programme est estimé à au moins 10 % de la population cible - ce qui permet d'approcher un taux moyen de couverture de 65 %.

- ▶ **Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal.** Les personnes de 50 à 74 ans sont invitées à se faire dépister pour le cancer colorectal tous les deux ans. Le programme est généralisé à l'ensemble des départements depuis 2010.

Le Plan cancer 2009-2013 fixait un objectif de plus de 60 % de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal au niveau national, sachant qu'au niveau européen, les taux de participation jugés acceptables et souhaitables étaient respectivement de 45 % et de 60 %.

Sur la période 2011-2012, le taux de participation France entière est de 31,7 %. Il reste stable par rapport à la période 2010-2011. La participation est plus élevée chez les femmes (33,7 %) que chez les hommes (29,6 %). La participation au dépistage organisé est inégale selon les régions et les départements.

Source : InVS

Voir la partie II du rapport sur la mise en œuvre du Plan cancer dans les régions

Mesure 15 - Bilan

Mise en place du comité stratégique national de dépistage des cancers et du groupe de liaison du dépistage des cancers (DGS)

Guide juridique à destination des acteurs du dépistage (INCa, 2011)

Rapport « Éthique et dépistage organisé du cancer du sein en France » (INCa, 2012)

Élaboration de tableaux de bord des indicateurs de pilotage du dépistage organisé (INCa)

Refonte de l'outil de suivi budgétaire des structures de gestion du dépistage (DGS)

Lancement d'un état des lieux de l'assurance qualité des programmes de dépistage organisé des cancers du sein et colorectal (INCa, 2013)

Mesure 16

Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 16	Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.		
action 16-1	Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de dépistages organisés des cancers	DSS INCa	réalisée
action 16-2	Définir les modalités d'évolution vers de nouvelles techniques de dépistage et des stratégies des programmes nationaux de dépistage.	INCa	partiellement réalisée
action 16-3	Déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire	INCa DGS	partiellement réalisée
action 16-4	Définir les modalités techniques permettant d'exploiter pleinement les possibilités offertes par les mammographes numériques pour le dépistage du cancer du sein	INCa	finalisée
action 16-5	Etudier l'impact des nouvelles technologies de recherche du papillomavirus et de la vaccination sur l'ensemble de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus	INCa HAS	partiellement réalisée
action 16-6	Expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès au dépistage des femmes peu ou non dépistées	DGS	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► La sensibilisation des professionnels de santé au dépistage

Les professionnels de santé sont sensibilisés au dépistage des cancers, à travers les mesures conventionnelles et au moyen d'actions et d'outils d'information et de formation.

- Les médecins traitants ont ainsi été incités à favoriser la participation au dépistage du cancer du sein parmi leur patientèle (femmes de 50 à 74 ans), à travers les contrats d'amélioration des pratiques : à la fin 2011, 38 % des médecins traitants avaient signé un CAPI. La nouvelle convention médicale signée en 2011, qui a pris effet au 1^{er} janvier 2012, prévoit d'intégrer dans le cadre de rémunération des médecins généralistes et gynécologues leur rôle dans l'augmentation de la participation des femmes au dépistage du cancer du sein.
- Par ailleurs, les médecins traitants ont été sensibilisés aux programmes de dépistage à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie en 2010-2011, portant notamment sur le dépistage du cancer colorectal.
- Des outils d'information destinés aux professionnels de santé sur les programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal ont été élaborés et diffusés (documents

d'information pour les médecins généralistes, les gynécologues, les pharmaciens). Ils sont aussi mis à disposition à l'occasion des campagnes d'information « Octobre rose » et « Mars bleu » chaque année (cf. Mesure 14).

- En vue de renforcer l'implication des professionnels de santé, des projets visant à mieux comprendre leurs motivations et identifier les leviers ont été retenus et soutenus par l'INCa : 4 projets soutenus en 2011 et 2 en 2012.

PREMIERS RÉSULTATS. Le baromètre « médecins généralistes et dépistage des cancers » (INCa)

- ▶ L'enquête 2010, menée auprès de 600 médecins généralistes, montre que leur implication dans le dépistage des cancers est très hétérogène. Si 56 % des médecins généralistes déclarent vérifier systématiquement que leurs patientes concernées ont bien réalisé un dépistage du cancer du sein, ils sont 47 % à le faire pour le dépistage du cancer de la prostate, 45 % pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et 34 % pour le dépistage du cancer colorectal. Mais il n'existe pas de corrélation significative entre l'efficacité perçue des dépistages perçue par les médecins généralistes et leur pratique auprès des patients.

Enquête réalisée par l'Institut BVA en septembre 2010 par téléphone sur un échantillon représentatif de 600 médecins généralistes conventionnés exerçant à titre libéral.

- ▶ **L'évolution vers de nouvelles techniques de dépistage**
- **Les tests immunologiques pour le dépistage organisé du cancer colorectal.** À la suite du rapport sur les conditions de substitution des tests au gâiac par les tests immunologiques pour le dépistage organisé du cancer colorectal, publié par l'INCa en novembre 2011 sur saisine du ministère chargé de la santé (DGS), la décision du déploiement de l'utilisation des tests immunologiques a été annoncée par la ministre chargée de la Santé en 2012. Les appels d'offres pour l'approvisionnement en tests immunologiques et la sélection des centres de lecture sont en préparation par la CNAMTS.
- **La mammographie numérique.** Concernant le dépistage du cancer du sein, une enquête nationale relative à la détection des cancers par les mammographes numériques selon les technologies est réalisée chaque année par l'INCa (cf. infra). Le protocole de contrôle qualité renforcé des installations de mammographie numérique, qui avait été suspendu en 2011, a été remis en place par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) fin 2012⁴⁸, instaurant des critères de qualité plus exigeants. L'expérimentation prévue de la dématérialisation pour la transmission et l'archivage n'a pas été réalisée ; sa mise en œuvre est ajournée dans l'attente de la stabilisation du parc de mammographes numériques.

RÉSULTATS. L'enquête relative à la mammographie de dépistage organisé en France

La dernière vague de l'enquête portait sur les résultats 2010-2011. On note que :

- **le passage de la technologie analogique à la technologie numérique est fortement engagé** avec, en 2011, plus de 80 % des mammographies du programme réalisées sur des dispositifs numériques s'appuyant sur des systèmes à plaques ou sur une technologie complètement numérisée (plein champ ou « DR ») ;
- **le taux de clichés techniquement insuffisants est plus important en technologie analogique qu'en technologie numérique** et notamment qu'en DR ;
- en 2010, comme en 2011, les données dont on dispose montrent globalement **des différences de détection selon le type d'installation utilisée**, notamment en faveur de la technologie complètement numérisée dite « DR ». Cependant pour une même technologie, il peut y avoir des différences de performance d'un cabinet à un autre et d'une marque à une autre. Ces observations portent par ailleurs sur la performance de l'ensemble de la chaîne de détection et donc tout autant sur celle du mammographe, que sur celle de la console de lecture et sur la qualité de la lecture et de l'interprétation qui sont réalisées.

Source : INCa

⁴⁸ Décision du 23 novembre 2012, ANSM

- **Des études médico-économiques sur les programmes de dépistage des cancers** sont engagées par l'INCa. La première porte sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein ; ses résultats sont attendus pour fin 2013. Une seconde étude, portant sur le dépistage organisé du cancer colorectal, sera lancée en 2013.
- ▶ **Le dépistage du cancer du col de l'utérus**
 - Une campagne d'information est lancée chaque année, par l'INCa, pour sensibiliser les femmes à l'importance de la prévention et du dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dispositif s'appuie sur une campagne radio et sur des documents d'information sur le frottis et la vaccination préventive (cf. Mesure 13).
 - Un module de formation est mis à la disposition des médecins généralistes et des sages-femmes depuis 2011 par l'INCa sur la prévention et le dépistage des cancers du col de l'utérus. Une fiche repère a été publiée par l'INCa en 2013. Un dépliant « Repères pour votre pratique » sur la prévention du cancer du col de l'utérus et destiné aux médecins traitants a été réalisé par l'Inpes, en collaboration avec le ministère chargé de la santé, l'ANSM, la HAS, l'InVS, l'INCa et le HCSP. Il comprend les recommandations de 2013 sur le sujet. (cf. Mesure 13).
 - **Le programme expérimental du dépistage du cancer du col de l'utérus**, soutenu par la DGS, la CNAMTS et l'INCa, est conduit dans 13 départements et a été prolongé jusqu'en 2013. Son évaluation sera réalisée par l'InVS et publiée en 2014 (Focus 16).
 - Des expérimentations en population générale utilisant la recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes sont réalisées dans deux départements (Ardennes, Meuse). L'objectif de ces expérimentations est d'appréhender la faisabilité du dépistage primaire utilisant la recherche de l'infection à HPV. Le lancement des premières invitations des femmes a eu lieu en avril 2012.

FOCUS 16. Le programme expérimental de dépistage du cancer du col de l'utérus

L'expérimentation de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus concerne 13 départements dont 9 (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne) sélectionnés en 2009 afin d'étendre le dépistage organisé qui existait dans 4 autres départements (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère, Martinique) depuis 1990 pour certains.

Ce programme invite les femmes n'ayant pas fait de frottis cervico-utérin depuis au moins trois ans. Les résultats de l'ensemble des FCU faits dans le département sont recueillis au niveau des structures de gestion de dépistage organisé qui en retour sont chargées de s'assurer que les femmes dont l'examen présente des anomalies sont effectivement prises en charge.

Les informations recueillies par les structures de gestion permettront de construire des indicateurs d'évaluation du dépistage. L'InVS, qui est en charge de l'évaluation des indicateurs (hormis les indicateurs de coût) rendra un rapport en 2014. Il permettra d'évaluer l'impact de ce programme en termes de participation des femmes au dépistage, de qualité des frottis, mais aussi d'efficacité du dépistage (taux de dépistage de lésions précancéreuses et cancéreuses) et de suivi. L'organisation du dépistage rentre dans un cadre plus large de stratégie d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus qui repose sur des expérimentations innovantes vers les femmes non suivies (sensibilisation des femmes et consultations dédiées au frottis dans des secteurs à faible démographie médicale) ainsi que des actions de prévention vaccinale et d'éducation à la santé.

Source : INCa

Mesure 16 - Bilan

Mesures conventionnelles comportant des incitations pour les médecins traitants (CAPI, convention médicale avec l'Assurance maladie 2011)

Outils d'information et de formation pour les professionnels de santé sur les dépistages : cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus (INCa, Inpes)

Rapport sur les conditions de substitution des tests au gâïac par les tests immunologiques pour le dépistage organisé du cancer colorectal (INCa, 2011)

Enquête nationale annuelle d'évaluation de la détection des cancers par les mammographes numériques (INCa)

Mise en place d'un contrôle qualité renforcé des installations de mammographie numérique (ANSM, décision du 23 novembre 2012)

Expérimentations en population générale utilisant la recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes, en cours

Programme expérimental du dépistage du cancer du col de l'utérus, en cours dans 13 départements (soutenu par la DGS, la CNAMTS et l'INCa)

Réalisation d'une étude médico-économique du dépistage organisé du cancer du sein, en cours (INCa)

Mesure 17

Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 17	Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers		
action 17-1	Définir une stratégie de détection précoce du cancer de la prostate	INCa	finalisée
action 17-2	Améliorer la détection précoce des cancers de la peau	INCa InVS	réalisée
action 17-3	Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale	INCa InVS	réalisée
action 17-4	Prendre en compte les nouvelles opportunités de dépistage	INCa DGS	réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► La stratégie de dépistage du cancer de la prostate

- S'agissant du dépistage du cancer de la prostate, l'avis de la HAS de juin 2010 indiquait qu'aucun élément scientifique nouveau ne justifiait de remettre en cause la position actuelle de la France, comme des autres pays, **de ne pas recommander la mise en place d'un dépistage organisé en population générale du cancer de la prostate** par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA).
- Le rapport d'orientation « Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) de populations d'hommes à haut risque », publié par la HAS en février 2012 conclut qu'il n'y a pas de preuve suffisante pour justifier la mise en place d'un dépistage par dosage PSA **parmi les populations à « haut risque »** et insiste sur la nécessité de fournir une information complète aux hommes envisageant ce dépistage, notamment sur ses conséquences éventuelles (Focus 17).
- Un document sur l'information à délivrer aux personnes envisageant ce dépistage a été élaboré par l'INCa et va être publié et diffusé en 2013.

FOCUS 17. Le dépistage du cancer de la prostate chez les hommes à haut risque (HAS)

Une analyse de la situation particulière posée par **le cancer de la prostate chez les hommes présentant un risque aggravé** (antécédents familiaux, origine ethnique, exposition à des agents cancérogènes parmi lesquels pourrait figurer le chlordécone) a été réalisée par la HAS, sur saisine du ministère chargé de la santé (DGS), afin de déterminer si une stratégie particulière de dépistage pourrait présenter un intérêt.

Concernant les populations d'hommes à haut risque, la HAS indique :

- qu'en l'état actuel des connaissances, des difficultés sont identifiées pour définir et repérer des populations masculines à plus haut risque de développer un cancer de la prostate ;
- que l'identification des groupes d'hommes plus à risque de développer un cancer de la prostate ne suffit pas à elle seule à justifier un dépistage ;
- qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA dans des populations masculines considérées comme plus à risque de cancer de la prostate.

Pour autant, la HAS souligne l'importance d'une analyse complémentaire de la situation épidémiologique aux Antilles à travers la poursuite des études en cours et la mise en place d'études portant sur les spécificités cliniques éventuelles et l'organisation de la prise en charge actuelle du cancer de la prostate.

En l'état actuel des connaissances, les bénéfices d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA ne sont pas établis et des effets délétères ont été clairement identifiés. La HAS souligne également l'importance de la recherche sur des tests de dépistage performants et sur des marqueurs permettant de distinguer les formes agressives des formes indolentes de cancer de la prostate. Elle souligne l'intérêt d'une réflexion sur les modalités de prise en charge en fonction du stade et de l'évolution de la maladie.

La HAS insiste enfin, dans ces conditions, sur **l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate** et rappelle l'existence d'un guide d'information publié par l'Anaes en 2004, dont la mise à jour fait l'objet d'un travail sous la coordination de l'INCa, en association avec la HAS.

Rapport « Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) de populations d'hommes à haut risque », HAS, février 2012

► **L'amélioration de la détection précoce des cancers**

- **S'agissant des cancers de la peau**, les actions conduites pour favoriser la détection précoce s'inscrivent en complément de la prévention (cf. Mesure 12). Une journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau est organisée annuellement par le Syndicat national des dermato-vénéréologues (SNDV) avec le soutien de l'INCa. Une fiche repère sur la détection précoce des cancers de la peau a été publiée en 2011 et plusieurs outils sont mis à la disposition des médecins traitants par l'INCa : un nouveau document synthétique d'information et un module de formation sur les cancers de la peau, élargi aux cancers cutanés d'origine professionnelle.
- Les résultats de l'étude sur le suivi des incidences selon les stades au diagnostic des cancers de la peau ont été rendus (InVS). Le rapport d'orientation « Facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané », publié par la HAS et l'INCa en juillet 2012, confirme la stratégie mise en place pour la détection précoce du mélanome, dans un parcours de soins identifiant les sujets à risques et coordonné par le médecin généraliste. Ce rapport est accompagné d'une actualisation de la revue de littérature sur la détection précoce du mélanome cutané.
- **S'agissant du dépistage des cancers de la cavité buccale**, un module de formation en e-learning est mis à la disposition des professionnels de santé sur www.e-cancer.fr. Un appel à projets spécifique en 2010 a permis de sélectionner et de soutenir 2 projets portant sur le dépistage des cancers de la cavité buccale (INCa).

► **La mise en place d'une veille scientifique et le soutien des recherches sur le dépistage**

- Le bulletin hebdomadaire de veille bibliographique « Nota Bene Cancer » publié par l'INCa fait le point de l'actualité scientifique et médicale sur les cancers. Le bulletin porte sur les divers domaines de la recherche et de la santé publique sur les cancers : facteurs de risques, prévention, dépistage, diagnostic, biologie, traitements, qualité de vie. À ce jour, près de 3 900 personnes sont abonnées, pour une diffusion d'environ 48 numéros par an.
- La recherche sur les dépistages des cancers est soutenue à travers les appels à projets lancés par l'INCa et en association avec d'autres partenaires. Ainsi les programmes intégrés de recherche sur le cancer (PAIR), associant la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, la Ligue nationale contre le cancer et l'INCa, ont vocation à soutenir l'ensemble des dimensions de la recherche dans le cadre d'une pathologie : biologie fondamentale, recherche translationnelle, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic, traitement et les aspects des sciences humaines et sociales. Quatre PAIR ont été lancés depuis 2009, pour les cancers de la prostate, les cancers des voies aérodigestives supérieures, les cancers gynécologiques et le mélanome cutané et un nouveau programme sur les formes précoces du cancer du sein (cf. Mesure 1, axe Recherche).

Mesure 17 - Bilan

Rapport « Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate de populations d'hommes à haut risque ? » (HAS, 2012)

Étude sur le suivi des incidences selon les stades au diagnostic des cancers de la peau (InVS, 2012)

Rapport d'orientation « Facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané » et actualisation de la revue la littérature sur la détection précoce du mélanome cutané (HAS-INCa, juillet 2012)

Outils d'information et module de formation en ligne sur le dépistage des cancers de la peau pour les professionnels de santé (INCa, 2010)

Module de formation sur le dépistage des cancers de la cavité buccale pour les professionnels de santé, en ligne sur www.e-cancer.fr (INCa)

Fiche repère sur la détection précoce des cancers de la peau (INCa, 2011)

Bilan de la journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau organisée par le SNDV en 2011 (INCa-SNDV, 2012)

4. AXE SOINS

Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace

Les enjeux

Tout en consolidant les avancées permises par le précédent Plan cancer en matière de qualité et d'organisation des soins, l'enjeu au cours de la période 2009-2013 était d'améliorer les parcours de soins des personnes atteintes de cancer et de renforcer la continuité entre l'hôpital et le domicile, pour un meilleur suivi pendant et après les traitements.

Un égal accès aux traitements et à l'innovation constitue également une priorité, ainsi que le développement de prises en charge spécifiques pour répondre notamment aux besoins des personnes atteintes de cancers rares, des enfants et adolescents et des patients âgés atteints de cancer. La qualité des soins en cancérologie implique de faire progresser le nombre et la formation des professionnels de santé. Elle s'appuie aussi sur une amélioration de l'information des malades.

7 mesures

- Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant
- Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer
- Soutenir la spécialité d'anatomopathologie
- Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations
- Soutenir la radiothérapie
- Développer les prises en charge spécifiques pour les personnes atteintes de cancers rares ou porteuses de prédispositions génétiques ainsi que pour les personnes âgées, les enfants et les adolescents
- Répondre aux défis démographiques des professions et former à de nouvelles compétences

Les moyens mobilisés

Plus de 346 millions d'euros⁴⁹ ont été mobilisés, sur les quatre premières années du Plan cancer 2009-2013, pour la réalisation des mesures consacrées aux soins par l'Assurance maladie, le ministère chargé de la santé et l'INCa.

Axe	budget initial 2009-2013 du Plan	budget initial de la période 2009-2012	réalisé 2009-2012
Soins	603 707 000 €	430 881 000 €	346 098 706 €

Le bilan 2013 des dépenses réalisées sera disponible à partir de mars 2014

⁴⁹ Voir le bilan détaillé des dépenses du Plan cancer par action et par financeur en annexe 6 du rapport.

Synthèse des réalisations et des résultats

Sur les 27 actions des mesures de l'axe Soins, 13 ont été réalisées ou sont finalisées en juin 2013, soit 48 % des actions. Treize actions ont été partiellement réalisées et leur mise en œuvre devra se poursuivre au-delà de l'échéance du Plan fin 2013. Une action n'a pas été réalisée dans la période.

Le pilotage national de l'offre de soins en cancérologie est assuré par le ministère chargé de la santé (DGOS) avec l'INCa. Les recommandations pour les professionnels sont produites par l'INCa et la HAS.

1. Des réalisations qui permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en cancérologie
 - La mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013, dans la continuité du Plan précédent, s'est traduite par **la structuration de l'offre de soins en cancérologie dans les régions**. Les agences régionales de santé⁵⁰ ont mis en œuvre les autorisations des établissements de santé en cancérologie, qui doivent répondre aux critères de sécurité et de qualité des prises en charge (seuils d'activité, critères d'agrément, mesures de qualité).
 - **Les centres de radiothérapie ont été soutenus afin qu'ils répondent aux exigences de sécurité** en termes d'équipements, de personnels et de contrôle de la qualité des traitements.
 - **Des prises en charge adaptées ont été structurées sur l'ensemble du territoire pour répondre aux besoins spécifiques** des enfants et adolescents atteints de cancer, ainsi que des patients âgés (unités de coordination en oncogériatrie). Les organisations pour le diagnostic et la prise en charge des personnes prédisposées héréditairement au cancer ont été déployées (consultations d'oncogénétique). Le dispositif de prise en charge des adultes atteints de cancers rares est finalisé (23 centres experts nationaux).
 - **Les effectifs médicaux en formation dans les disciplines liées à la cancérologie** ont progressé. Les postes hospitalo-universitaires ont toutefois connu une diminution depuis 2008 (oncologie-radiothérapie, anatomopathologie et hématologie).
 - **Des recommandations de bonne pratique** ont été produites par l'INCa (pour 15 localisations de cancer) et par des sociétés savantes avec le label méthodologique de la HAS et de l'INCa (7 localisations de cancer). **Les guides destinés aux médecins traitants** décrivant le parcours des patients et la surveillance partagée couvrent à présent les 25 localisations les plus fréquentes (HAS-INCa).
 - **L'information des malades et des proches s'est améliorée**. La plateforme Cancer info (INCa-Ligue contre le cancer) a connu une forte montée en charge, avec plus de 2 millions de sollicitations en 2012 (appels téléphoniques reçus, visites du site internet, guides commandés).

⁵⁰ Cf. Partie II du rapport sur la mise en œuvre du Plan cancer dans les régions.

2. Des actions engagées au titre du Plan cancer 2009-2013 qui restent à conforter pour assurer des parcours personnalisés et coordonnés

- **Les parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer** ont fait l'objet d'une première phase d'expérimentation (9 200 patients inclus dans 35 sites pilotes) centrée sur la mise en place d'infirmiers coordonnateurs, qui va être prolongée pour préciser leurs rôles prioritaires et l'articulation ville-hôpital avec le médecin traitant. Des programmes personnalisés de l'après-cancer sont également expérimentés pour les patients traités dans l'enfance et l'adolescence (5 projets pilotes en cours).
 - La coordination entre les professionnels de santé suppose aussi le partage et l'échange des informations médicales. **Le dossier communicant de cancérologie est en développement** au sein du dossier médical partagé ; sa mise en œuvre devra se poursuivre pour préparer les conditions de sa généralisation (ASIP, INCa). Le développement des chimiothérapies en ambulatoire, dont les conditions demandent à être définies⁵¹ (HAS), impose notamment de renforcer la coordination entre l'hôpital et les médecins de ville.
 - **L'accès aux examens d'imagerie pour le diagnostic et la surveillance des cancers** a été soutenu par l'installation de nouveaux équipements dans les régions déficitaires (33 appareils d'IRM supplémentaires installés en 2010 pour une cible de 88 en 2013). Les délais de rendez-vous sont pourtant encore trop élevés et présentent des disparités entre régions (non corrélées à la densité régionale en IRM).
 - **L'accès aux soins de support est encore à développer** pour améliorer la qualité des prises en charge pendant et après le cancer (soutien psychologique, prise en charge de la douleur, soins palliatifs, prise en compte des effets secondaires). Un programme en faveur des adolescents et jeunes adultes a été engagé (8 projets en cours) ; les organisations et les pratiques restent toutefois à améliorer pour garantir un égal accès aux conditions de préservation de la fertilité (rapport ABM-INCa).
3. Des efforts à poursuivre afin de garantir l'égal accès aux traitements innovants et aux nouvelles modalités de prise en charge
- **L'accès aux thérapies ciblées s'est développé grâce aux tests de biologie moléculaire** réalisés par les plateformes hospitalières (de 31 900 tests en 2008 à 68 800 en 2012). Un programme de détection prospective de biomarqueurs émergents a été mis en place par l'INCa (cancers du poumon, cancer colorectal, mélanome). Les efforts financiers sont à maintenir pour développer une médecine personnalisée selon les caractéristiques de chaque tumeur.
 - **Le développement de nouvelles techniques est encouragé pour réduire les effets secondaires des traitements et améliorer la qualité de vie** (radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein expérimentée dans 7 centres pilotes). L'évolution des techniques et des protocoles de traitement des cancers requiert une adaptation de la tarification, engagée par le ministère chargé de la santé (DGOS).

⁵¹ Une saisine de la HAS par le ministère chargé de la santé (DGOS) est en cours sur les conditions du développement de la chimiothérapie à domicile.

Mesure 18

Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle des médecins traitants

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 18	Personnaliser la prise en charge et renforcer le rôle du médecin traitant		
action 18-1	Coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement grâce à des coordonnateurs de soins	DGOS INCa	partiellement réalisée
action 18-2	Légitimer le médecin traitant dans sa fonction de coordonnateur de proximité pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance	DGOS DSS INCa	partiellement réalisée
action 18-3	Partager les données médicales entre professionnels de santé	INCa ASIP	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► Les parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer

La personnalisation des parcours des malades constituait une des priorités du Plan cancer 2009-2013, à travers la mise en œuvre d'actions pour une meilleure coordination des soins, en impliquant le médecin traitant pendant la phase active du traitement et lors de la période de surveillance.

- **Les parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer ont fait l'objet d'une première phase d'expérimentations** conduite à partir de 2010, sous le pilotage du ministère chargé de la santé (DGOS) et de l'INCa (Focus 18). Suite à un appel à projets conjoint, les expérimentations ont été menées, dans 35 sites pilotes : établissements de santé publics et privés, en partenariat avec des médecins traitants ainsi que d'autres acteurs ou structures de proximité médicaux et sociaux.

FOCUS 18. Le dispositif de parcours personnalisés pendant et après le cancer

L'objectif de ce nouveau dispositif, qui a fait l'objet d'une première phase d'expérimentations sous le pilotage du ministère chargé de la santé (DGOS) et de l'INCa, est triple :

- permettre une prise en charge personnalisée des patients en s'appuyant sur une coordination plus étroite entre les acteurs de soins avec l'intervention d'infirmiers coordonnateurs hospitaliers (IDEC), interlocuteurs privilégiés des patients et facilitateurs de la coordination hôpital-ville ;
- renforcer le rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité ;
- mieux prendre en compte la dimension sociale, tout au long de la prise en charge y compris dans l'après-cancer et pendant le suivi. Le contenu minimum du parcours personnalisé de l'après-cancer a été défini et une fiche de détection précoce des fragilités sociales élaborée.

Source : DGOS-INCa

- Un rapport de synthèse nationale dresse le bilan à un an des 35 sites pilotes engagés dans cette expérimentation : **9 200 patients ont été inclus au total dans ce dispositif de parcours personnalisé** en 2010-2011. Une évaluation qualitative a également été réalisée au sein des sites, dont les résultats ont été présentés aux équipes pilotes lors d'un séminaire organisé par la DGOS en octobre 2012.
- Compte tenu des constats tirés du bilan et de l'évaluation qualitative, **l'expérimentation sera prolongée par une seconde phase à partir de 2013** afin de préciser les objectifs du dispositif, de mieux le cibler en particulier sur des parcours plus complexes sur le plan médical et/ou psychosocial, de préciser les rôles prioritaires des infirmiers coordonnateurs et leurs liens avec les acteurs de soin de premier recours notamment le médecin traitant. Cette seconde phase sera accompagnée d'une approche coût-efficacité afin d'apporter aux décideurs des éléments objectifs pour proposer un dispositif de parcours personnalisé pérenne et généralisable à terme.

PREMIERS RÉSULTATS. L'évaluation des expérimentations du parcours personnalisé en cancérologie (DGOS-INCa)

- ▶ L'évaluation de l'apport du dispositif de parcours personnalisé en cancérologie dans les 35 sites expérimentateurs, réalisée fin 2011, fait apparaître les principaux constats suivants :
 - le parcours personnalisé est perçu positivement par tous les professionnels et son impact sur la satisfaction des malades est élevé ;
 - l'apport de l'infirmier coordonnateur hospitalier (IDEC) est remarqué par les patients pour l'information et l'écoute reçues, l'évaluation de leurs besoins et leur suivi ;
 - plusieurs questionnements persistent cependant au terme de l'expérimentation, concernant notamment le rôle de l'IDEC dans l'amélioration de la coordination hôpital-ville et le type de patients et/ou de situations à cibler plus particulièrement (situations sociales et/ou médicales complexes).

Au final, l'évaluation amène à se prononcer en faveur d'un ciblage du dispositif sur les situations sociales et/ou médicales complexes, d'une priorisation du rôle des IDEC sur l'interface ville-hôpital assorti d'une évaluation de son efficacité médico-économique afin d'apporter aux décideurs un éclairage objectif sur son apport.

Enquête réalisée dans les 35 sites auprès de 1 748 patients sélectionnés par tirage au sort, 105 médecins traitants, 83 médecins hospitaliers, 35 infirmiers coordonnateurs, 30 assistants sociaux, et 34 membres de la direction de l'établissement de santé porteur du projet. Source : DGOS-INCa.

- Le bilan national de la première phase d'expérimentation présente également les résultats de la remise du programme personnalisé de soins (cf. Mesure 19) et du programme personnalisé de l'après-cancer (cf. Mesure 25) aux patients inclus dans les expérimentations, ainsi que la mise en œuvre de la détection de la fragilité sociale (cf. Mesure 26).

▶ **Les guides destinés aux médecins traitants**

- Afin d'associer le médecin traitant au parcours de soins des patients, **des guides par cancer explicitant les traitements et la prise en charge en ALD** sont élaborés par la HAS et l'INCa. Ces guides décrivent la prise en charge standard des patients en ville et à l'hôpital et permettent aux médecins traitants de conforter leur fonction de proximité pendant et après les traitements.

Les guides intègrent depuis juin 2011 les éléments de suivi post-ALD (actes et examens nécessaires, rythme, recommandations de surveillance partagée : cf. Mesure 25).

Les 25 localisations de cancer les plus fréquentes sont couvertes (le dernier titre de la collection traitant les lymphomes de Hodgkin de l'adulte sera publié en août 2013). Une version de ces guides est déclinée pour les patients (cf. Mesure 19).

PREMIERS RÉSULTATS. La notoriété et l'utilisation des guides par cancer pour les médecins généralistes (HAS-INCa)

- ▶ L'enquête auprès des médecins généralistes sur la notoriété et l'utilisation des « guides ALD » cancer, menée en 2010 et en 2011, montre les résultats suivants :
 - près de la moitié des médecins interrogés (48 %) connaissaient les guides ALD médecins HAS-INCa. Cette notoriété reste stable depuis novembre 2010 ;
 - parmi les médecins généralistes connaissant ces supports, 83 % en avaient déjà lu un (14 % totalement et 69 % en partie). La part de ceux qui n'en ont pas lu est en augmentation par rapport à novembre 2010 ; 82 % des médecins généralistes ayant déjà lu un guide déclaraient y avoir trouvé les informations qu'ils recherchaient ;
 - les derniers guides consultés désignés par les professionnels portaient sur les cancers du sein (23 %, résultat stable) et les cancers colorectaux (22 %, en augmentation depuis 2010).

Enquête réalisée par l'Institut BVA en 2010 et en 2011 auprès d'un échantillon de 504 médecins généralistes conventionnés exerçant à titre libéral. Source : INCa.

- La formation continue des médecins et l'évaluation de leurs pratiques professionnelles sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le développement professionnel continu ou DPC. Dans ce cadre, les outils d'e-learning développés par l'INCa sont mis à la disposition des organismes de formation, que sont MA FORM et le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), pour une intégration totale ou partielle dans leurs programmes de DPC sur les cancers buccaux, cancers de la peau et cancers du col de l'utérus.

▶ **Le partage et l'échange d'informations médicales**

Outil de partage et d'échange d'informations, **le dossier communicant de cancérologie (DCC) est un service du dossier médical partagé (DMP)**. Le DMP donnera accès, avec l'accord de la personne, aux éléments du dossier médical. Le dispositif DCC-DMP facilitera la coordination des soins entre professionnels de santé, en particulier avec les médecins traitants, et permettra une meilleure continuité des prises en charge tout en assurant la sécurité des données.

- Une phase pilote est conduite depuis 2011 avec 7 régions pilotes⁵², chacune représentée et portée à la fois par le réseau régional de cancérologie et la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information, avec le soutien de l'ARS. Les travaux sont centrés sur la phase de diagnostic avec la structuration des documents médicaux clés. Les objectifs sont de permettre l'extraction automatique des données, faciliter les échanges et le partage d'informations entre les professionnels de santé de la ville et de l'hôpital, et soutenir la prise de décision thérapeutique par la mise à disposition de ces informations, de manière efficiente.
- En 2012, les travaux avec les régions pilotes ont permis de faire évoluer la conception du système d'information de santé DCC, par la précision du rôle et les interactions des outils qui le composent. Ces évolutions concernent la visibilité de l'offre et le processus de gestion et de planification des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).
- Pour respecter les conditions de l'interopérabilité, le recueil des informations médicales nécessite la standardisation des documents. Des documents structurés comportant les éléments minimaux des fiches de réunion de concertation pluridisciplinaire et ceux d'anatomopathologie ont été réalisés en 2012 et publiés sur le site de l'ASIP santé. Les travaux concernant le serveur national d'essais cliniques et le serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques sont engagés à partir de 2013.

La mise en œuvre du DCC dans le cadre du DMP se poursuivra au-delà de l'échéance du Plan cancer 2009-2013, pour préparer les conditions de la généralisation dans l'ensemble des régions.

⁵² Les régions Alsace, Aquitaine, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Picardie et Rhône-Alpes

Mesure 18 - Bilan

Première phase de l'expérimentation des parcours personnalisés pendant et après le cancer : publication du bilan des 35 sites pilotes et de la synthèse de l'évaluation (DGOS-INCa, 2012)

Élaboration et publication des guides « parcours » par cancer destinés aux médecins traitants couvrant les 25 localisations les plus fréquentes (HAS-INCa)

Phase pilote de la mise en œuvre du dossier communicant de cancérologie dans le cadre du DMP (Asip santé-INCa)

Mesure 19

Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 19	Renforcer la qualité des prises en charges pour tous les malades atteints de cancer		
action 19-1	Généraliser l'accès aux mesures qualité transversales à toute prise en charge en cancérologie, lancées par le Plan cancer précédent	DGOS INCa	réalisée
action 19-2	Conforter le financement des mesures qualité	DGOS INCa	réalisée
action 19-3	Accompagner au niveau national la mise en place des critères d'agrément	DGOS INCa	finalisée
action 19-4	Mener une étude sur les délais de prise en charge dans plusieurs régions	INCa DGOS	finalisée
action 19-5	Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins	INCa Ligue	réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► L'accès aux mesures qualité

Le Plan cancer 2009-2013 prévoyait la généralisation de l'accès aux mesures transversales de qualité de la prise en charge en cancérologie, mises en place dans le cadre du Plan 2003-2007.

- **La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**, qui garantit à la personne malade que le traitement qu'on lui propose est le fruit d'une réflexion entre plusieurs professionnels de santé, est mise en place dans les établissements de santé autorisés pour le traitement du cancer et bénéficie à la plupart des patients, selon les enquêtes nationales (source : HAS).

PREMIERS RÉSULTATS. Effectivité des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)

- L'enquête réalisée par la HAS en 2012 sur les établissements de santé autorisés pour la cancérologie montre les résultats suivants :

- Le taux moyen du niveau 1 - exhaustivité des RCP est de 80 %.

Le niveau 1 est satisfait si la trace d'une RCP datée et comportant la proposition de prise en charge est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer.

- Le taux moyen du niveau 2 - pluridisciplinarité de la concertation est de 70 %.

Un compte rendu de RCP daté, comportant la proposition de prise en charge et l'identité d'au moins trois médecins de spécialités différentes est retrouvé dans 7 dossiers sur 10.

Enquête rétrospective sur 794 établissements de santé autorisés pour la cancérologie et portant sur un échantillon aléatoire de séjours en 2011 : 60 séjours sont analysés pour chaque établissement.

Source : HAS

- **Les recommandations de bonne pratique** contribuent à la diffusion des connaissances auprès des professionnels et de l'innovation dans les pratiques. Elles sont notamment un outil d'aide à la décision lors des réunions de concertation pluridisciplinaire. Depuis 2009, plusieurs travaux de recommandations nationales ont été conduits et diffusés par l'INCa, en lien avec les sociétés savantes et les 25 réseaux régionaux de cancérologie. Ces travaux ont couvert une quinzaine de localisations cancéreuses différentes⁵³. De plus, l'INCa et la HAS ont attribué leur label méthodologique à 7 recommandations de sociétés savantes⁵⁴. Des guides par cancer pour les médecins traitants ont été élaborés par la HAS et l'INCa (cf. Mesure 18).
- Le **contenu minimum du programme personnalisé de soins (PPS)** a été publié en 2011 et mis à disposition de l'ensemble des professionnels (DGOS-INCa).
- En outre, les résultats de deux études portant sur le **ressenti du dispositif d'annonce par les malades** ont été publiés en 2012, l'une menée par la Ligue contre le cancer et l'autre par l'INCa en lien avec le ministère chargé de la santé (DGOS).

PREMIERS RÉSULTATS. Dispositif d'annonce : le ressenti des patients

- ▶ L'enquête menée par l'INCa en 2011 sur le ressenti des malades vis-à-vis du dispositif d'accompagnement mis en place autour de l'annonce montre les résultats suivants :
 - les malades interrogés ont exprimé dans l'ensemble une satisfaction importante face aux conditions de l'annonce, climat de confiance, aide et soutien information sur la maladie et les traitements proposés, avec cependant un regard plus critique vis-à-vis notamment du climat de l'annonce et de l'information délivrée par le médecin ;
 - l'enquête a montré que les aspects organisationnels (accès au temps d'accompagnement soignant, remise du PPS, évaluation sociale), contribuent fortement au ressenti favorable.

Ces résultats rejoignent les travaux de la Ligue sur plusieurs idées-forces, notamment l'importance pour les malades de pouvoir bénéficier lors de l'annonce d'une écoute et d'un soutien suffisants, d'une information adaptée ainsi que d'un accompagnement personnalisé.

Enquête menée en 2011 auprès de 908 personnes, entre 4 et 7 semaines après leur consultation d'annonce, dans 53 établissements de santé volontaires. Source : INCa.

- Les résultats de l'enquête nationale sur **la prise en charge de la douleur** chez les patients adultes atteints de cancer ont été publiés en 2012 par l'INCa. La prévalence déclarée de la douleur dans cette enquête est identique à celle des données de la littérature, la douleur étant présente chez 53 % des patients interrogés. Une douleur chronique, présente depuis plus de trois mois, est rapportée par 30 % des patients douloureux en situation de cancer avancé, mais aussi par 25 % des patients douloureux à distance de tout traitement ou en rémission.
- La mission d'intérêt général (MIG) « qualité transversale des pratiques en cancérologie » est en place sous forme de forfait depuis 2011 par le ministère chargé de la santé (DGOS) et permet aux établissements de bénéficier d'une allocation fléchée et calibrée en fonction des missions qu'assume la structure et de la file active de ses patients.

⁵³ Les recommandations nationales de prise en charge spécialisée concernent : les cancers du sein *in situ* et infiltrant, de l'ovaire, de l'endomètre, du poumon non à petites cellules, urologiques, les mélanomes, les lymphomes hodgkiniens et la chirurgie prophylactique dans la prise en charge des cancers avec prédisposition génétique (cancers du sein, de l'ovaire, de l'estomac, du côlon, du rectum et de la thyroïde).

⁵⁴ Les recommandations ayant reçu un label concernent : les carcinomes épidermoïdes cutanés, les maladies trophoblastiques gestationnelles, les métastases hépatiques synchrones du cancer colorectal, les pratiques chirurgicales en cancérologie digestive et en cancérologie thoracique, la surveillance des travailleurs exposés aux poussières de bois ou encore aux cancérogènes pour la vessie.

► **La mise en œuvre du dispositif d'autorisation des établissements pour le traitement du cancer**

Les 885 établissements de santé autorisés pour le traitement des cancers doivent remplir tous les critères attendus de sécurité et de qualité des prises en charges : les seuils minima d'activité, les critères transversaux de qualité et les critères spécifiques à chacune des disciplines (chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie).

- **Le dispositif des autorisations de traitements des cancers a été finalisé par les agences régionales de santé** qui ont effectué les visites de conformité dans l'ensemble des établissements concernés⁵⁵. La démarche de mise en conformité a été appuyée par un soutien financier conséquent aux établissements de santé (28 millions d'euros ont été alloués en 2010 et 2011 en lien avec cet objectif) et un accompagnement des établissements et des ARS a été mené par la DGOS et l'INCa. Un état préliminaire de la mise en œuvre des autorisations a été dressé en 2012 et le bilan national est établi en 2013 avec les ARS (DGOS-INCa).

Une évaluation des critères sera conduite au regard notamment du bilan du dispositif des autorisations (DGOS-INCa).

- L'appartenance à un **réseau régional de cancérologie (RRC)** constitue l'une des conditions que doit satisfaire tout établissement de santé qui traite des malades atteints de cancer, dans le cadre du dispositif des autorisations. Les RRC répondent à une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie. Chaque région française est couverte par un réseau régional. Conformément au processus de reconnaissance des RRC pour garantir la conformité aux objectifs du référentiel national de leurs missions, 23 réseaux régionaux ont fait l'objet d'une reconnaissance par l'INCa en lien avec les agences régionales de santé, et les deux derniers seront reconnus en 2013. Dans le même temps, débutera la première phase de renouvellement des reconnaissances initiales délivrées en 2010.
- Un premier état des lieux des **pratiques de chimiothérapie des structures d'hospitalisation à domicile** a été coordonné par l'INCa à partir de l'analyse de l'activité 2009 des structures d'HAD, des travaux portés par un groupe de travail pluriprofessionnel et par des entretiens avec des professionnels de terrain. Ce travail a mis en exergue les pratiques de la chimiothérapie en HAD et les problématiques soulevées, mais n'a pas permis d'aboutir à la définition d'un référentiel spécifique pour les structures d'HAD, comme prévu par le Plan cancer 2009-2013. Cette réflexion s'inscrit dans les travaux en cours conduits par le ministère chargé de la santé (DGOS) sur le positionnement de l'hospitalisation à domicile dans l'offre de soins.

► **L'analyse des délais de prise en charge**

- **Une étude sur les délais de prise en charge des 4 cancers les plus fréquents** est pilotée par l'INCa et opérée par la FNORS⁵⁶. La première phase de cette étude a concerné les cancers du sein et du poumon, et a été conduite dans 8 régions par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) en lien avec les observatoires régionaux de santé (ORS). Ses résultats ont été publiés en juin 2012. La deuxième phase concernant la mesure des délais de prise en charge des cancers du côlon et prostate a été menée dans 13 régions et ses résultats ont été publiés en juin 2013.

⁵⁵ Voir la partie II du rapport sur la mise en œuvre du Plan cancer dans les régions.

⁵⁶ Fédération nationale des observatoires régionaux de santé.

PREMIERS RÉSULTATS. Les délais de prise en charge des 4 cancers les plus fréquents

L'étude sur les délais de prise en charge de 4 cancers, pilotée par l'INCa et opérée par la FNORS, fait apparaître les résultats suivants :

- ▶ **Les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon** (première phase de l'étude). Les délais mesurés pour le cancer du sein étaient en moyenne de 17,7 jours (+/-15,9) pour l'accès au diagnostic et de 22,9 jours (+/-13,9) pour l'accès à la chirurgie. Pour le cancer du poumon, ils étaient en moyenne de 21,5 jours (+/- 17,6 jours) pour l'accès au diagnostic et de 13,5 jours (+/-10,7) pour l'accès à la proposition thérapeutique.
- ▶ **Les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate** (deuxième phase). Les délais mesurés pour le cancer du côlon étaient en moyenne de 4,5 jours (+/-4,1) pour l'accès au diagnostic (délai coloscopie-CRAP biopsie) et de 18,9 jours (+/-14,9) pour l'accès à la chirurgie. Pour le cancer de la prostate, ils étaient en moyenne de 36,5 jours (+/-26,5) pour l'accès à la proposition thérapeutique et de 45,2 jours (+/-30,1) pour l'accès à la chirurgie.

Les délais observés sont comparables à ceux rapportés dans la littérature. Mais l'étude fait aussi apparaître des écarts importants des délais entre les régions.

Enquête réalisée par les RRC avec l'appui des ORS, en 2011 dans 8 régions, à partir des fiches RCP et des dossiers des patients (2 530 cas de cancer du sein et 1 945 cas de cancer du poumon) et en 2012 dans 13 régions (3 248 cas de cancer du côlon et 4 207 cas de cancer de la prostate). Source : INCa.

- En complément de cette approche, **un rapport sur les délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du cancer** sur la période 1999-2008 a été publié fin 2012 par l'INCa, l'InVS, Francim et les HCL.

Les délais apparaissent comme des marqueurs potentiels de l'accès aux soins et de mesure des inégalités de prise en charge ; les travaux sont à poursuivre pour en mesurer les évolutions.

▶ **L'information des malades**

Afin de permettre aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge, le Plan cancer fixe l'objectif de leur rendre accessible une information de référence sur les cancers.

- **La plateforme Cancer info**, développée pour l'information des malades par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer (Focus 19), a connu une forte montée en charge avec plus de 2 millions de sollicitations en 2012, *versus* 640 000 en 2010 (appels reçus, visites sur le site, guides commandés).

FOCUS 19. La plateforme d'information Cancer info

La plateforme d'information Cancer info, développée par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer, a vocation à constituer un point de repère dans un environnement informationnel parfois confus et un outil au service de la relation médecin-patients.

Cancer info a pour finalités d'améliorer la compréhension par les patients de leur maladie et de ses traitements et de contribuer ainsi à renforcer la qualité de leur prise en charge.

La plateforme repose sur trois vecteurs d'accès : un site internet, une ligne téléphonique et des guides d'information.

Cancer info a reçu plus de 2 millions de sollicitations en 2012, ce qui témoigne de son intérêt pour les malades et leurs proches (10 637 appels reçus sur la ligne, plus de 1,8 million de visites sur la rubrique internet et 232 156 guides commandés).

Source : INCa-Ligue contre le cancer

- Cancer info a fait l'objet d'une campagne de communication menée en 2011 et reconduite en novembre-décembre 2012. Mi-2013, la collection des guides Cancer info compte 30 références publiées, portant sur les types de cancer, leurs traitements ainsi que les aspects sociaux de la maladie.

PREMIERS RÉSULTATS. Cancer info : satisfaction des partenaires

- L'enquête de satisfaction menée en 2011 par l'INCa auprès des partenaires et utilisateurs de la plateforme Cancer info a montré une très forte satisfaction à l'égard du dispositif (44 % très satisfaits) et son utilité est plébiscitée tant auprès des patients/proches que des bénévoles et professionnels eux-mêmes (+ de 90 % dans les deux cas).

Les guides et la rubrique internet sont perçus comme des sources d'information de référence (95 %). La ligne téléphonique est moins connue (seulement 54 % des professionnels), mais elle suscite de fortes attentes car elle est jugée utile surtout pour les patients (93 %).

Les principales améliorations proposées portent sur un élargissement de sa notoriété et le développement de certains types d'information notamment la vie sociale, les lieux d'accueil, les perruques, et des guides sur les aspects psychologiques de la maladie.

Enquête menée en 2011 par l'Institut BVA auprès de 168 partenaires (83 comités de La Ligue, 42 autres associations, 43 lieux d'information). Source : INCa.

- **Des guides d'information « parcours/guide ALD » destinés aux patients** sont publiés par la HAS et l'INCa. Série déclinée des guides destinés aux médecins traitants (cf. Mesure 18), ces documents d'information sont remis aux patients par leur médecin traitant. Ils répondent à la volonté de promouvoir une information partagée entre les patients et leur médecin, sur la maladie, sa prise en charge et son suivi. Mi-2013, 22 guides sont disponibles⁵⁷.

Mesure 19 - Bilan

Études sur le ressenti du dispositif d'annonce par les malades (Ligue contre le cancer et INCa, 2012)

Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chez les patients adultes atteints de cancer (INCa, 2012)

Mise en œuvre du dispositif d'autorisation des établissements pour le traitement du cancer par les agences régionales de santé

Étude sur les délais de prise en charge pour les 4 cancers les plus fréquents (INCa en collaboration avec la FNORS, 2013)

Rapport sur les délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du cancer sur la période 1999-2008 (InVS-INCa-Francim-HCL, 2012)

22 guides « parcours » pour les patients couvrant 23 localisations de cancer (HAS-INCa)

⁵⁷ Ils concernent les localisations suivantes : colorectal, mélanome cutané, poumon, col de l'utérus, ovaire, sein, thyroïde, voies aérodigestives supérieures, prostate, vessie, rein, foie, pancréas, système nerveux central, lymphomes non hodgkiniens, endomètre, testicule, leucémie lymphoïde chronique, myélome multiple, œsophage, estomac, leucémie aiguë de l'adulte.

Mesure 20

Soutenir la spécialité d'anatomopathologie

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 20	Soutenir la spécialité d'anatomopathologie		
action 20-1	Soutenir l'activité d'anatomopathologie en renforçant les équipes et en valorisant la discipline au regard de l'évolution actuelle des pratiques	DGOS CNAMTS	partiellement réalisée
action 20-2	Accompagner la nécessaire adaptation de l'anatomocytopathologie aux évolutions technologiques et scientifiques	INCa	réalisée
action 20-3	Soutenir la démarche qualité au sein de la profession	INCa	réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► Le soutien de la spécialité d'anatomopathologie

Le soutien de la spécialité d'anatomopathologie est indispensable pour faire face aux mutations scientifiques et techniques auxquelles sont confrontés les médecins pathologistes pour établir le diagnostic morphologique de cancer.

Les actions engagées n'ont pas permis d'aboutir aux résultats attendus à l'échéance du Plan cancer 2009-2013.

- Le groupe de travail relatif à l'anatomopathologie mis en place début 2011 par le ministère de la Santé (DGOS) a remis en mai 2012 son rapport qui dresse l'état des lieux de cette spécialité, fixe des perspectives et propose des recommandations relatives au mode d'exercice, à l'organisation de la discipline et à l'accompagnement de son évolution.
- La refonte de la nomenclature des actes d'anatomopathologie est en cours depuis 2010 sous le pilotage de la CNAMTS pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux. Les actes d'ACP relatifs à la biologie moléculaire sont en cours d'évaluation à la HAS.
- L'ordonnance relative à la biologie médicale a permis la reconnaissance des techniciens de laboratoire comme des personnels paramédicaux, ouvrant ainsi la voie à une spécialisation et à une revalorisation de ce métier.

► L'adaptation de l'anatomopathologie aux évolutions technologiques et scientifiques

- L'accompagnement de la discipline d'anatomocytopathologie s'est concrétisé notamment par **le soutien apporté au développement de l'activité des tumorothèques sanitaires**. Ces banques de cellules et de tissus tumoraux constituent un outil capital pour assurer les examens moléculaires nécessaires à la mise en œuvre des thérapies ciblées. Pour en développer l'accès, les

indications de cryopréservation à visée sanitaire ont été actualisées (INCa) et un financement complémentaire de 750 000 euros a été alloué à ces structures en 2011 (DGOS). Ces moyens complètent les financements alloués en 2005 aux tumorothèques hospitalières pour la structuration des réseaux régionaux sanitaires. La synthèse de l'activité des tumorothèques a été publiée en 2012 (INCa).

- Les conditions de **transmission des comptes rendus d'ACP** sont définies dans le cadre du dossier communicant de cancérologie au sein du DMP (cf. Mesure 18).

► **Le soutien de la démarche qualité**

- Le programme de **double lecture des cancers rares et des lymphomes** est effectif depuis début 2010. Un suivi de cette activité est effectué afin d'accompagner la phase de montée en charge (Focus 20) et optimiser cette organisation, en lien avec la structuration de la prise en charge des cancers rares (cf. Mesure 23).

FOCUS 20. La double lecture des cancers rares et des lymphomes

La double lecture constitue une des pierres angulaires de l'organisation cancers rares en apportant une confirmation diagnostique aux patients. La synthèse de l'activité 2011 de prise en charge des cancers rares, incluant l'activité de double lecture des cancers rares de l'adulte et des lymphomes, a été publiée en novembre 2012. Les résultats font apparaître une progression rapide de la double lecture des cancers rares et des lymphomes mise en place en 2010 : 88 % des nouveaux cas de lymphomes ont ainsi bénéficié d'une double lecture en 2011, soit 15 841 patients pour une incidence globale estimée entre 16 000 et 18 000 nouveaux cas par an.

Rapport « Synthèse de l'activité de prise en charge des cancers rares », INCa, 2012

Mesure 20 - Bilan

Actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, en cours (pilotage CNAMTS)

Reconnaissance des techniciens de laboratoire comme personnels paramédicaux (Ordonnance relative à la biologie médicale)

Soutien du développement de l'activité des tumorothèques sanitaires (DGOS-INCa)

Mise en œuvre du programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes (INCa)

Mesure 21

Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 21	Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations		
action 21-1	Faciliter l'accès aux traitements par molécules innovantes	DSS DGOS INCa	partiellement réalisée
action 21-2	Développer les plateformes de génétique moléculaire des cancers et l'accès aux tests moléculaires	INCa	réalisée
action 21-3	Faciliter l'accès aux techniques chirurgicales et instrumentales, en particulier innovantes et complexes	DGOS INCa	partiellement réalisée
action 21-4	Faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie et la TEP	DGOS	partiellement réalisée
action 21-5	Promouvoir au niveau des pôles régionaux de cancérologie des actions nouvelles et émergentes	INCa	non réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► L'accès aux molécules innovantes

- L'accès aux médicaments innovants en cancérologie, inscrits sur la « liste en sus », implique une utilisation conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Depuis 2010, 12 molécules ont été radiées de la liste en sus (dont 5 molécules au 1^{er} mars 2012) et 4 nouvelles molécules inscrites (dont 1 molécule en avril 2012). Les référentiels de bon usage sont modifiés avec la suppression de ces molécules.
- L'actualisation des référentiels de bon usage en cancérologie va évoluer en application de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé, qui confie à l'ANSM la réalisation de recommandations temporaires d'utilisation pour encadrer la prescription hors AMM.
- Le rapport sur « La situation de la chimiothérapie » est publié annuellement depuis 2008 par l'INCa. Il réunit les données actualisées sur les pratiques de soins dans un contexte d'innovation régulière des thérapeutiques médicamenteuses mais aussi d'évolution des dépenses et de modification de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer.

► Le développement de l'accès aux tests de biologie moléculaire et aux thérapies ciblées

Les tests de génétique moléculaire déterminant l'accès à une thérapie ciblée (Focus 21) sont réalisés par 28 plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers, réparties sur l'ensemble du territoire et soutenues par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa pour permettre la réalisation de ces tests sans contrepartie financière.

FOCUS 21. Les tests de biologie moléculaire et l'accès aux thérapies ciblées

Les tests de biologie moléculaire sont réalisés par 28 plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers, soutenues par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa, et réparties sur l'ensemble du territoire.

En identifiant d'éventuelles mutations génétiques dans les tumeurs des patients, ces tests moléculaires contribuent à :

- participer au diagnostic, en complémentarité de paramètres cliniques, morphologiques et biologiques ;
- orienter le processus diagnostique ;
- déterminer l'accès à une thérapie ciblée ;
- orienter la stratégie de traitement du patient ;
- permettre le suivi de la maladie résiduelle.

Ces paramètres sont aujourd'hui indispensables pour le diagnostic, la classification, le choix et la surveillance du traitement d'un nombre croissant de cancers. Sur les 60 tests moléculaires proposés aujourd'hui au sein des plateformes, 14 déterminent l'accès à des thérapies ciblées existantes ou en cours de développement.

Source : INCa

- Afin d'anticiper l'arrivée des nouvelles thérapies ciblées pour les rendre disponibles le plus rapidement possible, l'INCa a mis en place **un programme de détection prospective de biomarqueurs émergents dans le cancer du poumon, le cancer colorectal et le mélanome** permettant de rendre ces tests accessibles aux patients sans délai et de faciliter l'accès aux essais cliniques de nouvelles thérapies ciblées en cours de développement.
- Un programme d'évaluation externe permet de s'assurer de la qualité de la réalisation de ces tests moléculaires. En 2012, trois campagnes ont été menées concernant 3 tests.

Les efforts ainsi consentis ont permis de faire progresser de façon très significative l'accès aux tests de génétique moléculaire déterminant l'accès aux thérapies ciblées, le nombre de tests réalisés ayant doublé entre 2008 et 2011 (passant de 31 900 en 2008 à 68 800 en 2011).

RÉSULTATS. La progression des tests de génétique moléculaire

La synthèse de l'activité 2011 des plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers a été publiée en 2012. Les résultats font apparaître une progression du nombre de tests réalisés.

En 2011, 155 000 patients ont bénéficié d'un examen moléculaire. Pour 55 000 de ces patients, il s'agissait d'un test de génétique moléculaire déterminant l'accès à une thérapie ciblée. S'ajoutent à ces tests les examens réalisés pour le suivi des patients en hématologie, mais aussi des tests à visée diagnostique ou pronostique, soit un total de 68 800 tests en 2011 (vs 31 900 en 2008).

Rapport « Synthèse de l'activité des plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers », INCa, 2012. Rapport sur l'accès aux thérapies ciblées en France en 2012, INCa

► Le développement de l'accès aux nouvelles techniques

- Suite à l'appel à projets lancé en 2011 par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa pour **soutenir l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein**, sept centres de radiothérapie ont été retenus pour participer à ce projet sur une durée de 24 mois (2012-2013). L'objectif est d'accompagner la mise en œuvre et l'évaluation médico-économique de traitements comportant un nombre réduit de séances par rapport aux traitements standards, garantissant la même sécurité aux femmes traitées tout en améliorant la qualité de vie.
- Une réflexion sur l'évolution de la tarification a été engagée par le ministère chargé de la santé (DGOS) afin de permettre notamment d'expérimenter des forfaitisations intégrant les techniques de haute précision ainsi que l'évolution vers des protocoles hypofractionnés dans deux localisations (sein et prostate).
- Des critères de qualité ont été élaborés pour la prise en charge chirurgicale du cancer de l'ovaire, par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa.
- Enfin, le rapport « Conséquences des traitements des cancers et préservation de la fertilité » a été publié début 2013 par l'Agence de la biomédecine (ABM) et l'INCa. Il fait le point sur les techniques de préservation et de conservation et sur les pratiques dans le domaine du cancer. Le rapport propose des pistes d'amélioration portant sur l'organisation de l'offre en termes d'accès et de délais, la multidisciplinarité de la prise en charge, l'information des patients et de leur famille et le suivi des patients.

► L'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers *via* l'imagerie

Afin de faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers *via* l'imagerie, le Plan cancer 2009-2013 fixe l'objectif d'accroître le parc d'appareils d'IRM, notamment dans les régions ayant la mortalité par cancers la plus élevée (10 régions ciblées). Cet objectif a été intégré dans le guide des schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS), qui définit les orientations pour l'élaboration par les ARS de leur schéma régional.

- Selon l'enquête annuelle réalisée par la DGOS, **33 appareils d'IRM supplémentaires ont été installés en 2009 et 2010 dans les 10 régions ciblées** (enquête 2011) sur un objectif de 88 nouveaux appareils d'ici 2013.
- Les résultats de l'enquête menée par la DGOS, l'INCa et la Société française de radiologie pour apprécier les délais d'accès aux examens IRM pour des patients atteints de cancer (sein, utérus et prostate) ont été publiés en mars 2012.

PREMIERS RÉSULTATS. Les délais de rendez-vous aux examens IRM

- L'enquête menée par la DGOS, l'INCa et la Société française de radiologie en 2011 visait à apprécier les délais de rendez-vous pour un examen d'IRM dans le cadre d'un bilan d'extension de cancers du sein, de la prostate et de l'utérus. Elle a permis de mettre en exergue les résultats suivants :

- 4 appels sur 10 débouchent sur une prise de rendez-vous en moyenne dans le mois, dont 22 % dans les deux semaines et en 2011 ;
- 2 appels sur 5 ne débouchent pas immédiatement sur un rendez-vous en 2011, les centres d'imagerie souhaitant dans la moitié des cas disposer de l'ordonnance de prescription pour fixer le rendez-vous, voire réservant dans 7 % des cas l'examen aux seules prescriptions internes ;
- les délais d'attente varient en fonction du statut du centre d'imagerie : ils sont en moyenne de 23 jours dans le privé et de 33 jours dans le public et dépendent également du type de cancer pour lequel l'examen est réalisé : 24,6 jours pour le cancer du sein, 27,5 jours pour l'utérus et 30 jours pour la prostate ; les délais d'attente proposés au niveau régional ne sont corrélés ni à l'incidence régionale estimée, ni à la densité régionale d'appareils d'IRM. Ces délais sont différents selon les régions.

Cette enquête sera renouvelée en 2013 afin de mesurer l'évolution des indicateurs étudiés.

Enquête réalisée par l'Institut BVA en 2011 auprès de tous les centres d'imagerie pratiquant des IRM (572 centres).

Certaines actions, prévues par le Plan cancer 2009-2013, n'ont pas pu être réalisées dans la période ou l'ont été de façon partielle.

- Ainsi, si des critères de qualité ont été élaborés pour la prise en charge chirurgicale du cancer de l'ovaire (DGOS-INCa), l'élaboration de tels critères pour la chirurgie des cancers digestifs n'a pas été programmée.
- Par ailleurs, l'action prévue par le Plan pour « garantir un accès équitable et des tarifs accessibles pour les techniques de reconstruction mammaire » n'a pas été conduite. Le rapport de la HAS paru en juin 2012⁵⁸, sur saisine du ministère chargé de la santé, permet néanmoins de préciser les indications, la place et les conditions de réalisation de ces techniques de reconstruction.
- Enfin, les pôles régionaux de cancérologie n'ont pas fait l'objet d'actions spécifiques au cours de la période 2009-2013 ; une réflexion est à mener dans le cadre de la structuration de l'offre de prise en charge en cancérologie.

Mesure 21 - Bilan
Progression de l'accès aux tests de biologie moléculaire déterminant l'accès à une thérapie ciblée (DGOS-INCa)
Rapport « La situation de la chimiothérapie » actualisé chaque année (INCa)
8 projets soutenus pour l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein (DGOS-INCa)
Rapport « Conséquences des traitements des cancers et préservation de la fertilité » (ABM-INCa, 2013)
Augmentation de l'équipement en appareils d'IRM dans les régions ciblées (DGOS-ARS)

⁵⁸ Rapport d'évaluation « Interventions sur le sein controlatéral pour symétrisation au décours d'une chirurgie carcinologique mammaire », HAS, juin 2012

Mesure 22

Soutenir la radiothérapie

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 22	Soutenir la radiothérapie		
action 22-1	Soutenir la qualité et la sécurité des pratiques dans les centres de radiothérapie autorisés	Comité national de suivi de la radiothérapie	partiellement réalisée
action 22-2	Renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie		réalisée
action 22-3	Actualiser les recommandations de bonnes pratiques concernant les techniques de traitement en radiothérapie et leurs indications	INCa	en cours

Les réalisations et les premiers résultats

► Le soutien de la qualité et de la sécurité dans les centres de radiothérapie

Le soutien à la radiothérapie vise à assurer la qualité et la sécurité des pratiques et à renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie.

- **Le renforcement quantitatif et qualitatif des postes au sein des centres de radiothérapie** est un enjeu crucial. Un effort particulier a été porté pour soutenir la formation de radiophysiciens, qui a abouti à l'augmentation des effectifs de 40 % entre 2007 et 2011 dans les centres de radiothérapie. La qualité et la sécurité dans les centres ont également été renforcées par le soutien apporté au métier de technicien de dosimétrie et le financement de postes de qualifiés dans les centres.
- Les centres de radiothérapie ont été accompagnés financièrement par l'INCa dans leur démarche **d'amélioration de la qualité et de la sécurité des traitements** (112 centres soit près de deux tiers de l'ensemble des centres pour un montant total de 2,1 millions d'euros de 2008 à 2012). Par ailleurs, des inspections de contrôle relatives à la radioprotection des patients sont réalisées annuellement par l'ASN depuis 2007.
- Les référentiels des plateaux techniques de radiothérapie, prévus par le Plan cancer 2009-2013, n'ont pas été réalisés.

L'Observatoire national de la radiothérapie s'appuie sur une enquête réalisée chaque année depuis 2007 auprès des centres de radiothérapie, permettant de suivre et de caractériser **les principales évolutions en matière d'équipements, d'activité et de ressources humaines**. Le dernier rapport de l'Observatoire a été publié en janvier 2012.

En complément de ces données, le rapport « La situation de la radiothérapie », publié en juin 2012 par l'INCa, comporte l'analyse de la situation et propose des recommandations et perspectives d'actions.

RÉSULTATS. L'Observatoire national de la radiothérapie

- ▶ L'Observatoire national de la radiothérapie s'appuie sur une enquête annuelle réalisée depuis 2007 auprès des centres de radiothérapie, menée conjointement par l'INCa, la SFRO, le SNRO, la SFPM, l'ASN et la CNAMTS. Le rapport 2011 de l'Observatoire fait apparaître les résultats suivants :
 - **Le parc français de radiothérapie externe** croît de 3 % par an en nombre d'unités, et cette augmentation s'accompagne d'une modernisation des appareils et du niveau d'équipement des machines.
 - **L'activité de radiothérapie en termes de patients pris en charge chaque année** demeure stable au cours des années, et la majorité des traitements (près de 85 %) sont aujourd'hui réalisés par radiothérapie conformationnelle 3D (traitement standard).
 - **La part de traitements conformationnels avec modulation d'intensité** (préparés avec une dosimétrie avec planimétrie inverse) progresse depuis 2009, mais ne concerne que 8 % de l'ensemble des traitements.
 - **Les effectifs** de radiothérapeutes sont restés stables ces dernières années, de même que le nombre de dosimétristes. On constate, en revanche, une augmentation conséquente des effectifs de radiophysiciens (+ 40 % d'ETP entre 2007 et 2011).

Rapport de l'Observatoire national de la radiothérapie, janvier 2012

▶ L'actualisation des recommandations de bonnes pratiques

- À la demande de la DGOS et de la CNAMTS, la HAS a intégré à son programme de travail 2012 la demande d'actualisation de certaines indications pour la radiothérapie de haute précision (stéréotaxie EC et RCMI) ; les travaux sont en cours.
- Le guide des procédures en radiothérapie est en cours d'actualisation par la Société française de radiothérapie (SFRO), il sera finalisé début 2014.

La dernière réunion du **Comité national de suivi de la radiothérapie** s'est tenue le 3 février 2012 ; le bilan des mesures entreprises pour la radiothérapie a été publié en juin 2012 (Focus 22).

FOCUS 22. Le bilan du comité national de suivi de la radiothérapie

Présidé par le président du conseil d'administration de l'INCa, le comité national de suivi de la radiothérapie a rassemblé jusqu'en janvier 2012 l'ensemble des acteurs de santé concernés : le ministère chargé de la santé (DGS et DGOS), l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), l'ANSM, la HAS, la SFRO, la SFPM, le CISS ainsi que des personnalités qualifiées.

Son rapport final publié en juin 2012 fait le point de la réalisation des mesures inscrites dans la feuille de route et des actions menées pour améliorer la prise en charge des patients traités en radiothérapie, en particulier dans les domaines suivants :

- le suivi du dispositif des autorisations en radiothérapie
- la démographie et l'évolution des métiers en radiothérapie
- la radiovigilance, via le site www.vigie-radiotherapie.fr mis en ligne en 2011 par l'ASN et l'ANSM.
- le contrôle de la sécurité et de la qualité des traitements.
- la mise en place de la plateforme nationale de référence en radiothérapie (DOSEO) portée par le CEA

Rapport « Comité national de suivi des mesures pour la radiothérapie 2008-2012 : bilan final », 2012

Mesure 22 - Bilan

Mise en place de l'Observatoire national de la radiothérapie (INCa, SFRO, SFPM, ASN et CNAMTS)

Soutien de la formation de radiophysiciens et progression des effectifs dans les centres de radiothérapie

Actualisation d'indications pour la radiothérapie de haute technicité, en cours (HAS)

Actualisation du guide des procédures en radiothérapie, en cours (SFRO)

Mesure 23

Développer des prises en charge spécifiques pour les personnes atteintes de cancers rares ou porteuses de prédispositions génétiques, ainsi que pour les personnes âgées, les enfants et les adolescents

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 23	Développer des prises en charge spécifiques pour les personnes atteintes de cancers rares ou porteuses de prédisposition génétique ainsi que pour les personnes âgées, les enfants et les adolescents		
action 23-1	Labelliser les centres de référence cancers rares	INCa	réalisée
action 23-2	Favoriser la constitution de bases de données clinico-biologiques (enquêtes transversales répétées avec volet de biosurveillance)	INCa -ITMO Cancer	finalisée
action 23-3	Suivre les personnes à risque génétique	INCa	réalisée
action 23-4	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer	INCa DGOS	réalisée
action 23-5	Améliorer la prise en charge des enfants atteints de cancer et lancer un programme d'actions spécifiques vis-à-vis des adolescents atteints de cancer	DGOS INCa	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► La prise en charge des patients atteints de cancers rares

La prise en charge des patients adultes atteints de cancers rares (Focus 23) a bénéficié de la mise en place progressive de centres experts nationaux travaillant en lien avec des centres experts régionaux et des réseaux d'expertise anatomopathologique.

- Au terme de quatre appels à projets INCa-DGOS, **23 centres experts nationaux pour cancers rares de l'adulte ainsi que 4 réseaux anatomopathologiques sont structurés**. Ainsi, tout patient atteint d'un cancer bénéficie d'une prise en charge dans l'établissement de son choix, mais est assuré d'un diagnostic de certitude grâce à la double lecture systématique des lames, d'une discussion de son dossier en RCP de recours par plusieurs experts de disciplines différentes, du choix d'un traitement adapté, souvent innovant dans le cadre d'un essai clinique et de l'appui d'une association de patients.
- Dans le cadre du Partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC), l'INCa participe aux travaux visant notamment à l'harmonisation des recommandations dans les cancers rares au niveau européen (objectif 2 du partenariat).
- La constitution de bases clinicobiologiques est soutenue depuis 2011 et 9 réseaux bénéficient déjà d'un financement pour constituer des bases autour de pathologies communes (cf. Mesure 3 de l'axe Recherche).

FOCUS 23. La prise en charge des patients atteints de cancers rares

On regroupe sous le terme « cancers rares » les cancers dont l'incidence est inférieure à 6/100 000 personnes par an ou nécessitant une prise en charge hautement spécialisée, du fait de leur siège particulier, de leur survenue sur un terrain spécifique ou complexe.

Les cancers rares constituent une priorité pour plusieurs raisons : la difficulté du diagnostic, un problème de prise en charge compte tenu d'une expertise souvent restreinte à quelques centres hyperspécialisés et l'absence de recommandations ou de référentiels de bonne pratique disponibles dans ces pathologies ; une insuffisance d'accès aux essais cliniques, enfin l'errance diagnostique et/ou thérapeutique générant un sentiment de grande solitude pour le patient et son entourage.

L'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancers rares s'appuie, pour un groupe de cancers rares donné, sur des centres experts régionaux ou interrégionaux couvrant l'ensemble du territoire et coordonnés au niveau national par un seul centre expert national de référence placé sous la responsabilité d'un médecin coordinateur clinicien. La prise en charge de 23 cancers rares de l'adulte est ainsi structurée et financée.

La double lecture, et l'accès aux examens de typage moléculaire si requis, est organisée selon la pathologie, soit dans le cadre d'un des 4 réseaux nationaux de référence anatomopathologiques, soit via des groupes d'experts pathologistes sous la responsabilité d'un pathologiste expert désigné au niveau national.

Source : DGOS-INCa

► **La prise en charge des personnes prédisposées héréditairement au cancer**

Près de 5 % des cancers diagnostiqués en France sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles et, à ce jour, plus de 70 gènes de prédisposition génétique ont été identifiés.

- Le diagnostic de ces prédispositions est mis en œuvre dans le cadre d'un dispositif national⁵⁹ qui s'appuie sur des consultations génétiques (sur 113 sites dans 48 établissements de santé) et des laboratoires (25) qui réalisent les examens génétiques prescrits. L'objectif du dispositif est d'identifier l'ensemble des personnes présentant un risque héréditaire de cancer en France, afin de leur garantir ensuite une prise en charge personnalisée et multidisciplinaire sur tout le territoire.
- **Le déploiement national du dispositif de prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer est finalisé** depuis fin 2012 (DGOS-INCa). À l'issue de la phase pilote conduite par 6 sites en 2010-2011, dont le bilan a été publié en février 2012, 17 projets ont été retenus sur appel à projets. Ce dispositif vise à intégrer, faciliter et améliorer le suivi et la prise en charge globale, médicale et chirurgicale des personnes prédisposées héréditairement au cancer dans l'ensemble des régions.

RÉSULTATS. L'activité d'oncogénétique

- Le suivi du dispositif d'oncogénétique, réalisé par l'INCa, fait apparaître les constats suivants :

L'activité des consultations d'oncogénétique progresse régulièrement sur l'ensemble du territoire (France métropolitaine et départements d'outre-mer) reflétant une structuration régionale continue et un accroissement durable de l'accès aux consultations : augmentation des prescriptions et des examens génétiques pratiqués les laboratoires.

Cependant, l'identification des personnes porteuses d'une mutation les prédisposant à une pathologie digestive n'est pas encore optimale, particulièrement concernant le syndrome de Lynch. Les délais d'obtention d'un rendez-vous en consultation, ainsi que les délais de réponse de la part des laboratoires, bien qu'ayant tendance à se stabiliser, restent par ailleurs encore trop élevés.

Rapport « Synthèse nationale de l'activité d'oncogénétique en 2011 », INCa

⁵⁹ Voir la carte du dispositif d'oncogénétique en partie II du rapport.

► La prise en charge des patients âgés atteints de cancer

L'organisation de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer répond aux objectifs suivants : mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres, rendre cette prise en charge accessible à tous, contribuer au développement de la recherche, soutenir la formation et l'information en oncogériatrie.

- L'organisation de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer est finalisée depuis fin 2012 à travers le **déploiement national des unités de coordination en oncogériatrie (UCOG)** : sur appels à projets, 24 équipes ont été sélectionnées dans 19 régions en 2011-2012. Des antennes d'oncogériatrie (AOG) sont créées dans 4 régions non dotées⁶⁰. Ainsi, toute personne âgée atteinte de cancer peut bénéficier, si son état l'exige, d'une prise en charge oncogériatrique. De plus, l'UCOG d'Aquitaine et l'UCOG Rhône-Alpes (Lyon) seront chargées de favoriser la prise en charge oncogériatrique dans les départements d'outre-mer dépourvus d'unités⁶¹.
- Par ailleurs, afin de mieux repérer les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux, l'outil « Oncodage » a été diffusé sur le site de l'INCa en avril 2012 ; il vise à identifier les patients devant bénéficier d'une consultation adaptée et/ou d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA) avec prise en charge gériatrique adaptée avant de commencer le traitement anticancéreux.

► La prise en charge des enfants et adolescents atteints de cancer

- La prise en charge des enfants et adolescents atteints de cancer s'appuie désormais sur 7 organisations interrégionales de recours (OIR), constituées progressivement en 2009 et 2010.
- La mise en œuvre du **programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence** est expérimentée dans le cadre de 5 projets pilotes, sélectionnés à la suite d'un appel à projets lancé par l'INCa, pour assurer :
 - le suivi de l'état de santé global de la personne traitée pour un cancer dans l'enfance ou l'adolescence en fonction des données médicales et du ressenti du patient ;
 - la prévention des complications et séquelles liées au traitement ;
 - la réponse aux besoins d'accompagnement sur le plan psychologique, social, dans la poursuite de son parcours scolaire ou professionnel, ainsi que dans ses différents projets de vie (emprunt, vie de couple, grossesse...).Les projets sont soutenus sur une durée de 18 mois (2012-2013) et feront l'objet d'un bilan et d'une évaluation.
- Un programme spécifique est par ailleurs engagé en faveur des **adolescents et jeunes adultes atteints de cancer**, visant deux objectifs prioritaires : renforcer le travail conjoint des pédiatres et de la médecine adulte autour de ces jeunes et améliorer la prise en compte de leurs préoccupations personnelles relatives aux effets secondaires des traitements, à la préservation de leur fertilité, à la poursuite de leurs études et à leur réinsertion professionnelle. Suite à un appel à projets conjoint DGOS-INCa, 8 projets ont été sélectionnés début 2012 et sont soutenus sur une durée de 24 mois (2012-2013).
- Le guide Cancer info « Mon enfant a un cancer » a été publié en 2009 ; une nouvelle édition est en préparation (INCa-Ligue contre le cancer).
- **Plus de 20 000 unités de sang de cordon ont été inscrites au total sur le registre français de sang placentaire entre 2009 et 2012**, traduisant l'impact important de la structuration menée par l'Agence de la biomédecine (pour une cible fixée à 12 000 unités créées sur la durée du Plan).

⁶⁰ Haute-Normandie, Centre, Auvergne, Franche-Comté

⁶¹ Guadeloupe, Guyane, La Réunion/Mayotte. Voir la carte du déploiement du dispositif d'oncogériatrie en partie II du rapport.

Mesure 23 - Bilan

Achèvement de la structuration de la prise en charge des patients adultes atteints de cancers rares : 23 centres experts nationaux et 4 réseaux anatomopathologiques (DGOS-INCa)

Finalisation du déploiement national du dispositif de prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer (DGOS-INCa)

Finalisation du déploiement national de l'organisation de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer : unités et antennes de coordination en oncogériatrie (DGOS-INCa)

Expérimentations du programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence par 5 projets pilotes (INCa)

8 projets intégrés de prise en charge des adolescents et jeunes adultes soutenus (DGOS-INCa)

Progression forte du nombre d'unités de sang de cordon conservées : plus de 20 000 unités de 2009 à 2012 (ABM)

Mesure 24

Répondre aux défis démographiques des professions et former à de nouvelles compétences

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 24	Répondre aux défis démographiques et former à de nouvelles compétences		
action 24-1	Former plus de médecins pour la cancérologie	DGOS	partiellement réalisée
action 24-2	Accompagner l'évolution des modes de pratiques	DGOS	partiellement réalisée
action 24-3	Développer les formations universitaires permettant l'accès à trois nouvelles compétences en cancérologie	DGOS	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

S'agissant des professionnels de santé en cancérologie, l'enjeu est de pouvoir anticiper les besoins et les évolutions à partir de l'observation de la démographie, pour cibler la création de postes selon les spécialités et dans les territoires en pénurie. Le Plan cancer fixe en outre comme priorité le soutien des métiers de la radiothérapie et de la spécialité d'anatomopathologie, confrontés à des défis spécifiques (cf. Mesures 20 et 22).

► La formation de médecins pour la cancérologie

- L'arrêté du 10 juillet 2012 qui détermine le nombre d'internes à former pour la période 2012-2016 prévoit, pour l'année 2012-2013, 126 postes à former en DES d'oncologie et 63 postes en DES anatomopathologie. À l'issue des épreuves classantes nationales, tous ces postes ont été pourvus. Ils s'ajoutent aux 322 postes d'internes en oncologie médicale et en anatomopathologie pourvus depuis 2010.
- Les critères des sites de stages ont été actualisés par le collège national des enseignants en cancérologie (CNEC) et transmis au ministère chargé de la santé (DGOS) et au Président de la conférence des doyens en novembre 2012.
- **Un soutien particulier est mis en œuvre pour les régions en situation démographique difficile**, qui bénéficient de moyens renforcés. Au total sur la période 2010-2012, 33 nouveaux postes d'assistants spécialistes ont été financés (13 postes en 2010, 14 en 2011, 6 postes en 2012). Une enquête annuelle est lancée depuis 2012 par la DGOS auprès des ARS pour recenser au sein des établissements de santé les postes d'assistants spécialistes financés et les besoins des services. Un soutien financier sera également apporté aux ARS en 2013 pour créer des postes partagés d'assistants et de praticiens hospitaliers.
- Afin de favoriser une augmentation des **postes hospitalo-universitaires**, dont les effectifs en activité sont en baisse pour les disciplines liées à la cancérologie (voir infra), le nombre de postes offerts au concours et à la mutation est en augmentation : pour l'année 2012, 10 postes en cancérologie-radiothérapie (soit 4 postes supplémentaires par rapport à 2011), 11 postes en

anatomocytopathologie (5 postes supplémentaires)⁶². En outre, le domaine du cancer a été indiqué comme une priorité pour les redéploiements de postes titulaires en 2012 par les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche⁶³.

Les tableaux de bord des effectifs médicaux en activité et en formation dans trois spécialités (oncologie médicale, radiothérapie et anatomopathologie) sont mis à jour chaque année par l'INCa à partir des données disponibles (cf. Mesure 6).

PREMIERS RÉSULTATS. L'évolution des effectifs médicaux en activité et en formation

- ▶ Le Plan cancer 2009-2013 prévoyait une augmentation des effectifs médicaux dans les spécialités liées à la cancérologie (oncologie médicale, radiothérapie et anatomopathologie). L'évolution constatée des effectifs est contrastée :

- progression des internes entre 2008 et 2012 (inscrits en 4^e année de DES) : de 26 % en oncologie-radiothérapie et de 48 % en anatomopathologie (sur une cible de 20 % fixée par le Plan cancer 2009-2013) ;
- évolution des effectifs de chefs de cliniques assistants entre 2008 et 2011 : augmentation de 26 % en oncologie-radiothérapie et diminution de 27 % en anatomopathologie ;
- diminution des effectifs hospitalo-universitaires (PU-PH et MCU-PH) entre 2008 et 2011 : de 6 % en oncologie-radiothérapie, de 10 % en anatomopathologie et de 5 % en hématologie.

Sources : Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), arrêtés des ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur.

▶ **L'évolution des modes de pratiques**

La démarche de soutien aux coopérations hospitalières par la création de postes partagés a été reportée. Une consultation auprès des agences régionales de santé (ARS) est menée par le ministère chargé de la santé (DGOS) sur l'opportunité de créer dans leur région ce type de postes.

▶ **Le développement des formations universitaires**

Des formations universitaires ont été développées pour les nouvelles compétences en cancérologie : 3 masters de coordination infirmière des soins ; 1 DU de macroscopie des pièces opératoire en anatomie pour les techniciens d'anatomopathologie ; 3 licences professionnelles en dosimétrie et en radioprotection médicale.

Mesure 24 - Bilan

Progression du nombre d'internes des DES d'oncologie et d'anatomopathologie

Actualisation des critères des sites de stages (CNEC)

Financement de postes d'assistants spécialistes dans les régions en situation démographique difficile

Nouvelles formations universitaires pour les infirmiers coordonnateurs, techniciens d'anatomopathologie, dosimétristes

⁶² Postes de PU-PH et MCU-PH (arrêté du 26 décembre 2011)

⁶³ Circulaire conjointe des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche du 25 août 2011

5. AXE VIVRE PENDANT ET APRÈS UN CANCER

Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion

Les enjeux

L'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées pendant et après le cancer était un enjeu majeur du Plan cancer 2009-2013. En effet, si les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis de faire reculer la mortalité par cancer en France au cours des vingt dernières années, les personnes touchées par le cancer sont confrontées à de nombreuses difficultés pour préserver ou reprendre une vie sociale et professionnelle. Pour beaucoup d'entre elles, le cancer s'accompagne de séquelles liées à la maladie ou aux traitements.

Une coordination accrue de tous les acteurs, des secteurs sanitaire, médico-social et social, est nécessaire pour permettre d'améliorer la prise en compte des conséquences de la maladie et des traitements dans la vie des personnes atteintes et de leurs proches.

6 mesures

- Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après-cancer
- Se doter des moyens et outils nécessaires au développement de l'accompagnement social personnalisé
- Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie transitoires ou définitives liées au cancer
- Améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et au crédit
- Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer
- Créer un observatoire sociétal des cancers

Les moyens mobilisés

Près de 7 millions d'euros⁶⁴ ont été mobilisés, sur les quatre premières années du Plan cancer 2009-2013, pour la réalisation des mesures consacrées à la vie pendant et après le cancer par l'Assurance maladie, l'INCa et la CNSA.

L'écart d'exécution par rapport à la prévision budgétaire du Plan résulte en partie des actions retardées. En outre, certaines actions conduites dans le champ social et médico-social ne sont pas spécifiques au cancer mais bénéficient aux personnes qui en sont atteintes ; pour celles-ci, la part des financements mobilisée au titre du Plan cancer n'a pas pu être valorisée (mesures 26 et 27). Il convient enfin de souligner que les montants prévisionnels pour une part de ces mesures ont été surestimés lors de la construction du budget initial du Plan.

Axe	budget initial 2009-2013 du Plan	budget initial de la période 2009-2012	réalisé 2009-2012
Vivre pendant et après un cancer	45 000 000 €	25 300 000 €	6 877 120 €

Le bilan 2013 des dépenses réalisées sera disponible à partir de mars 2014

⁶⁴ Voir le bilan détaillé des dépenses du Plan cancer par action et par financeur en annexe 6 du rapport.

Synthèse des réalisations et des résultats

Sur les 16 actions des mesures de l'axe Vivre pendant et après le cancer, 12 ont été réalisées ou sont finalisées en juin 2013, soit 75 % des actions. Il s'agit pour la plupart d'expérimentations ou de nouveaux dispositifs initiés, qui demandent encore à être déployés pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer. La mise en œuvre d'autres actions a été retardée ou reportée (4 actions).

Les efforts devront être accentués face aux conséquences de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle des personnes touchées et de leurs proches.

1. Des réalisations visant à améliorer le suivi après les traitements actifs

- **Le programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) est destiné à permettre un suivi global de la personne**, prenant en compte le risque de second cancer, les séquelles de la maladie et des traitements, leur retentissement sur la qualité de vie, ainsi que les besoins en soins de support (soutien psychologique, nutrition, etc.). Le PPAC reste à déployer au bénéfice des patients.
- **Les référentiels de surveillance médicale après les traitements** (post-ALD) sont décrits dans les guides par cancer destinés aux médecins traitants (HAS-INCa) et les examens pratiqués peuvent bénéficier d'une prise en charge au titre du suivi (exonération du ticket modérateur).

2. Des actions engagées pour favoriser la détection précoce et l'accompagnement social

- **Une démarche de détection précoce de la fragilité sociale a été initiée**, reposant sur un outil de repérage des difficultés ou des risques (fiche de détection précoce) afin de proposer une consultation sociale aux personnes qui en ont besoin. Cette démarche, qui s'appuie sur une coopération entre infirmiers et assistants sociaux des équipes hospitalières, a été mise en œuvre par les sites pilotes des parcours personnalisés pendant et après le cancer (une situation de fragilité sociale a été détectée chez 32 % des 9 200 patients inclus, DGOS-INCa).
- **Afin de mieux prendre en compte le retentissement de la maladie et des traitements et les situations de handicap pouvant en découler**, les articulations entre équipes de soin et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été expérimentées (8 départements) et des méthodes et outils sont mis à la disposition des acteurs (CNSA-INCa).
- **L'information des personnes touchées sur leurs droits et sur les dispositifs sociaux se développe**, à travers des outils dédiés (guide Cancer info « Démarches sociales et cancer » publié en 2012) et de nouveaux supports (guide social départemental en format web, en cours de développement par la Ligue contre le cancer).

3. Des efforts à poursuivre pour faire progresser l'insertion professionnelle des personnes atteintes de cancer et l'accès aux assurances et au crédit

- **Le cancer impacte les situations professionnelles des personnes touchées et accentue les inégalités sociales** (recherches soutenues par la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et l'INCa ; Observatoire sociétal du cancer). Un état des lieux des dispositifs d'accès et de maintien dans l'emploi a été engagé afin de favoriser leur mobilisation pour les personnes touchées par le cancer (travaux coordonnés par la DGEFP).
- **Afin d'améliorer l'accès au crédit des personnes atteintes ou ayant été atteintes de cancer**, des travaux sont engagés pour améliorer leur assurabilité (convention AERAS). Des études sont en cours sur les conditions de survie afin de faire évoluer les éléments d'appréciation du risque par les assurances.

Mesure 25

Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après-cancer

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 25	Développer une réponse sociale personnalisée et accompagner l'après cancer		
action 25-1	Généraliser les actions d'évaluation sociale dans le cadre du dispositif d'annonce et intégrer un volet social dans le Programme personnalisé des soins (PPS)	INCa DGOS	réalisée
action 25-2	Proposer à chaque patient une consultation sociale en cours de traitement afin d'évaluer la mise en œuvre du volet social du PPS et de préparer l'après cancer	INCa Ligue	réalisée
action 25-3	Expérimenter la mise en œuvre d'un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)	INCa DGOS	réalisée
action 25-4	Se doter de critères médicaux relatifs à la sortie d'ALD et prendre les mesures nécessaires pour assurer le financement d'une surveillance médicale régulière après la sortie d'ALD, dans les cas où cette surveillance reste nécessaire	DSS INCa	finalisée
action 25-5	Permettre la prise en charge des implants supports de prothèse dentaire et maxillofaciales dans la réhabilitation prothétique des patients traités pour les cancers de la cavité buccales, des maxillaires ou des tissus attenants.	DSS	finalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► Le volet social du programme personnalisé de soins

Destiné à être remis à tous les malades, dès le début de leur prise en charge en relais immédiat du dispositif d'annonce, **le programme personnalisé de soins (PPS)** permet de formaliser la proposition de prise en charge thérapeutique (cf. Mesure 18). Il intègre **un volet social** qui constitue également un support de l'accompagnement mis en œuvre pour les malades qui en ont besoin.

Les actions mises en œuvre à la suite de l'évaluation sociale (signalement, plan d'aide...) peuvent être mentionnées avec l'accord du malade, de même que les mesures entreprises dans le cadre de la préparation de l'après-cancer et notamment les éléments liés à l'emploi.

Le contenu minimum du PPS est mis à la disposition des professionnels depuis février 2011 (DGOS-INCa) sur le site www.e-cancer.fr.

► Le programme personnalisé de l'après-cancer

Le programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) est destiné à permettre un suivi global prenant en compte le risque de second cancer, les séquelles de la maladie et des traitements, leur retentissement sur la qualité de vie, ainsi que les besoins en soins de support (prise en charge de la douleur, diététique, oncopsychologie...). Établi en concertation avec le médecin traitant, le PPAC doit également permettre d'identifier les différents relais sociaux et médico-sociaux de proximité (Focus 25).

- Le programme personnalisé de l'après-cancer a été testé dans les 35 expérimentations du parcours personnalisé (cf. Mesure 18) et un contenu minimum du PPAC a été publié par la DGOS et l'INCa) sur le site www.e-cancer.fr. Une deuxième phase d'expérimentations sera menée à partir de 2013 pour approfondir les conditions de la mise en œuvre du dispositif des parcours personnalisés pendant et après le cancer avant d'envisager son déploiement
- Afin de pouvoir proposer une consultation sociale aux patients qui en ont besoin, une démarche de détection systématique et précoce des fragilités sociales a été élaborée (cf. Mesure 26).

FOCUS 25. Le programme personnalisé de l'après-cancer

Le programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) prend le relais du programme personnalisé de soins (PPS) à la fin des traitements actifs.

Établi en concertation avec le médecin traitant, le programme personnalisé de l'après-cancer est remis au patient pour lui permettre d'intégrer son suivi dans sa vie quotidienne. Il doit donc être adapté aux besoins du patient et révisable au fil du temps. La remise du PPAC permet d'acter l'entrée dans une nouvelle période de la prise en charge, celle de « l'après-cancer » ou de « l'après-traitement ».

Le programme contient les éléments du suivi global du patient, incluant les éléments du suivi médical, l'accompagnement social et l'accès aux soins de support, avec l'identification des relais de proximité nécessaires à la poursuite du suivi.

Le contenu minimum du programme personnalisé de l'après cancer a été mis à disposition de l'ensemble des professionnels de santé début 2012 (DGOS-INCa).

Dans le cadre des expérimentations des parcours personnalisés des patients en 2010-2011, un tiers des patients inclus étaient en phase « d'après-cancer ». Parmi eux, 31 % ont reçu un PPAC en moyenne et 8 sites sur 35 ont atteint l'objectif fixé par le Plan cancer de 50 % de remise du PPAC.

Source : DGOS-INCa

Rapport « Résultats des expérimentations des parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer - synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes », DGOS-INCa, 2012

► **La surveillance après les traitements actifs**

- La réglementation a été mise en œuvre pour permettre que le non-renouvellement de l'ALD ouvre la possibilité d'une admission dans un dispositif d'exonération du ticket modérateur au titre du suivi post-ALD sur demande du médecin traitant (décrets du 19 janvier 2011 et circulaire d'application).
- Ce dispositif s'appuie notamment sur **les référentiels de suivi intégrés dans les guides par cancer** explicitant pour les médecins traitants la prise en charge, dont le suivi à long terme. Ces guides, élaborés par la HAS et l'INCa, décrivent la prise en charge standard des patients en ville et à l'hôpital et permettent aux médecins traitants de conforter leur fonction de proximité pendant et après les traitements (cf. Mesure 18). Ils intègrent depuis juin 2011 les éléments de suivi post-ALD : actes et examens nécessaires, rythme, recommandations de surveillance partagée. Une version de ces guides est déclinée pour les patients (cf. Mesure 19).

► **La prise en charge des implants supports de prothèses dentaires**

Le Plan cancer 2009-2013 prévoyait la prise en charge des implants supports dentaires et maxillo-faciales dans le cadre de la réhabilitation prothétique des patients traités pour des cancers de la cavité buccale, des maxillaires ou des tissus attenants. La prise en charge des implants supports de prothèses dentaires a fait l'objet d'un avis de la HAS en février 2012, puis d'un examen en commission de hiérarchisation des actes et pratiques (CHAP) en juin 2013. L'inscription à la nomenclature devrait être effective d'ici fin 2013.

Mesure 25 - Bilan

Publication du contenu minimum de programme personnalisé de soins, intégrant un volet social (DGOS-INCa)

Publication du contenu minimum du programme personnalisé de l'après-cancer (DGOS-INCa)

Dispositif d'exonération du ticket modérateur au titre du suivi post-ALD (DSS)

Référentiels de suivi post-ALD intégrés dans les guides « parcours » par cancer destinés aux médecins traitants (HAS-INCa)

Mesure 26

Se doter des moyens et outils nécessaires au développement de l'accompagnement social personnalisé

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 26	Se doter des moyens et outils nécessaires au développement de l'accompagnement social personnalisé.		
action 26-1	Encourager le développement des hébergements et appartements thérapeutiques à proximité des lieux de prise en charge médicale	INCa Ligue	réalisée
action 26-2	Elaborer et mettre en place un référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité	INCa DGCS	réalisée
action 26-3	Élaborer avec les services des départements des modalités permettant d'activer sans délai les financements prévus pour le maintien à domicile ou la compensation du handicap (<i>reformulée par le comité de pilotage du 4/10/2010</i>)	DGCS	finalisée
action 26-4	Réaliser un annuaire départemental de tous les professionnels du secteur social concerné auxquels le patient pourra recourir pendant et après le cancer	Ligue	réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Plusieurs actions ont été menées pour détecter les fragilités sociales le plus tôt possible, favoriser l'accès aux droits pour les personnes atteintes et assurer une continuité de l'accompagnement social pendant et après le cancer.

► Le développement de l'hébergement à proximité des lieux de soins

Le développement de l'hébergement à proximité des lieux de prise en charge médicale permet d'éviter une hospitalisation prolongée et favorise une réadaptation et un retour progressifs à une vie familiale et sociale normale.

La disponibilité de ce type d'hébergements a été encouragée *via* des appels à projets lancés par l'INCa, en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Suite aux deux appels à projets lancés en 2011 puis en 2012, 17 projets ont été retenus (10 projets sélectionnés en 2011, 7 projets en 2012).

► La détection précoce des fragilités sociales

Afin de permettre le repérage précoce et une orientation adaptée, une fiche de détection des fragilités sociales a été mise en place (Focus 26). Cet outil permet d'identifier des difficultés ou des risques afin de proposer une consultation sociale.

Élaboré par des professionnels du travail social, l'outil a été testé par les équipes des sites pilotes de l'expérimentation des parcours personnalisés pendant et après le cancer (cf. Mesures 18 et 25).

FOCUS 26. La fiche de détection de la fragilité sociale et l'accompagnement social

La fiche de détection de la fragilité sociale est un outil de sensibilisation sur les problématiques sociales. Elle est un support permettant de faciliter la décision d'orientation vers le service social en faisant le point global de la situation sociale du patient.

La fiche est composée de 12 items qui permettent à l'infirmier coordonnateur ou à tout autre utilisateur d'interroger le patient dès le début de sa prise en charge, mais également au cours de celle-ci, pour détecter l'apparition éventuelle d'un nouvel élément de fragilité.

Élaboré par un groupe de travail composé de professionnels du travail social, le contenu minimum de la fiche de détection de la fragilité sociale a été mis à la disposition des professionnels en 2011 par la DGOS et l'INCa.

La détection a été mise en place dans les 35 sites pilotes des parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer. Dans le cadre de ces expérimentations, une situation de fragilité sociale a été détectée chez 32 % des 9 200 patients inclus en 2010-2011. L'orientation vers le service social s'est traduite par une prise en charge sociale pour deux tiers d'entre eux (aides sociales, financières, actions d'accompagnement pour le maintien dans l'emploi...).

L'utilisation de cet outil a facilité l'action conjointe entre les infirmiers coordonnateurs et les assistants de service social et permis de détecter plus précocement les problématiques sociales des patients, mais aussi d'anticiper sur des problèmes à venir, par l'accès aux droits sociaux ou aux dispositifs d'accompagnement pour l'emploi, l'aide à domicile ou encore les aides liées aux situations de handicap.

Rapport « Résultats des expérimentations des parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer - synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes », DGOS-INCa, 2012

► **L'accompagnement social des personnes atteintes de cancer**

Le Plan cancer se fixe également pour objectif d'**améliorer l'accompagnement social des personnes atteintes de cancer**. Les actions engagées visent à soutenir la coordination entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, pour assurer la continuité des prises en charge :

- un guide des dispositifs sociaux et médico-sociaux destiné aux professionnels de santé est en cours d'élaboration par le ministère chargé des affaires sociales (direction générale de la cohésion sociale) ; sa publication est prévue à la fin 2013 ;
- le décloisonnement sanitaire et social est un des enjeux des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) adoptés par les agences régionales de santé, en articulation avec les schémas départementaux des conseils généraux. Un bilan des schémas en cours dans 7 régions dans le domaine médico-social est réalisé par la Direction générale de la cohésion sociale et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

► **L'information adaptée des personnes touchées**

L'amélioration de la prise en charge passe aussi par une information adaptée des personnes atteintes sur leurs droits et sur les démarches à entreprendre.

- **La nouvelle édition actualisée du guide Cancer info « Démarches sociales et cancer »** a été publiée en mai 2012. Il recense l'ensemble des dispositifs destinés aux personnes atteintes de cancer et les droits dont elles disposent (cf. Focus 26).
- Pour améliorer l'identification des acteurs qui participent à l'accompagnement social des personnes malades et proches, **un guide social départemental a été réalisé, par la Ligue contre le cancer, dans 15 départements**⁶⁵. Conçu en format papier et format web, il est composé d'une trame commune présentant les principales problématiques sociales induites par le cancer complétée par des informations générales sur les principaux organismes sociaux » (sur leurs missions et à quel public ils s'adressent), et d'un annuaire recensant les acteurs nationaux et les acteurs de proximité recensés dans le département avec leurs coordonnées et des informations pratiques. Une évaluation, tant de la conduite de projet que des outils produits, est en cours pour étudier l'opportunité et les modalités d'un déploiement national.

⁶⁵ Cher, Corrèze, Creuse, Gers, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Haute-Vienne, Lot, Maine-et-Loire, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Marne, Tarn, Tarn-et-Garonne, Vienne.

PREMIERS RÉSULTATS. L'évaluation du guide social départemental (Ligue contre le cancer)

- Les premiers résultats de l'évaluation du guide social départemental de la Ligue contre le cancer, menée auprès de 177 personnes malades et 62 acteurs de l'accompagnement, font ressortir que 94 % des personnes malades, proches et professionnels ayant utilisé le guide sont satisfaits de la version web et encore plus de la version papier.
- La question du déploiement national doit être étudiée au regard de ces résultats, mais également des moyens à mobiliser pour y parvenir. En outre, des difficultés ont été rencontrées et doivent être prises en compte dans la perspective d'un déploiement : respect du calendrier prévisionnel, amélioration du logiciel informatique, besoin d'accompagnement individualisé de chaque comité aux différentes étapes, coût du projet et notamment de l'impression des guides et organisation de la veille nationale et locale pour la mise à jour des guides déjà existants.
- Source : Ligue contre le cancer*

Mesure 26 - Bilan

17 projets soutenus pour l'hébergement à proximité des lieux de soins (INCa)

Mise à disposition de la fiche de détection de la fragilité sociale (DGOS-INCa, 2012)

Réalisation du guide social départemental dans 15 départements (Ligue contre le cancer)

Nouvelle édition du guide Cancer info « Démarches sociales et cancer » (mai 2012)

Mesure 27

Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie transitoires ou définitives liées au cancer

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 27	Améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de perte d'autonomie transitoires ou définitives liées au cancer		
action 27-1	Mener sous l'égide de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), plusieurs expérimentations sur l'accompagnement des personnes atteintes de cancer, dans les MDPH qui sont les plus sensibilisées et mobilisées	CNSA	réalisée
action 27-2	Réaliser et diffuser auprès des associations oeuvrant dans le champ du cancer un livret spécifique exposant les réponses offertes par la législation relative au handicap, à la perte d'autonomie des personnes âgées, à l'invalidité et d'autres dispositifs mobilisables permettant de répondre à leurs besoins	CNSA	réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

- Afin de mieux prendre en compte les situations de handicap des personnes atteintes de cancer en raison de la maladie ou des conséquences des traitements, **les coopérations entre équipes de soins et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** ont été expérimentées en 2011 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en partenariat avec l'INCa.

Cette action spécifique, qui s'est inscrite dans le cadre de l'expérimentation des parcours personnalisés pendant et après le cancer, a été conduite dans 8 départements. Des méthodes et outils, issus de l'expérimentation, sont proposés et mis à la disposition des acteurs sur l'ensemble du territoire.

Le rapport final a été publié en février 2012 sur les sites de la CNSA, de l'INCa et du Plan cancer et diffusé aux acteurs concernés dans les champs sanitaire, social et médico-social pour favoriser le déploiement de ces pratiques et des outils.

- Par ailleurs, un volet consacré aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) a été élaboré par la CNSA dans **la nouvelle édition du guide Cancer info « Démarches sociales et cancer »** publié en 2012.

FOCUS 27. Les pratiques de coopération entre équipes de soins et maisons départementales des personnes handicapées

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en partenariat avec l'INCa, a coordonné une action conduite en 2011 par des équipes de soins prenant en charge des patients atteints de cancer et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Il s'agissait, à partir de situations individuelles, de définir les meilleures pratiques de coopération préexistantes à l'expérimentation ou mises au point conjointement par ces équipes et pouvant être transposées à l'ensemble du territoire.

La finalité de ces travaux est de favoriser l'accès aux droits, notamment aux prestations et dispositifs accessibles grâce aux MDPH, par une meilleure prise en compte des conséquences de la maladie et des traitements.

Les sites participants ont associé des équipes de soins et des MDPH dans 8 départements (Calvados, Hautes-Alpes, Ille-et-Vilaine, Maine-et-Loire, Rhône, Meurthe-et-Moselle, Seine-Maritime, Val d'Oise).

Les actions menées par ces binômes se sont articulées autour de quatre axes thématiques :

- l'information des équipes sanitaires sur ce que peut apporter la MDPH ;
- l'organisation des relations entre l'équipe sanitaire et la MDPH pour fluidifier les démarches ;
- les procédures et délais de traitement des demandes par la MDPH et l'identification des situations prioritaires ;
- les conditions d'une évaluation approfondie et globale des situations individuelles.

Des méthodes et des outils, issus des expérimentations, sont proposés et mis à la disposition de l'ensemble des MDPH et équipes sanitaires prenant en charge des patients atteints de cancer, pour faciliter la communication et les échanges entre ces structures et développer la sensibilisation et la formation mutuelle en termes d'évaluation des besoins de la personne touchée et des conséquences du cancer et des traitements.

Rapport «Parcours personnalisés pendant et après le cancer : pratiques de coopération entre structures sanitaires et MDPH », CNSA-INCa, décembre 2011

Mesure 27 - Bilan

Publication du rapport sur les pratiques de coopération entre équipes de soins et MDPH (CNSA-INCa, 2012)

Rubrique consacrée aux MDPH de la nouvelle édition actualisée du guide Cancer info « Démarches sociales et cancer » (INCa, 2012)

Mesure 28

Améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et au crédit

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 28	Améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et au crédit		
action 28-1	Mener les concertations, sous l'égide des membres de la commission de suivi, avec les différentes parties prenantes en vue de renouveler la convention AERAS pour améliorer la couverture assurantielle et l'accès à l'emprunt pour les personnes qui présentent ou ont présenté un risque aggravé de santé	DSS	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

Afin d'améliorer l'accès aux assurances et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, les actions engagées s'inscrivent dans **les engagements pris par la nouvelle convention AERAS** signée le 1^{er} février 2011 par l'État, les associations et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance (Focus 28).

- L'élargissement des conditions d'éligibilité au dispositif d'« écrêtement des surprimes » pour les emprunteurs à revenus modestes est à présent effectif.
- La nouvelle garantie invalidité, disponible depuis septembre 2011, devrait pouvoir concerner 70 % des assurés admis en deuxième catégorie invalidité sécurité sociale, selon les résultats d'une étude DSS-CNAMTS.
- Le site internet AERAS a été actualisé fin 2011 pour une meilleure information du public.

► L'évolution des éléments d'appréciation du risque

À la suite des travaux conduits en 2012 avec des représentants de la banque et de l'assurance, la commission des études et des recherches du dispositif AERAS a émis des propositions de thématiques d'études ou de recherche, en vue de faire évoluer les éléments d'appréciation du risque par pathologie, dont le cancer.

De nouvelles données sur la survie des personnes atteintes de cancer ont été publiées en février 2013, portant sur la période 1989 à 2007, par l'InVS, Francim, les HCL et l'INCa (cf. Mesure 7). Une étude est lancée par l'INCa à partir de 2013, sur appel d'offres, pour la réalisation d'une bibliographie portant sur « les améliorations de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer du sein au cours des 15 dernières années », afin d'identifier ce qui a permis d'améliorer la survie des personnes et par la même favoriser leur assurabilité.

FOCUS 28. La nouvelle convention AERAS

La nouvelle convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a été signée le 1^{er} février 2011 par les ministres chargés de l'économie et d des finances de la cohésion sociale et de la santé, avec les associations de consommateurs ou de personnes présentant un risque de santé aggravé et les fédérations professionnelles des secteurs de la banque et de l'assurance.

Elle concerne l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème grave de santé, notamment un cancer. On estime que, chaque année, près de 400 000 personnes bénéficient des dispositions de cette convention.

Une première version de la convention AERAS, signée en juillet 2006, avait succédé à la convention Belorgey. Cette nouvelle convention vise à repousser au maximum les limites de l'assurabilité pour élargir le plus possible l'accès des personnes présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé, à l'assurance emprunteur et aux crédits, au moyen de :

- la mise en place d'une nouvelle garantie invalidité, sans exclusion de pathologie ;
- la simplification des démarches à l'emprunt via notamment l'harmonisation des questionnaires de santé ;
- le renforcement et l'élargissement des conditions d'éligibilité au dispositif d'« écrêtement des surprimes », pour les emprunteurs à revenus modestes ;
- l'évolution des conditions d'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, tenant compte des progrès de la médecine.

Mesure 28 - Bilan

Publication du rapport « Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 » (InVS-Francim-HCL-INCa, février 2013)

Lancement d'une étude bibliographique portant sur les améliorations de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer du sein (INCa, 2013)

Mesure 29

Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 29	Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer		
action 29-1	Etablir un état des lieux des dispositifs et des obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes pendant et après un cancer (<i>reformulée par le comité de pilotage du 20/06/2011</i>)	DGEFP	partiellement réalisée
action 29-2	Délivrer une information adaptée aux malades, aux professionnels concernés et aux employeurs, afin de renforcer l'accès aux droits et aux dispositifs existants favorisant le retour ou le maintien dans l'emploi et la reprise du travail (<i>reformulée par le comité de pilotage du 20/06/2011</i>)	DGEFP DGT INCa	partiellement réalisée
action 29-3	Mieux préparer le maintien ou le retour à l'emploi et la reprise du travail des personnes atteintes de cancer et accompagner les parcours de réinsertion professionnelle dans les entreprises (<i>reformulée par le comité de pilotage du 20/06/2011</i>)	DGEFP DGCS INCa	partiellement réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

- ▶ **Le développement des connaissances sur l'impact du cancer dans la vie professionnelle**
 - Le rapport « Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer » (INCa-Fondation ARC pour la recherche sur le cancer) a été publié fin 2012 (Focus 29) ; il présente la synthèse des recherches menées sur la période 2007-2010 et financées sur appels à projets par la Fondation ARC et l'INCa.
 - Afin d'approfondir les connaissances sur les conditions de l'amélioration du maintien dans l'emploi et de la réintégration professionnelle des personnes atteintes de cancer, un nouvel appel à projets de recherche a été lancé conjointement par l'INCa et la Fondation ARC, qui a conduit à la sélection de 3 projets en 2012 (les projets seront financés sur une durée de 24 à 36 mois).
- ▶ **L'état des lieux des dispositifs mobilisables pour le retour et le maintien dans l'emploi**
 - Un état des lieux des dispositifs mobilisables pour le retour et le maintien dans l'emploi est en cours d'élaboration, sous le pilotage du ministère chargé de l'emploi (DGEFP) avec l'ensemble des acteurs institutionnels impliqués et les associations de patients et d'usagers (Ligue, CISS).
 - Il permettra d'enrichir les outils et supports d'information mis à la disposition des patients, les professionnels et les employeurs (Cancer Info, Santé Info droits, site www.travailler-mieux.gouv.fr, etc).

FOCUS 29. Le rapport « Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer »

Un premier appel à projets a été lancé conjointement par l'INCa et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer en 2006 visant à explorer les conséquences de la maladie et de ses traitements sur les situations d'emploi et de travail des personnes atteintes. Un rapport de synthèse des principaux résultats de six projets sélectionnés et financés dans ce cadre a été publié en novembre 2012.

Les résultats de ces recherches menées participent à l'avancement des actions déclinant la mesure 29 du Plan cancer 2009-2013 en faveur de l'emploi des personnes atteintes de cancer, notamment en permettant de mieux identifier ces obstacles et les difficultés rencontrées par les patients qui souhaitent reprendre leur vie professionnelle après les traitements. Les recherches menées ont permis, à travers des approches quantitatives et/ou qualitatives, de mesurer et de mieux comprendre l'impact de la survenue du cancer sur la vie professionnelle des patients actifs au moment du diagnostic.

- Les enquêtes longitudinales réalisées montrent comment les multiples difficultés auxquelles sont alors confrontés les patients, au cours des traitements comme après, difficultés liées aux séquelles physiques et psychologiques de la maladie, fragilisent les conditions de la poursuite ou de la reprise de leur activité professionnelle.
- Les approches qualitatives adoptées par d'autres recherches, croisant les regards des acteurs (médecins du travail, ergonomes, sociologues) sur plus d'une centaine d'entretiens réalisés au total, s'intéressent à la diversité des stratégies et des arrangements que les personnes qui travaillent avec un cancer parviennent à mettre en œuvre pour tenir ensemble travail et santé.

Rapport « Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer », INCa-Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2012

► **L'évolution des représentations sur la maladie et les personnes touchées**

La campagne de communication sur l'image sociale des cancers, déployée en mai 2011 par le ministère chargé de la santé et l'INCa, visait à favoriser un changement de regard sur le cancer et à créer les conditions d'une meilleure insertion sociale des personnes touchées par un cancer. Autour de l'accroche « La recherche sur les cancers avance, changeons de regard », elle s'inscrit dans le cadre du programme sur l'image sociale des cancers engagé en 2007 avec la campagne « Nous sommes 2 millions de héros ordinaires ». Le dispositif de communication comprenait une campagne d'affichage, une campagne télévisée et une invitation à témoigner *via* Facebook.

RÉSULTATS. La campagne de communication sur l'image sociale des cancers

- Selon l'enquête réalisée par l'Institut BVA, la campagne a su interpeller le grand public qui l'a mémorisée et appréciée, tant sur le fond que sur la forme. Son message autour du changement de regard a été bien compris et elle se voit reconnaître une réelle incitation à réfléchir sur la perception sociale des personnes atteintes de cancer, mais également à changer son propre regard. Elle a bénéficié d'une bonne couverture médiatique lors de son lancement, avec notamment une forte mobilisation des blogs, forums et réseaux sociaux, qui ont largement réagi à la campagne et démontrent ainsi l'intérêt du public pour ce sujet de société. Outil de mobilisation et d'échanges, la page Facebook de l'INCa a bien joué son rôle et a offert un véritable espace d'expression aux personnes souhaitant témoigner de leur expérience à l'occasion de la campagne.

Enfin, la campagne a suscité des réactions contrastées de la part des personnes atteintes d'un cancer : certaines très positives, saluant l'initiative de mettre ainsi en lumière ce sujet et se reconnaissant dans les situations et les messages ; d'autres plus négatives, en particulier sur l'emploi de la notion de guérison et sur la représentation de la reprise du travail dans l'un des deux spots télévisés.

Source : INCa

Mesure 29 - Bilan

Publication du rapport « Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer » (INCa-Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2012)

3 nouveaux projets de recherche sélectionnés sur les conditions de l'amélioration du maintien dans l'emploi et de la réintégration professionnelle des personnes atteintes de cancer (INCa-Fondation ARC pour la recherche sur le cancer)

Campagne de communication sur l'image sociale des cancers, déployée en mai 2011 par le ministère chargé de la santé et l'INCa

Mesure 30

Créer un observatoire sociétal des cancers

Les actions prévues par le Plan

mesure action	libellé	pilote copilote	état de réalisation en juin 2013
Mesure 30	Créer un observatoire sociétal des cancers		
action 30-1	Créer sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer, un Observatoire sociétal des cancers s'appuyant sur tous les relais départementaux de la Ligue.	Ligue	réalisée

Les réalisations et les premiers résultats

► La création de l'Observatoire et les premiers rapports

L'Observatoire sociétal des cancers a été créé sous l'égide de la Ligue contre le cancer (cf. Focus 30). Les deux premiers rapports, publiés en mars 2012 puis en mars 2013, mettent en lumière la réalité du vécu des personnes malades, au regard notamment de leurs ressources et des charges, de la vie quotidienne à domicile et des difficultés liées aux séquelles physiques et psychologiques, ainsi que de la vie professionnelle et des conditions de la reprise du travail.

RÉSULTATS. Le rapport 2012 de l'Observatoire sociétal du cancer

- Le deuxième rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, publié par la Ligue contre le cancer met l'accent sur :

Les difficultés financières liées à la maladie

Il apparaît, que le cancer a des conséquences financières, parfois très importantes, que les personnes aient déjà connu ou non une situation difficile auparavant, et que les difficultés financières des personnes atteintes de cancer se sont aggravées. Les données du dispositif d'observation pour l'action sociale de la Ligue montrent que près d'une personne sur deux doit modifier son mode de vie pour des raisons économiques liées à la maladie. Parmi elles, trois sur quatre réduisent toutes leurs dépenses quotidiennes, y compris les dépenses alimentaires et énergétiques.

Le rôle des proches et les relations entre le malade et ses proches

Une étude IFOP «Les Français et les proches de personnes atteintes de maladie grave» montre que pour plus de 27 % des personnes interrogées, l'angoisse de la mort de la personne gravement malade constitue spontanément la difficulté première avec laquelle le proche doit vivre. Ce ressenti est encore davantage partagé par les personnes ayant déjà été proches d'une personne en souffrance (32 %). Seules 40 % des personnes interrogées s'estiment suffisamment informées sur les dispositifs permettant d'aider les proches d'une personne gravement malade. L'étude fait apparaître, de la part des proches, des besoins d'accompagnement, qu'il s'agisse de formations liées aux gestes du quotidien, à l'écoute psychologique, voire de soins médicaux.

La perception des facteurs de risque de cancer

Si les Français s'estiment bien informés sur les causes du cancer, leur perception de l'importance des différents facteurs dans la survenue de la maladie est souvent éloignée des connaissances scientifiques et ne reflète pas leur impact réel.

Source : Ligue contre le cancer

► La mise à disposition de la base de connaissances

La base de connaissances regroupe les publications, les articles et ouvrages qui sont le socle des questions sociétales autour du cancer. Cette ressource publique est mise à disposition de tous et mise en ligne sur le site Internet de la Ligue contre le cancer.

Les travaux de l'Observatoire vont se poursuivre, notamment pour évaluer le reste à charge des malades du cancer et les répercussions de ce reste à charge sur la vie quotidienne. L'action doit perdurer, au-delà du Plan cancer 2009-2013, pour continuer à étudier, mesurer et proposer des actions correctives aux conséquences sociales et sociétales du cancer.

FOCUS 30. L'Observatoire sociétal des cancers

L'Observatoire sociétal des cancers, sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer, est un moyen de faire le focus sur le vécu et le ressenti de la maladie par tous les acteurs de la société civile dont, au premier rang, les malades. Sa création permet :

- **d'observer**, notamment grâce à l'expérience des comités départementaux, ce qui se passe «dans la vraie vie» à cause du cancer, malgré le cancer ;
- **d'apporter un éclairage novateur**, reflet du vécu des malades, de leurs proches et de nombreux acteurs de la société qui vivent, chacun à leur manière, la maladie ou sa représentation ;
- **de contribuer au changement du regard de la société** sur cette maladie et ceux qui en sont victimes pour la transformer.

L'Observatoire s'appuie sur le maillage territorial de la Ligue contre le cancer composé de 103 comités départementaux. Il est nourri par des enquêtes qualitatives et des études statistiques auprès des malades, des proches de malades, du grand public, de médecins généralistes, de chefs d'entreprises, etc.

Source : Ligue contre le cancer

Mesure 30 - Bilan

Création de l'Observatoire sociétal du cancer et publication des deux premiers rapports (Ligue nationale contre le cancer, mars 2012 et mars 2013)



Partie II

Mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 dans les régions

Les agences régionales de santé (ARS), installées depuis 2010 pour assurer le pilotage du système de santé à l'échelon régional, jouent un rôle majeur dans la mise en œuvre du Plan cancer dans les régions.

Les projets régionaux de santé, adoptés par les ARS en 2011-2012, font de la lutte contre le cancer une priorité de leur stratégie de santé pour les années à venir, dans une approche privilégiant la continuité des parcours entre la prévention, le dépistage, la prise en charge et l'accompagnement médico-social. Les objectifs que se fixent les ARS face au cancer sont définis par les schémas régionaux de prévention et par le volet cancer des schémas régionaux de l'offre de soins. Les schémas régionaux de l'offre médico-sociale contribuent également à une meilleure prise en compte des répercussions des maladies et de leurs traitements dans la vie des personnes touchées.

Les ARS ont décliné, à travers leurs actions, les principaux objectifs du Plan cancer 2009-2013 dans les domaines de la prévention et du dépistage, de l'offre de soins et de la qualité de vie des personnes atteintes. Au travers de ces axes d'action, elles se sont attachées à poursuivre les objectifs transversaux du Plan, réduire les inégalités de santé face au cancer, favoriser l'implication des médecins traitants et développer des parcours personnalisés.

Par ailleurs, **les cancérpôles régionaux ou interrégionaux**, qui assurent une mission d'animation de la recherche sur le cancer, ont contribué à la mise en œuvre Plan cancer dans les régions pour ce concerne la recherche et l'innovation.

Les deux Plans cancer successifs⁶⁶ se sont traduits par **une structuration régionale des organisations et des ressources** de recherche sur le cancer ainsi que des prises en charge en cancérologie.

⁶⁶ Plan cancer 2003-2007 et Plan cancer 2009-2013

Méthodologie

Le bilan de la mise en œuvre du Plan cancer dans les régions a été établi à partir de plusieurs sources d'information, qui ont fait l'objet d'une analyse croisée :

- les schémas régionaux de prévention et les schémas régionaux d'organisation des soins adoptés par les ARS au sein des projets régionaux de santé, analysés respectivement par la DGOS et par la DGS ;
- les rapports « La déclinaison du Plan cancer 2009-2013 en régions », juin 2013 (DGS) et « Enquête sur la mise en œuvre régionale du Plan cancer : analyse du volet offre de soins », juin 2013 (DGOS). Ces documents analysent les contributions des ARS au bilan national du Plan cancer 2009-2013, transmises suite à l'instruction conjointe de la DGS et de l'INCa du 4 avril 2013⁶⁷ (17 contributions régionales reçues ont été analysées) ;
- les comptes rendus des réunions de dialogue de gestion entre le ministère chargé de la santé (DGS) et les directeurs généraux des ARS, qui se sont tenues entre novembre 2012 et février 2013, pour ce qui concerne le dépistage organisé des cancers.

Le chapitre consacré à la recherche et l'innovation s'appuie également sur le bilan de l'action des cancéropôles après dix ans, établi par l'INCa en 2013 à partir des évaluations réalisées et des contributions des 7 cancéropôles régionaux et interrégionaux.

Le rapport présente une synthèse issue de ces différentes sources d'information, illustrée par des cartes ainsi que par des actions signalées par les ARS, sous forme de « focus ».

⁶⁷ Instruction DGS/MC3/INCa/2013 du 4 avril 2013 relative à la contribution des ARS au bilan du Plan cancer 2009-2013 et à la préparation du troisième Plan cancer.

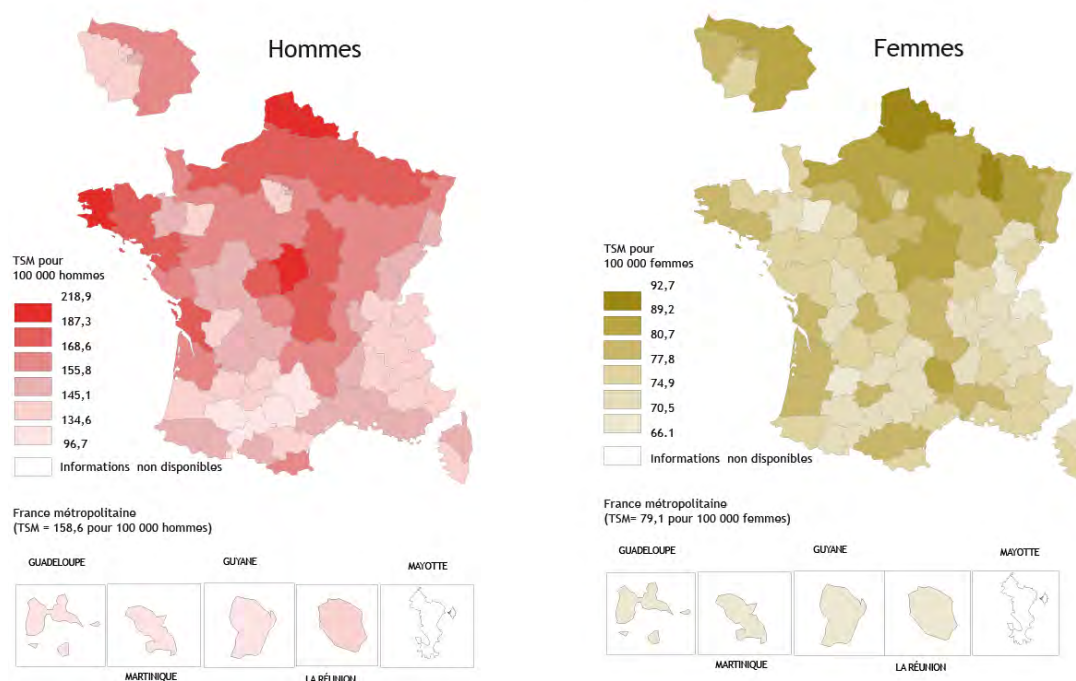
Des disparités géographiques dans la mortalité par cancer en France

La mortalité par cancer en France, comme l'incidence des cancers, présente d'importantes disparités géographiques.

Chez l'homme, les taux de mortalité les plus élevées sont observées dans le Nord, le Nord-Est, le Nord-Ouest, la Bretagne, mais aussi dans le centre de la France. Les régions du Sud de la France et l'Île-de-France sont moins touchées.

Chez la femme, les régions présentant les taux de mortalité les plus importants sont situées au Nord et à l'Est de la France, en Île-de-France et en Bourgogne.

Taux standardisés à la population mondiale (TSM) de mortalité par cancer à l'échelle départementale en France (2004-2008)



Source : IIVS, CépiDc Inserm
Infographie: INCa 2011

Rapport « La situation du cancer en France en 2012 », INCa, janvier 2013

1. Mise en œuvre du Plan cancer dans les régions

RECHERCHE ET INNOVATION

La structuration des ressources de recherche

La mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013, dans la continuité du précédent Plan⁶⁸, s'est traduite par une politique de structuration visant à améliorer l'efficacité et la qualité de la recherche sur le cancer⁶⁹, à travers la création et le déploiement :

- **de structures dédiées à l'organisation et au management des programmes de recherche** : les sites intégrés de recherche sur le cancer (SIRIC) ainsi que les centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP²) ;
- **de structures chargées de la coordination et de la fédération des équipes de recherche au niveau régional ou interrégional** : les cancéropôles, les réseaux pour les cancers rares et les intergroupes coopérateurs en recherche clinique ;
- **de structures destinées à fournir des outils et des moyens spécifiques pour la recherche sur le cancer** : les cohortes, les tumorothèques, les plateformes de génétique moléculaire, les bases de données clinicobiologiques et les centres de traitement des données (CTD).

Le suivi et la coordination de ces structures est assuré par l'INCa, au moyen de rapports d'activité annuels et de réunions d'échanges périodiques.

A l'issue de la phase d'installation et de montée de charge de chacune d'entre elles, l'enjeu est à présent de parvenir à mettre en cohérence l'ensemble de ces structures autour de leurs missions spécifiques et d'objectifs communs et partagés.

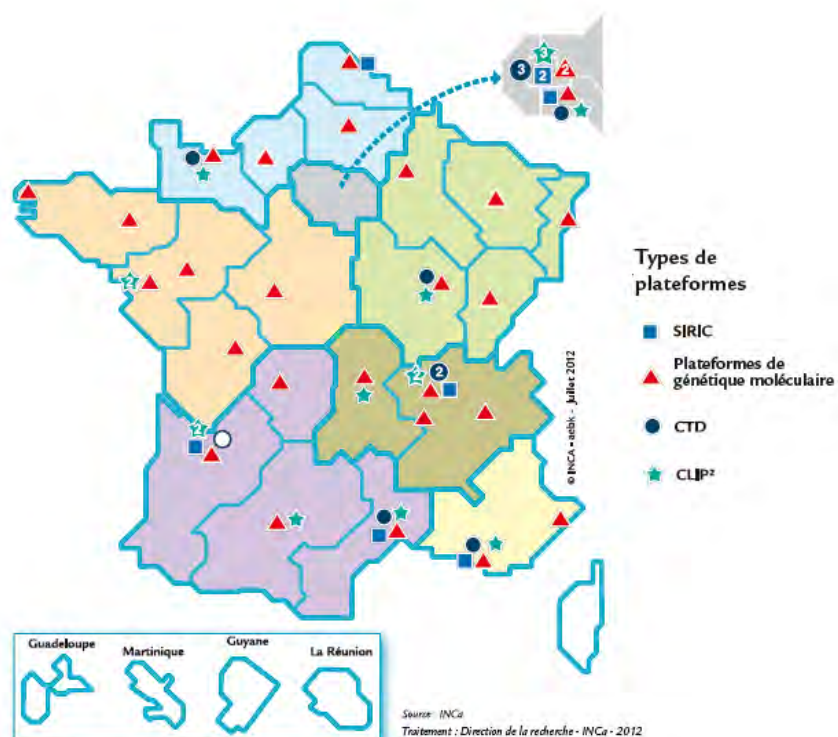
⁶⁸ Plan cancer 2003-2007

⁶⁹ Cf. partie I du rapport (axe Recherche)

Les 7 cancérôpôles régionaux et interrégionaux



Répartition géographique des structures de recherche



Bilan de l'action des cancéropôles régionaux et interrégionaux

Les cancéropôles, créés en 2003, ont été labellisés en 2011 pour une nouvelle période de quatre ans, à l'issue de l'évaluation de leur activité par l'AERES⁷⁰. Ils sont soutenus par l'INCa afin de mener des plans d'actions pluriannuels (2011-2014) pour mener à bien leurs missions :

- contribuer à la structuration et à l'animation des relations entre les différents partenaires institutionnels de la recherche au niveau régional et interrégional ;
- coordonner la structuration transversale des acteurs et des outils de recherche ;
- fédérer les équipes de recherche autour d'axes scientifiques identifiés en favorisant particulièrement les ouvertures disciplinaires.

Le bilan de l'action des 7 cancéropôles régionaux et interrégionaux⁷¹ après dix ans d'existence, établi à partir des évaluations réalisées et des contributions de chacun d'entre eux, permet d'identifier plusieurs avancées majeures.

Une assise géographique et institutionnelle reconnue dans les régions et inter-régions. Cette assise a permis de générer un fort investissement des collectivités territoriales, industriels, FEDER, qui contribuent à soutenir la recherche en oncologie au travers des cancéropôles (10,3 millions d'euros en 2012 *versus* 9,1 millions d'euros alloués par l'INCa).

Une capacité de soutien à la structuration et à la mutualisation technologique. Les cancéropôles ont en particulier mis en place une coordination opérationnelle des ressources biologiques autour de la création des tumorothèques virtuelles régionales, visant à rationaliser la constitution de collections et à harmoniser les pratiques d'utilisation des ressources biologiques en recherche. Ils ont aussi contribué à l'optimisation et à l'émergence de plateformes technologiques (cofinancements d'équipements et de personnels, appuis technologiques, formations, etc.).

FOCUS. Programme d'interopérabilité des tumorothèques

Les « tumorothèques », banques de matériels biologiques d'origine humaine collectés chez des patients atteints de cancers, sont des infrastructures hospitalières qui servent des objectifs de recherche par le travail de qualification ou de requalification qu'elles conduisent sur les échantillons qui leur sont confiés. Plusieurs cancéropôles ont construit et adopté un outil informatique permettant d'afficher les échantillons biologiques de leurs aires régionales disponibles pour les projets de recherche. Ces catalogues virtuels s'appuient sur le travail collectif réalisé par la DGOS et l'INCa pour disposer d'un thésaurus d'informations partagées. Les cancéropôles ont ainsi apporté la première démonstration en France de l'interopérabilité des tumorothèques.

Source : INCa

Une animation scientifique au niveau territorial. Les cancéropôles fédèrent les acteurs de la recherche au travers d'axes scientifiques spécifiques (valorisation des produits de la mer pour le cancéropôle Grand-Ouest, nanotechnologies pour le cancéropôle CLARA), par une mobilisation particulière dans les sciences humaines et sociales, ou encore par la mise en place d'interfaces entre la recherche académique et les industriels.

⁷⁰ Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur

⁷¹ Voir la carte des cancéropôles

FOCUS. Création d'une plateforme « qualité de vie » (cancéropôle Grand Sud Est)

La plateforme « qualité de vie et cancer » a été créée en 2008 dans le but de favoriser et d'optimiser l'utilisation de la qualité de vie (QdV) comme critère de jugement en cancérologie. Elle offre à la communauté scientifique française une expertise méthodologique pour l'évaluation de la QdV dans les essais cliniques et les études épidémiologiques. L'objectif principal est d'améliorer les connaissances méthodologiques de la mesure et de l'analyse de la QdV en développant une recherche méthodologique de transfert. Née de la volonté des épidémiologistes du cancéropôle du Grand-Est de répondre aux besoins dans ce domaine, cette initiative a acquis une envergure nationale avec l'association d'une équipe de PACA.

Source : INCa

Une capacité de mobilisation des équipes et un potentiel de réactivité important sur des sujets émergents et innovants. Les cancéropôles ont ainsi développé des expériences d'émergence de projets de recherche et d'accompagnement des chercheurs par la mise en place d'appels à projets compétitifs (sur les 291 projets financés de 2008 à 2012 pour 13,3 millions d'euros hors Île-de-France, 178 ont trouvé un financement aux appels à projets nationaux par la suite pour 51 millions d'euros).

Un rôle de communication et de relais d'information. Les cancéropôles assurent une grande visibilité des actions régionales et nationales (site internet, newsletters, manifestations grand public).

2. Mise en œuvre du Plan cancer dans les régions

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

La prise en compte du cancer dans les schémas régionaux de prévention

Les projets régionaux de santé, adoptés par les agences régionales de santé en 2011-2012, font de la lutte contre le cancer une priorité de leur stratégie de santé pour les années à venir. La plupart des ARS ont inscrit la lutte contre le cancer comme priorité d'action de leur schéma régional de prévention.

Des actions spécifiques au cancer sont ainsi programmées dans les régions. Elles sont notamment destinées à promouvoir le **dépistage organisé des cancers**, pour améliorer la participation et réduire les disparités d'accès et de recours. La prévention est également abordée par le biais de la **politique vaccinale**, en particulier afin de faire progresser la vaccination contre le *papillomavirus* humain (HPV).

Les schémas régionaux inscrivent également la prévention du cancer dans une approche plus globale visant à **lutter contre les facteurs de risque** qui sont communs aux maladies chroniques et non uniquement aux cancers, à travers :

- la lutte contre les addictions, notamment le tabac et l'alcool ;
- la santé environnementale, en particulier les risques liés à l'exposition aux UV naturels ou artificiels qui sont à l'origine de cancers de la peau ;
- la santé au travail et la prévention des expositions aux produits cancérogènes ;
- la nutrition et la promotion de l'activité physique.

En outre, certaines orientations définies par les schémas régionaux bénéficient aux personnes atteintes de cancer comme de maladies chroniques. Il s'agit notamment de la promotion de **l'éducation thérapeutique du patient**.

Enfin, les ARS se donnent pour objectif de **réduire les inégalités d'accès et de recours à la prévention et aux soins**, à travers des actions non spécifiques au cancer mais pouvant agir sur la prévention de ses facteurs de risque, telles que les programmes d'éducation à la santé.

FOCUS. Un programme régional cancer conjoint entre l'ARS et le Conseil régional

Un programme régional dédié au cancer, au sein du Projet régional de santé (PRS), a été élaboré conjointement entre l'ARS et le Conseil régional du Nord-Pas de Calais. Construit autour des axes du Plan cancer 2009-2013 (recherche, observation, prévention et dépistage, soins et vie pendant et après le cancer), ce programme a pour objectif général de réduire les inégalités sociales et territoriales face à la maladie, à travers la définition et la mise en place d'une politique partagée, la mutualisation des financements et une approche territorialisée de l'organisation des prises en charge.

Source : ARS Nord-Pas-de-Calais

Les actions de prévention des cancers dans les régions

Un aperçu des actions conduites dans les régions en matière de prévention des cancers est présenté, à partir des contributions au bilan du Plan cancer 2009-2013 communiquées par les ARS.

Ces actions, souvent non spécifiques au cancer, s'inscrivent aussi dans le cadre d'autres plans ou programmes nationaux de santé : Plan national nutrition santé (PNNS) ; Plan national santé-environnement (PNSE) ; lutte contre les addictions ; politique éducative de santé. Elles s'appuient sur les acteurs de proximité, notamment les établissements scolaires ainsi que les mouvements sportifs, pour intervenir sur les principaux facteurs de risque de cancers :

Le tabac. Les actions menées dans les régions visent particulièrement la prévention du tabac en direction des enfants et adolescents, compte tenu de la progression de la consommation de tabac chez les jeunes. Elles portent sur la formation des équipes pédagogiques, pour la mise en œuvre d'un continuum d'actions de promotion de la santé auprès des élèves des collèges, des lycées et des universités (Centre), et sur la coordination des acteurs intervenant en milieu scolaire dans la lutte contre le tabagisme en partenariat avec le rectorat et les inspections académiques (Auvergne). Des actions de prévention ou d'accompagnement au servage tabagique sont aussi ciblées vers les femmes enceintes dans le cadre de la lutte contre les addictions (Bourgogne).

La nutrition et l'activité physique. Les actions régionales de nutrition santé et de promotion de l'activité physique sont menées par les ARS avec les collectivités locales, dans le cadre des contrats locaux de santé (Centre, Languedoc-Roussillon, Bourgogne).

L'environnement et les expositions professionnelles. La prévention des risques solaires est un des axes d'éducation à la santé développés avec les écoles primaires, à travers des interventions spécifiques et la formation des professeurs des écoles (Centre, La Réunion). Dans certaines régions, la sensibilisation au risque « radon » et l'amélioration de l'air intérieur sont visées par des actions d'information et de communication (Pays de Loire, Bretagne). La surveillance et le suivi des travailleurs exposés aux CMR est menée avec les DIRECTE et les services de santé au travail et la mise en place de consultations régionales de cancers professionnels a été initiée dans certaines régions (Centre).

Les cancers d'origine infectieuse. Plusieurs régions sont impliquées dans les programmes de prévention et de dépistage des cancers de l'utérus (cf. infra). Certaines régions ont soutenu des actions d'information auprès des professionnels de santé pour inciter à la vaccination contre l'hépatite B (Centre).

Les actions régionales pour le dépistage organisé des cancers

Les ARS assurent le pilotage régional des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. Les financements de l'État consacrés aux dépistages organisés des cancers (37 millions d'euros en 2012) sont alloués par les ARS aux 89 structures départementales en charge des dépistages organisés.

La synthèse des actions menées dans les régions en faveur du dépistage organisé des cancers est issue des échanges entre le ministère chargé de la santé (DGS) et chacune des ARS lors des réunions de dialogue de gestion 2012-2013. La participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal dans les régions figure en effet parmi les indicateurs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des ARS. Elle s'appuie également sur les contributions au bilan du Plan cancer 2009-2013 communiquées par les ARS.

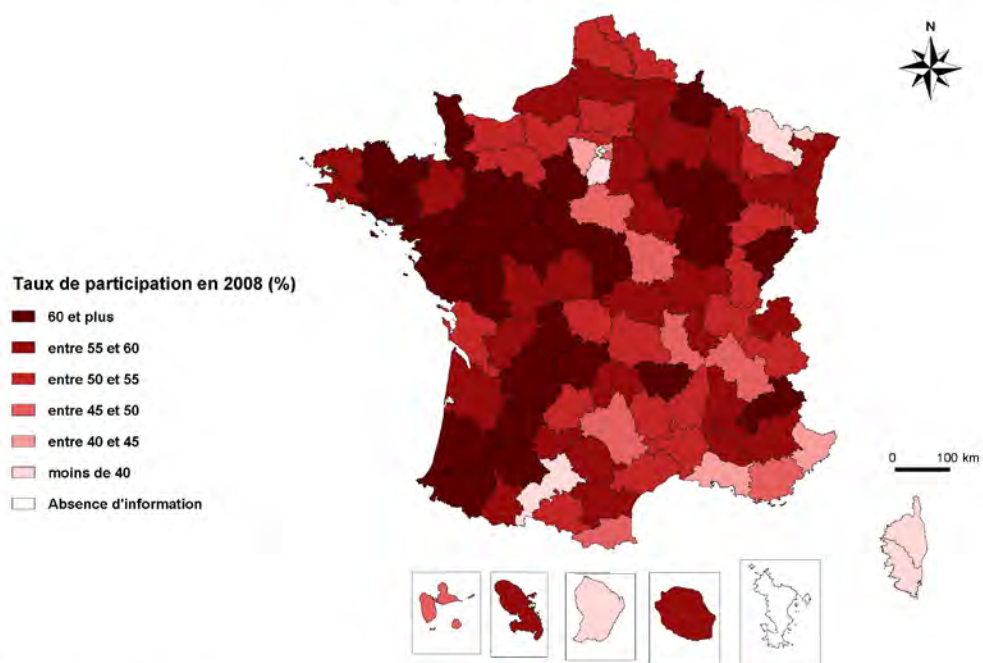
Une stagnation de la participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal liée à plusieurs facteurs

■ Le dépistage organisé du cancer du sein

Le taux de participation national au programme de dépistage organisé du cancer du sein est de 52,7 % en 2012, soit près de 2 500 000 femmes dépistées au cours de l'année, *versus* 52,3 % en 2009, 52,0 % en 2010 et 52,7 % en 2011. Le Plan cancer fixait pour cible un taux de participation de 65 % à l'échéance 2013 (cf. partie I du rapport, mesure 15).

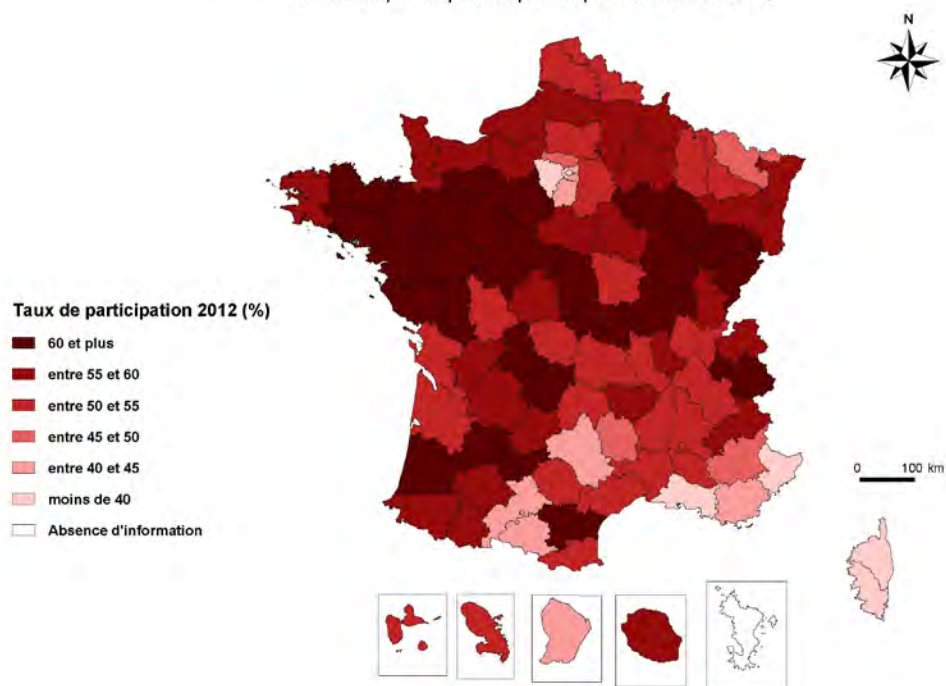
Cette apparente stagnation du taux de participation masque néanmoins des évolutions différenciées selon les régions entre 2009 et 2012. Par ailleurs, les taux de participation sont inégaux entre les régions. Certaines régions présentent en 2012 des taux de participation supérieurs à 60 % (Bourgogne, Bretagne, Centre, Limousin, Pays de la Loire) et d'autres des taux inférieurs à 41 % (Corse, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Programme national de dépistage organisé du cancer du sein
Taux de participation par département en 2008



Source InVS 2012 - Infographie Inca 2013

Programme national de dépistage organisé du cancer du sein
Taux de participation par département en 2012



Source InVS 2012 - Infographie Inca 2013

Plusieurs facteurs sont mis en exergue par les ARS pour expliquer la stagnation de la participation au dépistage organisé du cancer du sein dans leur région.

Le recours au dépistage individuel. Dans certaines régions, le dépistage individuel (DI) représente une part importante du recours par rapport au dépistage organisé (DO) du cancer du sein, notamment dans les grandes agglomérations (Île-de-France, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA). Des études d'observation spécifiques sont néanmoins nécessaires pour mesurer le recours au dépistage individuel, en lien avec les organismes d'Assurance maladie (PACA), la classification commune des actes médicaux (CCAM) ne permettant pas de distinguer les mammographies de DI de celles de diagnostic ou de suivi du cancer.

La prise en charge partielle des actes complémentaires par l'Assurance maladie. Si les mammographies effectuées dans le cadre du dépistage organisé sont prises en charge à 100 % et en tiers payant par l'Assurance maladie, en revanche les actes complémentaires (notamment les échographies) ne le sont pas, ce qui constitue un frein pour les femmes ne disposant de mutuelle complémentaire, notamment les personnes en situation de précarité.

Le risque de « surdiagnostic » ou « surtraitement ». Les freins éventuels du recours au dépistage du cancer du sein liés aux risques de surdiagnostic sont évoqués, mais seulement par un petit nombre d'ARS.

▪ Le dépistage organisé du cancer colorectal

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal est généralisé depuis 2010 à l'ensemble des départements. Le taux de participation national, mesuré sur une période de deux ans, a baissé entre la période 2009-2010 (34 %) et 2011-2012 (31,7 %) ⁷². Ces taux sont inférieurs à l'objectif européen minimal acceptable de 45 % de participation. Le Plan cancer fixait pour cible un taux de participation de 60 % à l'échéance 2013 (cf. Partie I du rapport, Mesure 15).

La diminution du taux de participation est constatée dans toutes les régions, hormis l'Alsace et Midi-Pyrénées qui ont augmenté de 1 % et de 3 % respectivement. La participation au dépistage organisé est inégale selon les régions et les départements. Le taux le plus élevé est enregistré pour l'Alsace (44,1 %) et le plus faible pour la Corse (7,1 %).

Les facteurs explicatifs de la stagnation ou du recul de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, mis en avant par les ARS, sont les suivants.

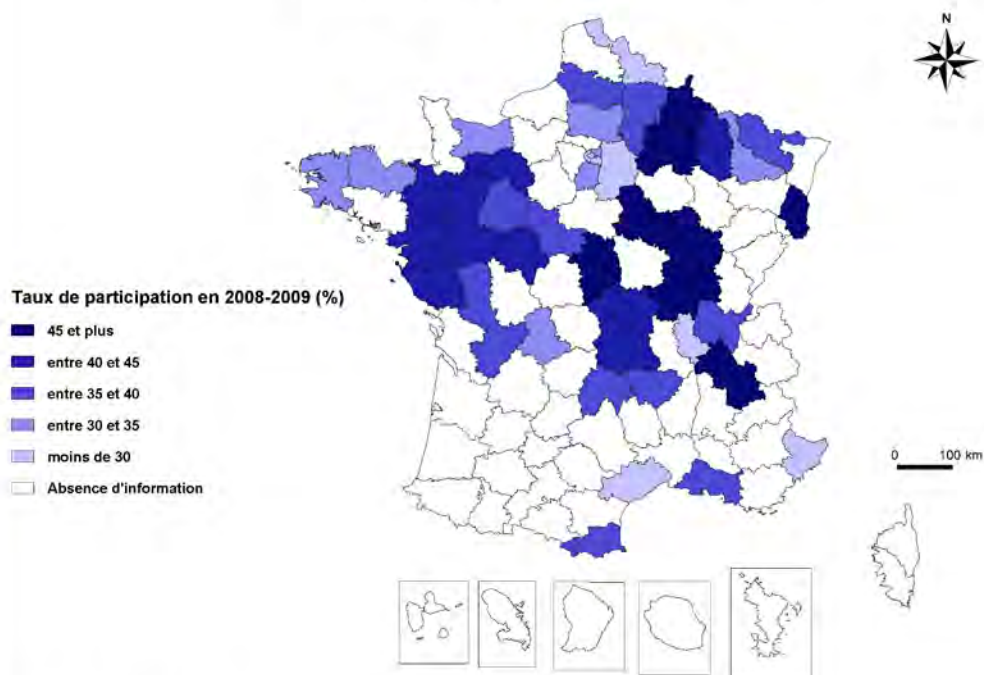
Une mobilisation plus faible des médecins généralistes dans l'attente d'un nouveau test immunologique, en raison de la sensibilité plus élevée de ces tests par rapport au test au gâïac pour la détection des cancers et surtout des adénomes avancés. Plusieurs ARS signalent que des actions de sensibilisation et de communication programmées ont dû être suspendues dans ce contexte.

Le problème culturel associé au test Hemoccult®. Le changement de test devrait avoir un impact favorable sur la participation au dépistage grâce à une meilleure acceptabilité par la population de ce test dont la technique de prélèvement limite le contact avec la selle par rapport au test au gâïac.

Une forte pratique de la coloscopie en cabinet. Des ARS signalent une forte pratique de dépistage par la coloscopie en cabinet ; pour limiter cette pratique, des conventions sont établies avec l'URPS pour la distribution de tests (Corse).

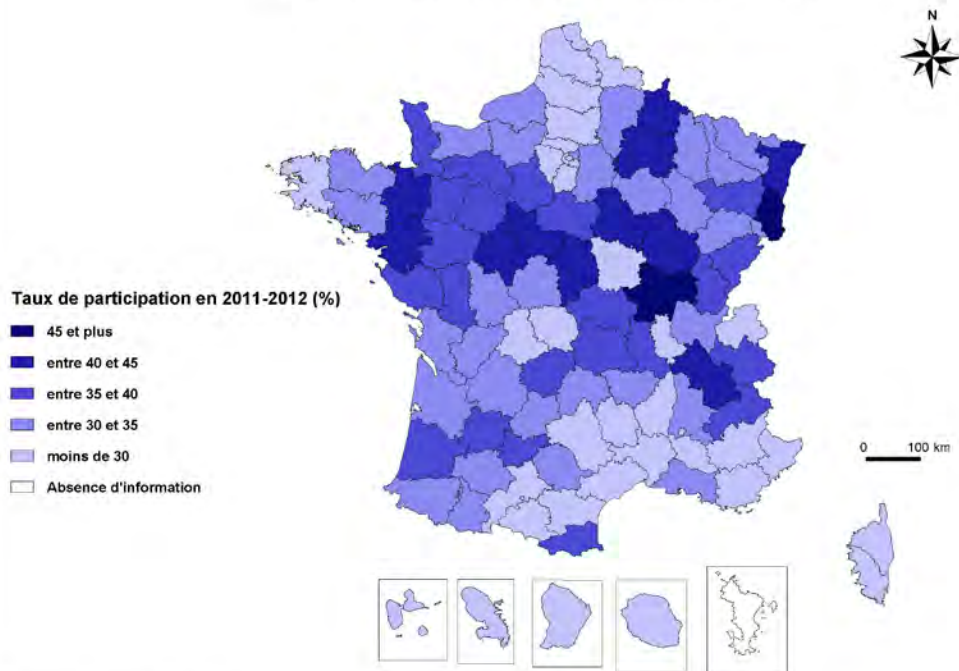
⁷² Il convient de noter que la population cible était de 16 906 635 en 2009-2010 et de 17 865 531 en 2011-2012, ce qui renforcerait la baisse du taux de participation.

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal
Taux de participation par département en 2008-2009



Source InVS 2011 - Infographie Inca 2013

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal
Taux de participation par département en 2011-2012



Source InVS 2011 - Infographie Inca 2013

Les actions conduites dans les régions en faveur du dépistage organisé des cancers

- **La sensibilisation des acteurs pour faire progresser la participation et réduire les écarts**

La cartographie des zones de sous-dépistage. De nombreuses ARS mènent des travaux afin d'identifier les territoires dans lesquels la participation est faible. Ces travaux sont conduits avec les organismes d'Assurance maladie et les structures de gestion (Île-de-France, Bretagne, Aquitaine, Nord-Pas-de-Calais). Pour certaines régions, les données de participation aux programmes de dépistage organisé sont publiées (Picardie, Lorraine).

L'objectif poursuivi à travers la cartographie de la participation aux programmes de dépistage est de pouvoir cibler des actions vers les populations les plus éloignées du dépistage. Ces actions **visant à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé** peuvent s'inscrire dans les contrats locaux de santé, en impliquant aussi des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des maisons de santé pluridisciplinaires (Pays de Loire, Picardie, Haute-Normandie).

FOCUS. Action « Flandre Rose » à Paris 19^{ème}

L'action consistait en une mobilisation d'un quartier défavorisé du 19^{ème} arrondissement de Paris afin de faire progresser la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein. L'ensemble des acteurs a été mobilisé : les professionnels, les élus, les associations et la population du quartier. L'action a nécessité un temps important de coordination, avec une difficulté de maintenir la mobilisation des acteurs sur la durée. Une augmentation significative de la participation au programme de dépistage organisé dans le quartier a été constatée (de 31,9 % en 2008 à 57,3 % en 2010), plus élevée que le taux de participation moyen de Paris.

Source : ARS Île-de-France

L'appui sur des personnes relais. Des expérimentations sont conduites dans plusieurs régions pour s'appuyer sur des « femmes relais » dans les quartiers ou en territoires ruraux afin de sensibiliser les femmes quant à l'intérêt du dépistage du cancer du sein (Alsace, Rhône-Alpes). Des formations sont proposées par l'IREPS en partenariat avec les structures de gestion et la MSA (Limousin). La démarche de sensibilisation s'appuie aussi sur des médiateurs santé dans des quartiers en difficulté (Nord-Pas-de-Calais, Lorraine). Des actions de communication sont menées auprès des femmes pour qu'elles convainquent leurs conjoints de se faire dépister (Île-de-France).

Les démarches ciblées envers certaines populations. Des actions spécifiques sont déployées en milieu carcéral pour favoriser l'accès des **personnes détenues** aux programmes de dépistage organisé des cancers (Franche-Comté, Languedoc-Roussillon). Des programmes sont également développés auprès de **personnes en situation de handicap** dans plusieurs régions dans le cadre du PRAPS et en lien avec la DRJSCS (Franche-Comté, Haute-Normandie). Enfin, différentes initiatives sont explorées pour améliorer l'accès au dépistage des **populations en milieu rural** : plusieurs ARS ont abandonné le recours à une « mammobile » du fait de difficultés organisationnelles, des coûts et faute de résultats probants (Centre, Limousin) ; un service d'aide à la prise de rendez-vous et de transport gratuit vers les radiologues est expérimenté (Limousin).

La sensibilisation des professionnels de santé. Des actions de communication et de sensibilisation auprès des professionnels de santé (médecins généralistes, radiologues, gynécologues) sont menées, en coordination avec l'URPS et la médecine du travail (Corse, Basse Normandie Poitou-Charentes). S'agissant du dépistage du cancer du sein, elles soulignent l'intérêt de la double lecture, afin de réorienter les femmes vers le dépistage organisé, *versus* le dépistage individuel. Dans plusieurs régions, des expériences sont conduites pour impliquer les pharmaciens d'officine dans la distribution de tests Hemocult® (Lorraine, Bretagne, Guadeloupe).

FOCUS. Implication des pharmaciens d'officine à la remise de tests Hemocult® (Guadeloupe)

Depuis 2012, en Guadeloupe, la structure de gestion invite les pharmaciens d'officine à participer à la remise des tests Hemocult® dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Les pharmaciens ont un rôle d'information et d'explication. L'objectif est de diminuer le nombre de tests non exploitables faute de date de prélèvement. Leur participation concerne aussi les relances, dans le cas où une première invitation est restée sans suite, pour limiter le nombre de visites médicales. Les résultats de cette initiative pourront être mesurés au regard de l'évolution du taux de participation et de la part des tests exploités.

Source : ARS Guadeloupe

■ L'amélioration de l'efficacité et de la qualité du dispositif

La mutualisation des missions des structures de gestion. Dans plusieurs régions, une démarche de régionalisation des structures de gestion est en cours ou à l'étude, sous l'égide de l'ARS, pour créer une structure régionale avec des antennes départementales (Midi-Pyrénées, Auvergne, Centre). D'autres ARS s'orientent vers une démarche de coordination accrue au niveau régional et la mutualisation de certaines actions ou de leurs ressources pour une meilleure efficacité (Basse-Normandie, Limousin, Pays de la Loire, Picardie).

Il convient toutefois de souligner que quelques ARS ne sont pas favorables à une démarche de régionalisation, considérant que les structures de gestion départementales de leur région sont en phase avec les acteurs locaux qui constituent des relais efficaces de leurs actions (Bourgogne, Champagne-Ardenne).

Le renforcement du pilotage régional du dépistage organisé. Afin de permettre un pilotage accru des programmes de dépistage organisé, un comité de pilotage régional regroupant l'ensemble des cofinanceurs de la région a été mis en place par l'ARS PACA pour travailler sur le financement des structures de gestion et la qualité du dépistage, sur la base d'une évaluation externe du fonctionnement et de l'activité des structures de gestion.

L'amélioration du suivi des programmes de dépistage organisé. Un registre régional a été bâti en Poitou-Charentes, porté par l'ORS, sur 8 types de cancers. Par ailleurs, les modes de calcul de la participation seraient à homogénéiser entre régions (critères d'exclusion ; prise en compte de la population transfrontalière en Franche-Comté).

Des actions régionales en faveur de la détection précoce des cancers

En complément des programmes de dépistage organisé, des actions sont conduites dans les régions pour favoriser la détection précoce de certains cancers, notamment :

- **le cancer du col de l'utérus.** Les ARS des régions concernées ont pris part aux expérimentations de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Centre, Auvergne, La Réunion, Pays de Loire, Île-de-France : cf. partie I du rapport, mesure 12) ;
- **les cancers des voies aérodigestives supérieures.** Certaines ARS conduisent des actions visant à favoriser le repérage des cancers des VADS, en raison de l'incidence de ce type de cancers dans les régions concernées (Nord-Pas-de-Calais).

FOCUS. Le repérage précoce des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)

Un projet, soutenu par l'ARS et le Conseil régional du Nord-Pas de Calais, est mené dans deux territoires de santé de la région visant au repérage précoce des cancers des VADS. Il s'articule autour de trois volets : la communication grand public sur les signes d'alerte ; la formation des professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, médecins du travail, chirurgiens-dentistes) et des professionnels de l'addictologie ; une action spécifique auprès des personnes en situation de précarité de repérage des risques de cancers des lèvres et de la cavité buccale (bus équipé pour les soins dentaires).

Sources : ARS Nord Pas de Calais

3. Mise en œuvre du Plan cancer dans les régions

SOINS ET QUALITÉ DE VIE

Le volet cancer des schémas régionaux de l'offre de soins

Les schémas régionaux de l'offre de soins (SROS), adoptés par les ARS en 2012-2013 dans le cadre de leur projet régional de santé, déclinent dans leur volet consacré à la cancérologie les orientations nationales définies par les deux Plans cancer successifs⁷³.

Les SROS traduisent clairement l'adhésion des ARS aux organisations découlant de la mise en œuvre des décrets d'autorisation des activités de cancérologie pour **une structuration plus cohérente de l'offre de prise en charge en cancérologie**. Les schémas régionaux s'inscrivent dans une continuité d'action afin d'assurer un complet déploiement du dispositif, s'agissant notamment des mesures transversales de qualité des pratiques (cf. infra). Les ARS suivront la mise en œuvre des recommandations formulées lors des visites de conformité et transcrites dans les contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.

Les schémas régionaux traduisent le souhait des ARS de s'appuyer sur **les réseaux régionaux de cancérologie** pour améliorer les pratiques des professionnels et notamment l'application des mesures transversales qualité. Une clarification des rôles et périmètres d'intervention de chaque dispositif est néanmoins attendue. Plusieurs ARS (Picardie, Alsace, etc.) ont pris l'initiative d'une restructuration des centres de coordination en cancérologie (3C), perçue comme un vecteur de renforcement des coopérations entre établissements et d'échanges entre professionnels.

À l'instar des organisations mises en place pour les prises en charge spécifiques (enfants et adolescents, patients atteints de cancers rares, patients âgés atteints de cancer), la définition d'une gradation de la prise en charge en cancérologie est souhaitée afin de mieux identifier les différents niveaux : établissements de recours, établissements à activité spécialisée, établissements de proximité.

Les objectifs transversaux du Plan cancer 2009-2013 sont également repris par les SROS, attestant de leur pertinence par rapport aux spécificités des situations régionales :

- **L'implication du médecin traitant**, à travers la structuration de l'information dont le médecin traitant a connaissance (compte rendu de sortie d'hospitalisation, mise en place du dossier communicant de cancérologie, etc.) et l'organisation de l'appui des équipes hospitalières aux médecins traitants confrontés à des situations complexes de prise en charge à domicile (plateformes de soutien, numéros d'appel dédiés aux médecins généralistes, infirmiers chargés de la régulation des demandes non programmées, etc.).
- **La réduction des inégalités territoriales face au cancer**, au moyen d'un maillage territorial adapté et par le développement de l'égal accès aux thérapies ciblées. Plusieurs régions s'appuient sur l'outil de télé-médecine au bénéfice des territoires isolés ou confrontés à des difficultés de démographie médicale.
- **La personnalisation de la prise en charge**, grâce au dispositif des infirmiers coordonnateurs perçu comme pertinent pour délivrer une information renforcée aux patients tout au long de leur parcours, mais également pour répondre à l'enjeu de coordination des professionnels hospitaliers et libéraux. Les ARS attendent aussi de ce dispositif une meilleure régulation des demandes de prise en charge hospitalières non programmées.

⁷³ Plan cancer 2003-2007 et Plan cancer 2009-2013.

Les effets du Plan cancer sur les prises en charge en cancérologie

La mise en œuvre du Plan cancer dans les régions a produit, selon les analyses des ARS, d'importants effets sur l'offre de soins en cancérologie et sur les parcours pendant et après le cancer.

▪ L'offre de soins et l'organisation des prises en charge

Le dispositif d'autorisation en cancérologie. Le dispositif a été finalisé dans l'ensemble des régions par les ARS à l'issue des visites de conformité réalisées dans tous les établissements de santé autorisés pour le traitement du cancer, qui doivent remplir les critères attendus : les seuils minima d'activité, les mesures transversales de qualité et les critères spécifiques aux disciplines de chimiothérapie, de chirurgie et de radiothérapie (cf. partie I du rapport, mesure 19). Les ARS relèvent les effets de ce dispositif à plusieurs niveaux, notamment l'amélioration et de la qualité des prises en charge, la réduction des inégalités de santé face au cancer, l'efficacité des moyens mobilisés et l'amélioration de la lisibilité de l'offre. Sont notés des effets importants en termes de regroupement d'activités et de coopérations inter établissements, publics et privés, entre CLCC et CHU pour les activités de recours (Auvergne, Bretagne, Franche-Comté, Pays de Loire).

Le déploiement doit être poursuivi dans la plupart des régions pour s'assurer de l'effectivité des mesures transversales de qualité (réunion de concertation pluridisciplinaire ou RCP, dispositif d'annonce, accès aux soins de supports et prise en charge de la douleur) au bénéfice de tous les patients, en particulier en chirurgie et dans les prises en charges en secteur libéral.

En outre, plusieurs ARS font état de leurs attentes quant à une actualisation des critères, envisageant notamment une élévation des seuils d'activité, pour une incitation accrue à la mutualisation entre établissements, et une définition de seuils par chirurgiens et non plus seulement par discipline chirurgicale.

L'apport des structures régionales de prise en charge en cancérologie (réseaux régionaux, centres de coordination en cancérologie). Les ARS font une analyse globalement positive de l'apport des réseaux régionaux de cancérologie (RRC). Cet apport est noté dans plusieurs domaines : la formation des acteurs, gage d'une amélioration des pratiques, la coordination du fonctionnement des 3C régionaux, l'adaptation des protocoles de prise en charge aux spécificités régionales. La contrainte de la labellisation des RRC par l'INCa a permis de regrouper plusieurs réseaux qui coexistaient au niveau régional (Limousin). Une clarification du dispositif est néanmoins souhaitée par les ARS pour préciser les missions respectives des différents acteurs et leur adaptation aux nouveaux enjeux en cancérologie.

L'accompagnement de la chimiothérapie à domicile. Différentes initiatives ont été prises dans les régions pour accompagner le développement des chimiothérapies à domicile (Limousin, Centre, Île-de-France).

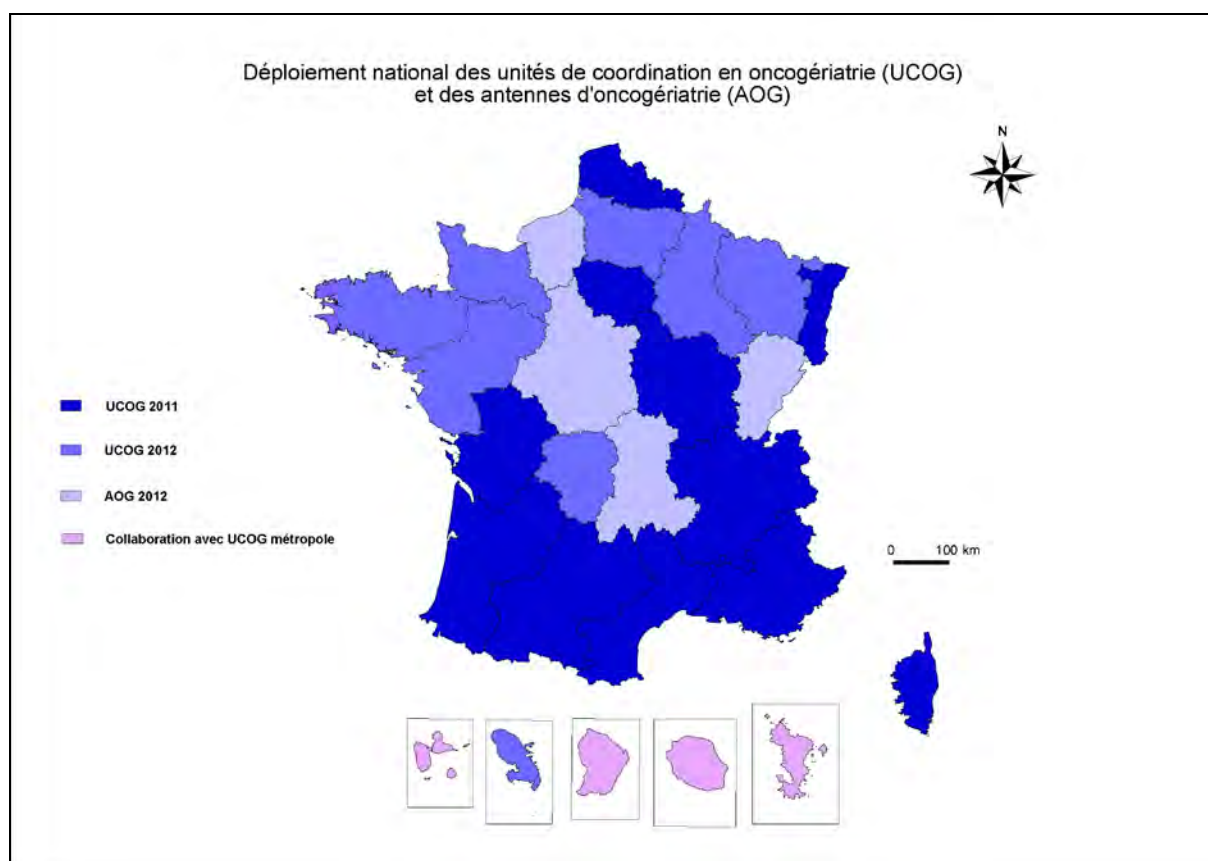
FOCUS. Chimiothérapie injectable à domicile

Dans le Limousin, une action est menée pour réaliser des chimiothérapies injectables à domicile pour les hémopathies malignes. Elle repose sur une organisation mise en place entre les structures d'hospitalisation à domicile, les pharmacies et les services des centres hospitaliers concernés, et portée par le réseau Hématolin. Une étude médico-économique a démontré une réduction de coût significative de la prise en charge alternée en hôpital de jour (HDJ) et hospitalisation à domicile (HAD) *versus* une prise en charge exclusivement en HDJ pour l'une des molécules (projet « Escadhem »).

Une initiative est également en cours en région Centre pour les patients atteints de lymphomes, coordonnée par le réseau territorial et impliquant les médecins traitants (projet « Velcadom »).

Sources : ARS Centre ; ARS Limousin

Les prises en charge spécifiques. L'apport des filières spécifiques de prise en charge en termes de visibilité de l'offre et de réduction des inégalités d'accès aux soins est particulièrement souligné par les régions, en particulier pour les populations âgées (oncogériatrie) et les enfants et adolescents. L'intérêt de l'accès au diagnostic pour les personnes prédisposées héréditairement au cancer (oncogénétique) est également souligné. La question de l'élargissement de cette logique de filière à d'autres populations est posée (sont cités les champs de l'onco-hématologie, les chirurgies plus ou moins complexes, etc.).





▪ Les parcours pendant et après le cancer et la coordination des prises en charge

L'enjeu pour les ARS est d'améliorer la continuité des parcours des malades, entre le diagnostic, la prise en charge thérapeutique et la surveillance après les traitements actifs, en articulation entre l'hôpital et la ville. Cet objectif est poursuivi à travers plusieurs axes d'actions dans les régions.

La mise en place de postes d'infirmiers coordonnateurs dans les établissements de santé. L'expérimentation des parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer, en cours au niveau national, est globalement perçue par les ARS comme une solution adaptée pour une plus grande fluidité des parcours de soins. Elles font de ce dispositif l'une des pistes majeures pour développer les relations ville-hôpital. En dehors du cadre de l'expérimentation nationale, des infirmiers coordonnateurs ont été mis en place dans de nombreux établissements hospitaliers, que ce soit à l'initiative de ces derniers ou sous l'impulsion de l'ARS. Les expérimentations sont à poursuivre pour préciser leur positionnement ainsi que leurs missions (cf. partie I du rapport, mesure 18).

FOCUS. Parcours personnalisé du patient en hématologie

Le parcours personnalisé mis en place par le service d'hématologie du CHU de Montpellier s'appuie sur la coordination des soins dans une approche pluridisciplinaire et l'évaluation sociale et psychologique pendant et après le cancer. Les bénéfices sont importants pour les patients tant pour les liens ville-hôpital que pour la réinsertion sociale et professionnelle (diminution de la fatigue, de la douleur, préparation plus précoce de l'après-cancer, etc.).

Sources : ARS Languedoc-Roussillon

Le partage d'informations médicales entre les professionnels de santé. La conception du dossier communicant de cancérologie (DCC), au sein du dossier médical partagé (DMP), est en cours dans 7 régions pilotes (Alsace, Aquitaine, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de Loire, Picardie, Rhône-Alpes). D'autres régions sont également engagées dans une telle démarche coordonnée par le réseau régional de santé (Bretagne, Centre, Haute-Normandie, Basse-Normandie).

Les coopérations entre les professionnels de santé. La mise en place de **postes médicaux partagés** entre établissements de santé a été initiée au cours des dernières années par plusieurs régions et donne, selon le retour des ARS, des résultats intéressants pour les territoires confrontés à des difficultés démographiques ou à un isolement géographique. Les ARS en attendent un effet global en termes de diffusion des bonnes pratiques, de maillage territorial et d'efficacité des moyens consacrés à la prise en charge en cancérologie (Île-de-France, Franche Comté, Pays de Loire). D'autres formules de coopération entre établissements sont également utilisées, à travers les groupements de coopération sanitaire et les conventions. En outre, des protocoles de coopération permettent une nouvelle répartition d'activités entre professionnels de santé médicaux et non médicaux (Île-de-France, PACA).

Le développement de la télémédecine. La télémédecine est perçue par certaines ARS comme un outil essentiel pour parvenir à une meilleure concertation entre médecins spécialistes et entre spécialistes et médecins généralistes, notamment dans les zones isolées et/ou en difficulté démographique. Ce type d'outil est utilisé notamment pour faciliter les réunions de concertation pluridisciplinaires (Nord-Pas-de-Calais).

▪ La qualité de vie des personnes atteintes de cancer

Le soutien des programmes d'éducation thérapeutique et de réhabilitation. Outre le développement de l'accès aux soins de support pour les malades (soutien psychologique, prise en charge de la douleur...), plusieurs régions soutiennent des programmes d'éducation thérapeutique et visant à la réhabilitation des personnes atteintes, tels que l'activité physique adaptée, la nutrition santé (Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Auvergne, Bretagne). Des actions sont aussi menées pour améliorer le bien-être des malades comme la relaxation pour les enfants atteints de cancer et leurs parents (Poitou-Charentes). Une ARS cite également la mise en œuvre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de réinsertion professionnelle et de réhabilitation (Picardie).

FOCUS. Repérage précoce de la dénutrition chez les patients atteints de cancer

Un projet visant au repérage et à la prise en charge des patients atteints de cancer ORL ou digestif est mené dans la région Nord-Pas-de-Calais, porté par le CHRU de Lille et associant 17 établissements de santé, avec le soutien de l'ARS. Les patients bénéficient d'une prise en charge diététique et médicale pendant l'hospitalisation et après celle-ci. Les résultats obtenus sont encourageants (fiches RCP renseignant les paramètres nutritionnels ; amélioration de l'évaluation de la dénutrition) ; les efforts sont à poursuivre notamment pour une implication accrue des médecins traitants.

Source : ARS Nord-Pas-de-Calais

L'information des malades et des professionnels. Des dispositifs d'information destinés aux malades et à leurs proches ont été développés dans l'ensemble des régions, le plus souvent en partenariat avec les associations et en particulier la Ligue contre le cancer (espaces d'information dans les établissements de santé ; centres de ressources). En outre, dans plusieurs régions, des initiatives sont mises en place par les établissements de santé pour apporter une réponse directe aux malades et aux professionnels selon diverses modalités (Franche-Comté).

FOCUS. Dispositifs d'appel pour les malades et les professionnels

Une unité fonctionnelle de gestion des urgences en cancérologie (UCUG) a été créée par le centre de lutte contre le cancer en Auvergne, avec une ligne téléphonique dédiée, permettant un contact direct avec les patients, les intervenants libéraux, les établissements de santé et les structures extrahospitalières.

En Franche-Comté, une plateforme d'appel « Oncotel » a été mise en place avec un numéro de téléphone unique régional pour les malades et leurs proches, les médecins généralistes et les autres professionnels de santé. La plateforme est gérée par un prestataire formé par l'IRFC, groupement de coopération sanitaire constitué entre les établissements de santé autorisés en cancérologie.

Sources : ARS Auvergne ; ARS Franche-Comté

Le développement des hébergements à proximité des lieux de soin. Ce type de réponse est cité par certaines ARS qui présentent une situation particulière en raison de l'éloignement géographique et de l'offre disponible sur leur territoire.

FOCUS. Dispositif d'accueil familial Casodom

Un dispositif d'accueil familial est proposé à des patients guyanais pris en charge en région parisienne en radiothérapie ambulatoire, cette offre étant absente en Guyane. Le projet est soutenu par l'ARS et les collectivités locales et par l'INCa.

Source : ARS Guyane