



DÉCEMBRE 2019

PLAN CANCER 2014-2019 BILAN DE LA DÉCLINAISON TERRITORIALE

e-cancer.fr



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

Ce document doit être cité comme suit : © Plan cancer 2014-2019, bilan de la déclinaison territoriale, INCa, décembre 2019

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

SOMMAIRE

1.	LA DÉCLINAISON RÉGIONALE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER : UNE PRIORITÉ DU PLAN CANCER 2014-2019	4
1.1	PREMIERS PLANS CANCER : UN BILAN MITIGÉ AU REGARD DE L'ARTICULATION AVEC LES PILOTES RÉGIONAUX...	4
1.2	LA DÉCLINAISON RÉGIONALE DU PLAN CANCER 2014-2019.....	6
1.2.1	Une méthodologie de construction du Plan associant les ARS.....	6
1.2.2	L'implication des pilotes régionaux à la mise en œuvre du Plan	6
2.	L'ORGANISATION DU PILOTAGE ET DE LA GOUVERNANCE DU PLAN CANCER 2014-2019 EN LIEN AVEC LES ARS	10
2.1	UNE GOUVERNANCE DU PLAN S'APPUYANT SUR LES PILOTES RÉGIONAUX	10
2.2	L'ORGANISATION DES RELATIONS ENTRE ACTEURS NATIONAUX ET PILOTES RÉGIONAUX POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN.....	10
2.2.1	Cadre général d'organisation des relations entre ARS et échelon central	10
2.2.2	Cadre spécifique au déploiement du Plan cancer	11
3.	BILAN DU PLAN CANCER 2014-2019 EN RÉGION	13
3.1	DES AVANCÉES NOTABLES DANS LES TERRITOIRES.....	13
3.2	UNE MOBILISATION EFFICACE ET UNE DYNAMIQUE À POURSUIVRE	36
3.2.1	Poursuivre la dynamique collaborative dans le pilotage des actions	36
3.2.2	Poursuivre les efforts au vu des résultats obtenus	36
4.	ANNEXES	38

1. LA DÉCLINAISON RÉGIONALE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER : UNE PRIORITÉ DU PLAN CANCER 2014-2019

Le bilan issu des deux premiers Plans cancer a mis en exergue certaines difficultés dans les interfaces existantes entre les échelons de mise en œuvre.

Ces limites ont été prises en compte dans le cadre de l'élaboration du troisième Plan cancer, afin d'optimiser la déclinaison opérationnelle de cette politique publique en positionnant les pilotes régionaux en relais du dispositif.

En synthèse

- **Bilan en demi-teinte des deux premiers plans cancer dans l'articulation des différents niveaux de pilotage dans un contexte évolutif**
- **Des constats et préconisations ayant contribué à l'élaboration du Plan cancer 2014-2019**

1.1 Premiers Plans cancer : un bilan mitigé au regard de l'articulation avec les pilotes régionaux

Dans son rapport de 2016¹, le Haut Conseil pour la santé publique (HCSP) s'est intéressé aux résultats obtenus après dix années de politique de lutte contre le cancer. Dans cette analyse, le HCSP a notamment évalué l'efficacité des interactions entre niveau national et échelon décentralisé dans le déploiement des Plans cancer.

Après une décennie de mise en œuvre, les évaluateurs ont dressé le constat général d'un pilotage et d'une gouvernance perfectibles, en l'absence de formalisation des rôles de chacun, tout en soulignant l'enjeu d'équité que constituait la déclinaison d'un plan national en région.

Le HCSP a toutefois noté que le Plan cancer 2009-2013 a cherché à associer l'échelon régional dans sa mise en œuvre (via les ARH/URCAM), mais que la montée en charge des nouvelles agences régionales de santé (ARS) à partir de 2010 a contrarié l'organisation d'interactions structurées. De plus, la déclinaison régionale de certaines mesures a pu être rendue difficile par l'organisation interne des ARS, peu propice à des démarches transversales.

Plus largement, le Haut Conseil a rappelé le contexte peu favorable pouvant expliquer ce bilan : outre la création des ARS (2010), sont intervenus en cours de mise en œuvre du Plan l'élaboration des projets régionaux de santé (2011), la formalisation de la nouvelle stratégie nationale de santé (2013), ou encore le projet de loi de modernisation du système de santé (2015).

Ces difficultés ont été accentuées par la multitude d'interlocuteurs locaux, rendant complexe un pilotage régional efficace. Sur ce point, le rapport d'orientation du Professeur Jean-Paul Vernant² relevait que l'organisation de la cancérologie ne semblait pas avoir suffisamment pris en compte les nouvelles prérogatives des ARS. Une simplification de cette organisation était préconisée afin d'améliorer l'efficacité, notamment à travers la mise en place de structures de cancérologie ad hoc auprès des ARS en fonction des besoins des territoires.

¹ Haut Conseil de la santé publique, « Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004-2014 », Collection Évaluation, avril 2016.

² « Recommandations pour le troisième Plan cancer », Rapport du Professeur Jean-Paul Vernant à la ministre des Affaires sociales et de la santé et à la ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche, juillet 2013.

Tableau 1. Bilan de la mise en œuvre régionale des différents champs investis par la stratégie de lutte contre le cancer jusqu'en 2013 (analyse : Institut national du cancer)

Thématiques	Bilan de la mise en œuvre régionale des deux premiers Plans cancer
Prévention	La prévention est pilotée par les ARS depuis 2010 et nécessite une coordination des acteurs de la prévention en région. L'articulation avec la politique de lutte contre le cancer n'a pas toujours été explicite, même si la plupart des ARS ont inscrit la thématique « cancer » dans leur schéma de prévention et que des actions ponctuelles concernant certains facteurs de risque ont pu être menées dans le cadre de la politique de la Ville.
Dépistage	Les Plans cancer ont permis la mise en place de deux programmes de dépistage organisé des cancers (sein, colorectal) et l'expérimentation d'un troisième sur les territoires (col de l'utérus) en lien avec les centres de coordination (inter)départementaux (structures de gestion). Des efforts d'animation et d'évaluation de ces structures ont été réalisés par l'INCa, mais leur pilotage n'est pas homogène. Par ailleurs, ces structures sont à la fois en lien avec l'INCa et les ARS, sans véritable lien entre ces deux pilotages. Une animation régionale devrait favoriser le développement de la couverture de ces dépistages, à la condition d'une meilleure harmonisation entre l'ensemble des acteurs. La mise en place d'un comité stratégique des dépistages (COSTRAT) présidé par le directeur général de la santé (DGS) a permis d'associer les ARS à ce sujet.
Soins	<p>Les Plans cancer ont permis la mise en œuvre de réunions de concertation pluridisciplinaire en amont de la décision de traitement et prévu la définition d'un plan personnalisé de soins après l'annonce du diagnostic, dont les développements ont parfois été plus lents que prévu et hétérogènes sur les zones géographiques. L'enjeu d'accessibilité de l'offre de soins dans les régions a été insuffisamment pris en compte dans les deux Plans cancer, notamment pour les territoires d'outre-mer.</p> <p>La coordination ville/hôpital reste très en deçà de ce qu'elle devrait être. La mise en place des différentes institutions chargées, au niveau régional, de la coordination des acteurs et de la diffusion des bonnes pratiques témoigne d'importantes différences selon les régions et les établissements (RRC, 3C...). L'impact de cette organisation complexe sur les pratiques des acteurs et sur le vécu des patients devrait faire l'objet d'une évaluation.</p>
Vivre pendant et après le cancer	L'accessibilité à l'offre de soins de support, assurée par une diversité d'acteurs, hospitaliers, libéraux et associations, est inégale. L'amélioration de la qualité de vie doit évoluer pour tenir compte de l'évolution de la prise en charge (chimiothérapie orale, hospitalisation à domicile...).
Recherche	L'impulsion nationale menée sur la politique de la recherche a contribué à la structuration du paysage de la recherche en cancérologie avec la mise en place de structures dédiées sur les territoires (cancéropôles (inter)régionaux, SIRIC, CLIP, GIRCI...), nécessitant une meilleure coordination. À noter, la fragilité de la recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et en santé publique (SHS-E-SP) et le manque d'interdisciplinarité.
Observation	L'observation de l'organisation et de l'offre de soins en cancérologie n'a pas évolué aussi favorablement que celle de l'épidémiologie des cancers, en particulier selon les groupes sociaux et selon les régions.
Démocratie sanitaire	La déclinaison de la démarche engagée par l'INCa au niveau national avec le Comité de démocratie sanitaire, au niveau des régions et en appui des structures existantes (cancéropôles, réseaux de cancérologie) est à encourager.

1.2 La déclinaison régionale du Plan cancer 2014-2019

Le bilan des deux premiers Plans cancer et le rapport d'orientation pour un troisième Plan ont mis en avant les limites et dessiné les pistes pouvant améliorer l'articulation régionale dans la mise en œuvre des Plans cancer.

Annoncé le 4 février 2014, le Plan cancer 2014-2019 prévoyait ainsi une mise en œuvre régionale des actions, soit par une déclinaison régionale de certaines actions afin de tenir compte des spécificités de chaque territoire, soit par une co-construction des actions pouvant avoir un impact sur les dispositifs en place. Dans cette logique, chaque agence régionale de santé (ARS) a élaboré en 2015 sa feuille de route régionale déclinant les objectifs du Plan.

1.2.1 Une méthodologie de construction du Plan associant les ARS

En amont de son lancement, le président de la République avait souhaité que soit établi un rapport d'orientation préparant la rédaction du futur Plan. Pour éclairer les pouvoirs publics, cette mission avait été confiée au Professeur Jean-Paul Vernant qui s'est alors appuyé sur les ARS pour ce travail préparatoire³.

Des représentants d'ARS avaient ainsi été consultés à travers les différentes instances mises en place pour contribuer à l'élaboration de ce rapport d'orientation :

- présence d'ARS au sein du groupe de travail concernant la prise en charge et l'organisation des soins;
- audition d'ARS au titre de pilote régional pour contribuer à la réflexion ;
- analyse du bilan final du second Plan cancer transmis par la Direction générale de la santé (DGS) à partir des informations colligées auprès des ARS⁴. Ce document souligne les difficultés particulières rencontrées par les territoires d'outre-mer.

Cette première étape de recueil des attentes et orientations avait été suivie d'une phase de consolidation et de rédaction du Plan cancer 2014-2019, pilotée par les ministères chargés de la santé et de la recherche, à l'appui de groupes thématiques associant les parties prenantes.

1.2.2 L'implication des pilotes régionaux à la mise en œuvre du Plan

En février 2015, les ARS ont reçu une instruction⁵ les invitant à produire une feuille de route régionale en déclinaison du Plan cancer 2014-2019. Cette programmation de déploiement régional permettait ainsi de refléter la mobilisation des ARS en priorisant les actions à mettre en œuvre.

L'annexe à cette instruction précisait les actions devant être relayées en région, soit à décliner au plus près des spécificités des territoires, soit à co-construire⁶. Pour les actions en déclinaison, les ARS étaient invitées à se référer au contenu des actions et aux jalons de mise en œuvre programmés par chaque responsable d'action. Les actions structurantes pour lesquelles les ARS étaient associées reposaient sur un cadrage national préalable à leur mise en œuvre.

Ces feuilles de route avaient vocation à constituer un outil permettant de faciliter le suivi tout au long de la mise en œuvre du Plan et d'alimenter le volet régional du rapport annuel au président de la République sur l'ensemble des axes du Plan.

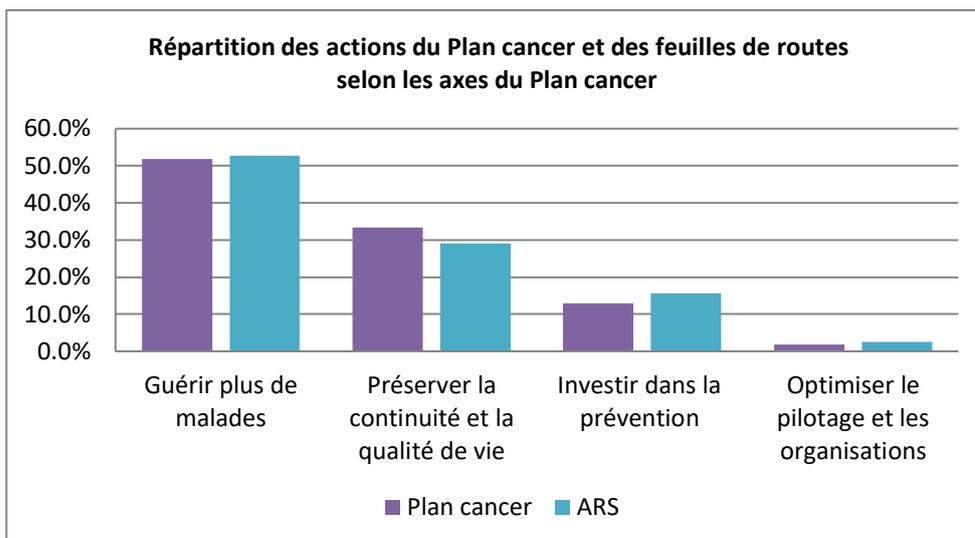
³ « Recommandations pour le troisième Plan cancer », Rapport du Professeur Jean-Paul Vernant à la ministre des Affaires sociales et de la santé et à la ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche, juillet 2013.

⁴ La déclinaison du Plan cancer 2009 – 2013 en région.

⁵ Instruction n° DGS/MC3/DGCS/DGOS/SGM/2015/22 du 26 janvier 2015 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales du Plan cancer 3 (cf. Annexe 1).

⁶ Cf. Annexe 2.

Figure 1. Déclinaison régionale du Plan cancer 2014-2019



L'analyse de ces feuilles de route régionales permettait de constater que les champs particulièrement investis par les agences reposaient sur des programmes régionaux antérieurs (programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, Programme national nutrition santé, éducation thérapeutique du patient...) ou sur des initiatives portées au niveau national (dossier communicant en cancérologie, programme personnalisé de soins). Les thématiques plus récentes (médecine personnalisée), plus complexes (facteurs de risque environnementaux), ou nécessitant une interaction forte entre secteurs médical et médico-social (impact sur la vie personnelle) étaient quant à elles moins investies.

Les ARS présentaient majoritairement la mise en place d'une gouvernance en cancérologie (par exemple comité régional cancérologie) et de démarches de concertation à l'appui de comités ad hoc ou de groupes de travail sur différents champs du cancer (prévention dépistage, chirurgie ambulatoire...).

Ultérieurement, suite à la sollicitation des directeurs généraux des ARS d'outre-mer, l'Institut national du cancer (INCa) a coordonné, en lien avec le Secrétariat général des ministères des affaires sociales, les directions d'administration centrale concernées et le ministère des Outre-mer, la mise en place d'une feuille de route pour accompagner les ARS ultramarines dans la mise en œuvre du Plan cancer. Cette démarche a permis d'identifier les difficultés et les spécificités de chacun de ces territoires et d'identifier des solutions à déployer. Cette feuille de route collégiale a concerné les différents champs du Plan, par exemple :

- observation et recherche : actions visant à mieux connaître l'épidémiologie du cancer et son contexte outre-mer par la mise à disposition et la valorisation des données existantes sur ces territoires et par la poursuite du financement d'études spécifiques en épidémiologie et SHS;
- prévention et dépistage : actions visant à adapter les politiques publiques par un ajustement de la communication aux comportements à risque (alcool, tabac), un soutien de la vaccination HPV (évaluation des équipes mobiles et des stratégies de vaccination notamment pour les populations les plus éloignées), ou encore par l'expérimentation de la dématérialisation des mammographies (La Réunion);
- soins : actions visant à assurer le suivi du déploiement de la télémédecine, à inclure les spécificités des territoires d'outre-mer dans l'évolution du dispositif d'autorisation, ou encore à soutenir l'organisation territoriale par l'analyse des flux et parcours et par la structuration des filières entre lieu de vie et Hexagone;
- vie après-cancer : actions de soutien par le financement de dispositifs préfigurateurs de retour à l'emploi, tels que celui accompagné par l'INCa en Martinique, qui aurait vocation à être étendu.

➡ AXE 1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES**Objectif 1. Favoriser des diagnostics plus précoces**

Actions 1.1/1.2/1.3/1.4/1.5/1.6/1.7/1.9/1.11 : à décliner par chaque ARS

Objectif 2. Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge

Actions 2.1/2.8/2.10./2.13/2.19/2.20/2.21/2.22 : à décliner par chaque ARS

Actions 2.2/2.3/2.5/2.6 : à co-construire au niveau national en associant les ARS

Objectif 3. Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques

Actions 3.1/3.2/3.3/3.6/3.7/3.8/3.11/3.14/3.15 : à décliner par chaque ARS

Objectif 4. Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie

Actions 4.7 : à décliner par chaque ARS

Objectif 6. Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée

Actions 6.1/6.2 : à décliner par chaque ARS

➡ AXE 2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE**Objectif 7. Assurer des prises en charge globales et personnalisées**

Actions 7.1/7.2/7.3/7.4/7.5/7.6/7.9/7.10/7.11/7.12/7.13/7.14 : à décliner par chaque ARS

Objectif 8. Réduire les risques de séquelles et de second cancer

Actions 8.1/8.2/8.6 : à décliner par chaque ARS

Objectif 9. Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle

Action 9.10 : à décliner par chaque ARS

➡ AXE 3. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE**Objectif 10. Le Programme national de réduction du tabagisme**

Actions à décliner par chaque ARS dans le PNRT, puis dans le PNLT

Objectif 11. Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer

Actions 11.2/11.6/11.7/11.8/11.10/11/11 : à décliner par chaque ARS

Objectif 12. Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement

Action 12.4 : à décliner par chaque ARS

➡ AXE 4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS**Objectif 14. Faire vivre la démocratie sanitaire**

Action 14.1 : à décliner par chaque ARS

Actions 14.2/14.5 : à co-construire au niveau national en associant les ARS

Objectif 16. Optimiser les organisations pour une plus grande efficacité

Actions 16.2/16.4/16.5 : à co-construire au niveau national en associant les ARS

Objectif 17. Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie

Action 17.3 : à co-construire au niveau national en associant les ARS

Par ailleurs, les ARS ont décliné les objectifs et actions du Plan cancer 2014-2019 et de la feuille de route régionale associée au sein de leurs projets régionaux de santé successifs (PRS), outil de pilotage régional des politiques de santé.

La lutte contre le cancer apparaît ainsi comme un enjeu prioritaire pour les ARS avec des champs particulièrement investis par les pilotes régionaux :

- tout d'abord, autour de la lutte contre les inégalités sociales de santé face au cancer. En termes d'organisation de l'offre de soins, les ARS ont par exemple identifié la promotion des soins de premier recours comme un des leviers de réduction des inégalités territoriales de santé, tout comme la lutte contre la désertification médicale et pharmaceutique⁷. L'égalité d'accès aux innovations thérapeutiques et aux essais cliniques figure également parmi les principales préoccupations des ARS;
- puis, autour de la coordination du parcours de soins en cancérologie pour garantir la qualité des soins. Les ARS se sont ainsi unanimement saisies des outils numériques pour assurer la coordination entre acteurs de ville et hospitaliers. De même, les projets portés par les ARS visaient à soutenir le développement des parcours ambulatoires et des hospitalisations à domicile (HAD). Pour sa part, le champ de l'après-cancer était encore peu développé;
- enfin, autour de problématiques émergentes telles que l'impact de l'environnement sur la survenue des cancers ou l'organisation des soins palliatifs.

⁷ Orientation confirmée dans la Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

2. L'ORGANISATION DU PILOTAGE ET DE LA GOUVERNANCE DU PLAN CANCER 2014-2019 EN LIEN AVEC LES ARS

Le Plan cancer 2014-2019 s'est attaché à préciser le cadre de l'articulation régionale du Plan, dans la mesure où il était désormais clairement établi que les agences régionales de santé (ARS) étaient responsables de la déclinaison du Plan dans leur région pour les actions dont elles sont pilotes ou partenaires, en tenant compte des spécificités de leurs territoires. Le dispositif de gouvernance du Plan a alors inclus les ARS dans son pilotage et son suivi. L'animation des relations avec les ARS s'est par ailleurs organisée de manière plus formalisée au niveau institutionnel, tout en préservant un dispositif plus souple pour travailler au niveau technique.

En synthèse

- **Les ARS parties prenantes du dispositif de gouvernance du Plan cancer 2014-2019**
- **L'organisation d'une animation des relations à deux niveaux (institutionnelle et technique)**

2.1 Une gouvernance du Plan s'appuyant sur les pilotes régionaux

Il a été prévu dès le lancement du Plan que son pilotage s'exercerait en articulation entre le niveau national et l'échelon régional. En application de l'approche de démocratie sanitaire souhaitée, les ARS ont été chargées de la concertation sur le Plan dans leur région auprès des acteurs, collectivités locales et usagers, au sein des conférences régionales de santé et de l'autonomie et des conférences de territoire. Les ARS ont également participé aux différentes instances de gouvernance. Enfin, le rapport annuel du Plan était élaboré en lien avec les régions afin de suivre et valoriser les initiatives locales.

La gouvernance mise en place pour le Plan cancer 2014-2019 a tout d'abord reposé sur un **Comité de pilotage interministériel** dont la mission était de veiller à la réalisation du Plan grâce à la mobilisation des partenaires et des moyens prévus, en associant les acteurs et les usagers. Ce comité pouvait proposer des adaptations du Plan en fonction de l'évolution du contexte. Co-présidé par les cabinets des ministres chargés de la recherche et de la santé, il était notamment composé d'un représentant des directeurs généraux des ARS (DG ARS).

Pour assurer le pilotage et l'évaluation en continu de la mise en œuvre du Plan, un **Comité de suivi** a également été mis en place. Présidé par le directeur général de l'Institut national du cancer (INCa), celui-ci coordonnait la réalisation des actions et s'assurait de leur déroulement selon le calendrier prévisionnel, en associant tous les pilotes d'actions. Un représentant des DG ARS en était membre, et ce comité consolidait les bilans régionaux des ARS, repris dans le rapport annuel du Plan cancer remis au président de la République.

2.2 L'organisation des relations entre acteurs nationaux et pilotes régionaux pour la mise en œuvre du Plan

2.2.1 Cadre général d'organisation des relations entre ARS et échelon central

De manière générale, le **Secrétariat général des ministères des affaires sociales** (SGMAS) occupe la mission de coordination des services, notamment au regard des politiques publiques interministérielles. Il assure ainsi l'unité des ministères sociaux, en particulier vis-à-vis des services territoriaux dont il assure l'interface. Il favorise la co-construction des politiques publiques entre les ARS et les directions d'administration centrale (DAC), les opérateurs et les caisses nationales.

Dans ce cadre, le SGMAS anime le réseau des 17 ARS et prépare le **Conseil national de pilotage (CNP)** de ces ARS, en veillant notamment à la cohérence de la mise en œuvre territoriale de l'ensemble des politiques publiques sanitaires et sociales.

Le CNP a pour mission de donner aux ARS les directives nécessaires à la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques que les ARS mettent en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins, de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque. Ainsi, le CNP valide toutes les instructions transmises aux ARS et évalue périodiquement les résultats de leur action (**notamment sur la base des CPOM État/ARS**).

2.2.2 Cadre spécifique au déploiement du Plan cancer

Afin de mobiliser les ARS et les associer au pilotage et à la mise en œuvre du Plan cancer, une organisation a été définie entre le SGMAS et les DG ARS, en concertation avec l'INCa et les DAC (DGS, DGOS et DGCS). Une **instruction** rappelle ainsi que l'articulation avec l'échelon régional et la mobilisation des ARS constituent des conditions clés de réussite du Plan⁸.

Au-delà de la transmission d'un **bilan annuel** à l'INCa sur la base des feuilles de route régionales planifiées en déclinaison du Plan cancer⁹, ce cadre précise les orientations communes de mise en œuvre de ce Plan, à décliner par chaque ARS, ainsi que les principes de gouvernance nationale et régionale.

Dans ce cadre, et en lien avec le SGMAS, l'INCa s'est vu confier l'animation des relations avec les ARS au titre de sa mission de coordination des actions de lutte contre les cancers et de son rôle de pilotage général du Plan cancer 2014-2019. Sur cette base, l'INCa et le SGMAS ont élaboré un **protocole**, précisant les modalités d'animation ainsi que les différentes modalités de sollicitations et de collaboration avec les ARS¹⁰. L'animation du partenariat repose ainsi sur des formats d'échanges divers :

- au niveau institutionnel, l'INCa propose des temps d'échanges en tant que de besoin en lien avec les DAC impliquées, à l'occasion des séminaires mensuels des DG ARS ou lors des réunions des directions spécialisées des ARS (par exemple réunion des directions de santé publique). Pour simplifier l'animation de ce partenariat, une mission spécifique a été mise en place à l'INCa pour gérer les interfaces avec les ARS en lien avec le SGMAS¹¹;
- au niveau technique, plusieurs modalités d'interaction ont été prévues :
 - un **groupe d'interface** a été constitué auprès de l'INCa, sur la base des ARS volontaires désignées dans l'instruction, afin de bénéficier d'interlocuteurs privilégiés et de faciliter les échanges. Le SGMAS a sollicité le bureau du collège des DG ARS afin de constituer ce groupe ressource¹². Ce groupe d'interface assure un rôle de relecture des documents utiles au pilotage du Plan impactant les ARS, peut être sollicité par des pilotes pour représenter les ARS et collige le retour des ARS à l'occasion des réunions et séminaires. Le SGMAS est informé des demandes transmises à ce groupe et est convié systématiquement aux réunions. Les DAC ainsi que les référents des actions du plan cancer sont également tenus informés;
 - deux **journées annuelles d'échanges** sont organisées avec les référents « cancer » désignés dans chaque ARS. Le programme est défini conjointement entre le SGMAS, l'INCa, le groupe d'interface, les DAC et les autres référents d'actions du Plan. Le format

⁸ Instruction n° DGS/MC3/DGCS/DGOS/SGM/2015/22 du 26 janvier 2015 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales du Plan cancer 3.

⁹ Cf. « 1.1.2. L'implication des pilotes régionaux à la mise en œuvre du Plan ».

¹⁰ Cf. Annexe 3.

¹¹ Aujourd'hui nommé Mission « Appui à la stratégie, Plan cancer, Partenariats » et rattachée à la Direction générale (auparavant Mission « Partenariats, coopérations et relations avec les professionnels »).

¹² In fine, celui-ci a été composé de six ARS (avant la réforme territoriale) : Bourgogne, Corse, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Océan indien.

de ces journées est volontairement participatif : les ARS sont interrogées en amont sur les sujets qu'elles souhaitent voir traités et leur retour d'expériences est systématiquement recherché pour chaque séquence ;

- la participation des ARS, via le groupe d'interface, est systématique au sein de **groupes de travail** mobilisés par l'INCa aux fins de représentation institutionnelle ou technique. Les ARS sont également conviées à participer aux différents comités d'évaluation ou de pilotage mis en place et sont sollicitées pour donner leur avis dans le cadre des appels à projets de l'INCa en région ;
- les référents « cancer » sont systématiquement invités aux **séminaires thématiques** organisés par l'INCa et rassemblant l'ensemble des partenaires d'un domaine de la lutte contre le cancer (séminaires des RRC, séminaires nationaux des programmes de dépistage organisé...);
- enfin, des réunions spécifiques ont été organisées sur les problématiques des ARS des territoires d'**outre-mer** (ateliers et groupes de travail thématiques) afin de répondre aux attentes exprimées par ces régions. Ces sessions étaient autant que possible adossées aux journées annuelles d'échange pour faciliter la venue des représentants ultramarins.

Par ailleurs, à la demande d'une ARS ou sur proposition de l'INCa, le dispositif était complété par l'organisation de **rencontres en région** réunissant les équipes des ARS et les acteurs de la cancérologie. Le SGMAS était systématiquement avisé de ces visites. Ces visites avaient pour objectif une meilleure prise en compte des spécificités locales dans la définition et la mise en œuvre des actions relatives au Plan cancer 2014-2019.

Sur l'ensemble de la durée du Plan, ce dispositif s'est concrétisé ainsi :

- **11** journées d'échanges avec les référents « cancer » ;
- **8** réunions du groupe d'interface sollicité sur le champ de ses attributions ;
- **2** ateliers spécifiques consacrés aux ARS ultramarines ;
- **9** visites en région.

3. BILAN DU PLAN CANCER 2014-2019 EN RÉGION

Les référents « cancer » des ARS ont pu partager leur appréciation quant à la mise en œuvre du Plan cancer en région lors des dernières réunions organisées en 2019. Cette évaluation a été complétée à travers les bilans annuels intégrés aux rapports transmis au président de la République et les actions recensées sur les sites de chaque ARS.

En synthèse

- **Avancées : dynamique de prévention autour de la lutte contre le tabac, mobilisation autour des facteurs de risque de cancer, organisation nationale du dépistage du cancer du col de l'utérus, essor des traitements oraux et virage ambulatoire, structuration de parcours de prises de charge, optimisation des structures de coordination en région, approche de démocratie sanitaire établie et démarche de concertation dans la mise en œuvre régionale du Plan.**
- **Limites : faible adhésion aux dépistages organisés, des inégalités sociales et territoriales persistantes, des parcours qui restent compliqués (délais, accès, annonce, accompagnement, après cancer), une coordination des acteurs et des structures encore à simplifier.**

3.1 Des avancées notables dans les territoires

De manière générale, les résultats obtenus en région sont globalement positifs. Des succès sont particulièrement notables dans les champs suivants :

Tableau 2 Actions emblématiques de la mise en œuvre régionale du Plan cancer 2014-2019 (analyse : Institut national du cancer)

Axes Plan cancer	Thématiques	Avancées
Axe 1 – Guérir plus de personnes malades	Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Généralisation du DOCCU dans toutes les régions, laissant place aux initiatives et expérimentations locales afin de tenir compte des spécificités des territoires et des populations les moins participantes ✓ Régionalisation des structures de coordination des dépistages ✓ Mobilisation de l'ensemble des acteurs régionaux sur l'amélioration continue des dépistages et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé
	Soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Amélioration des parcours (notamment AJA et oncogériatrie) ✓ Structuration de filières entre les territoires d'outre-mer et les lieux de prise en charge en métropole ✓ Dynamique de coordination ville-hôpital avec le virage ambulatoire et l'essor des thérapies orales ✓ Amélioration de l'accès aux essais cliniques et aux consultations d'oncogénétique (information/coordination)

Axe 2 – Préserver la continuité et la qualité de vie	Vivre pendant le cancer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investissement des territoires dans l'amélioration de la lisibilité et de l'accessibilité de l'offre en soins de support ✓ Développement de dispositifs de préservation de la fertilité ✓ Développement de dispositifs d'accompagnement des personnes malades et des aidants ✓ Déploiement de dispositifs de soins palliatifs
	Vivre après le cancer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expérimentations de solutions d'accompagnement après le cancer ✓ Expérimentation de dispositifs de maintien et de reprise d'activité
Axe 3 – Investir dans la prévention et la recherche	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilisation forte des acteurs régionaux autour d'une dynamique de prévention du tabac (PNRT/PNLT) ✓ Engagement des pilotes régionaux pour lutter contre les facteurs de risque (alimentation, activité physique) ✓ Initiation de démarches d'éducation à la santé en lien avec les acteurs du secteur scolaire
Axe 4 – Optimiser le pilotage et les organisations	Démocratie sanitaire	Dynamique de démocratie sanitaire particulièrement marquée dans les territoires
	Données	Développement et mise à disposition de données et indicateurs régionaux en appui au pilotage
	Pilotage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dynamique d'optimisation des structures de coordination en région auprès des ARS (RRC, CRCDC) ✓ Dynamique de concertation et de co-construction entre acteurs régionaux et nationaux tout au long de la mise en œuvre du Plan

AXE 1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

OBJECTIF 1. FAVORISER LES DIAGNOSTICS PLUS PRÉCOCES

Les actions en soutien aux programmes de dépistage organisé des cancers ont été nombreuses, diversifiées et continues en région (rénovation du programme de dépistage du cancer du sein, lancement du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, changement de test et d'organisation dans le dépistage organisé du cancer colorectal, régionalisation des structures de coordination).

L'accompagnement au déploiement du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU)

Le lancement des premières invitations au DOCCU s'est effectué en fin d'année 2019, sur la base d'un cahier des charges laissant la place aux initiatives et expérimentations régionales dans le but de tenir compte des spécificités des populations et des territoires. Cette opportunité a particulièrement été saisie par les **territoires d'outre-mer**. Des stratégies diversifiées pour atteindre les personnes les plus éloignées du système de santé ont été spécialement développées dans ces territoires. Ainsi, des équipes mobiles ont été déployées à **Mayotte** à l'appui de différents acteurs (recrutement d'une sage-femme, porte-à-porte par la structure de dépistage, véhicule itinérant pour réaliser les examens). Le succès des points d'information de proximité (PIC), en lien avec les centres locaux de santé (CLS), est également notable en **Martinique**, permettant ainsi d'assurer l'équité d'information dans les territoires les plus éloignés. Une sensibilisation à la réalisation du frottis a été mise en place dans des centres sociaux et des centres d'hébergement d'urgence en **Guadeloupe**. Une expérience de dépistage par auto-prélèvement du virus HPV a été étendue à l'ensemble du **territoire guyanais**, tandis que les consultations itinérantes de frottis et de colposcopies auprès des populations les plus isolées et les plus précarisées ont été pérennisées. Des contacts ont également été pris avec l'Éducation nationale en **Guadeloupe** pour renforcer la communication sur la vaccination et le dépistage et un rapprochement avec le site d'e-learning développé dans les Hauts-de-France a été mis en place pour diffuser un module de formation sur la détection précoce du cancer du col de l'utérus.

Les spécificités liées aux territoires ultramarins ont été intégrées dans le pilotage de ce dépistage qui est fortement marqué par les inégalités sociales et territoriales de santé. Le cahier des charges publié prévoit ainsi une adaptation des modalités de ce dépistage aux particularités de la population de la **Guyane**. Dans son dispositif d'accompagnement des sites préfigurateurs à la généralisation du programme, l'Institut national du cancer (INCa) a par ailleurs systématiquement associé les structures de coordination et les ARS ultramarines aux travaux préparatoires.

En 2019, l'un des axes de l'appel à projets libre (AAP) porté par l'INCa était spécifiquement dédié au soutien des actions de dépistage dans les territoires d'outre-mer¹³. Cette orientation visait à améliorer l'accessibilité au dépistage pour l'ensemble des populations ultramarines sur la base de dispositifs expérimentaux innovants (mobilisation de professionnels paramédicaux dans le cadre de protocoles de coopérations relatifs au transfert d'actes ou d'activités de soins, tests d'auto-prélèvement, projets transfrontaliers de coopération, équipes mobiles...)¹⁴.

Le renforcement de la qualité du dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)

De nombreuses actions d'information et de sensibilisation auprès de la population ciblent ont été menées en région, dans un contexte parfois difficile (controverses, persistance d'une pratique individuelle). Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) se sont particulièrement investis dans l'information délivrée aux femmes, en diffusant notamment le

¹³ « Expérimentations d'actions prenant en compte les spécificités des territoires d'outre-mer face au dépistage des cancers (spécificités sur le plan de la démographie médicale, de l'épidémiologie des cancers, de la géographie des territoires, des caractéristiques des populations qui composent ces territoires) ».

¹⁴ Cf. Annexe 4.

nouveau livret d'information auprès des femmes de 50 ans qui sont invitées pour la première fois à réaliser un dépistage (**Centre-Val de Loire**) et dans la sensibilisation des professionnels, qui montre, comme en **Corse**, que certains changements s'opèrent en étant davantage présent sur les territoires. Les équipes se sont mobilisées pour promouvoir le dépistage et réduire les inégalités socio-territoriales de santé, par le biais de diagnostics locaux pouvant donner lieu à une mobilisation des élus (**Île-de-France**), d'expérimentations de stratégies d'invitation comme le recours aux SMS en Centre-Val de Loire ou la prise de rendez-vous téléphonique (**Provence-Alpes-Côte d'Azur**), ou encore de prise en charge du transport (**Guyane**). Les structures se sont également engagées pour améliorer la qualité du service rendu aux femmes en fluidifiant le parcours par les expérimentations de dématérialisation de la seconde lecture des mammographies, que ce soit dans le cadre d'un appel à candidatures national (**Grand Est, Île-de-France, Normandie, La Réunion**) ou d'une initiative locale (expérimentation de la dématérialisation des flux d'information liés à la mammographie numérique commune, aux **départements français d'Amérique**¹⁵).

De manière générale, les centres régionaux de coordination ont poursuivi leur investissement dans l'amélioration de la qualité des deux premiers programmes, en termes d'information et d'organisation. Les équipes ont continué leur mobilisation lors des temps forts de communication (stands, présence sur les réseaux sociaux, opérations ballons, ciné débats, événements sportifs et caritatifs, expositions, colon tour...) (**Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Une commission portant sur l'adaptation de la communication nationale est envisagée par les départements français d'**outre-mer**.

La diversification de l'accès au test de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR)

Afin d'améliorer la participation encore faible au DOCCR, de nombreuses expérimentations ont été menées sur les territoires afin d'identifier des stratégies complémentaires de mobilisation. En **Centre-Val de Loire**, un projet a testé la pré-invitation ainsi que la relance par SMS dans la stratégie d'invitation. En **Corse**, une expérimentation soutenue par le CRCDC et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) prévoyait pour sa part la distribution d'invitations au domicile par les infirmiers libéraux. La remise de tests de dépistage par les pharmaciens d'officine, en complément du médecin traitant, a également été expérimentée par plusieurs régions, dont la **Corse**. La **Martinique** prévoyait également une remise possible des tests par les médecins du travail. En **Guyane**, une unité mobile de dépistage proposait une consultation personnalisée avec évaluation du risque de cancer colorectal et la remise du kit de dépistage le cas échéant. L'amélioration du suivi des personnes à risque élevé ou très élevé de cancer colorectal a également été mise en œuvre par les CRCDC, via des expérimentations évaluant des modalités d'identification et de suivi de ces populations à risque (**Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine**).

La mobilisation en faveur de la lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage

Par ailleurs, des efforts ont été menés en région envers les populations précaires ou éloignées géographiquement, socialement, voire culturellement, des programmes de dépistage. En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, un accompagnement personnalisé de tous les résidents des foyers sociaux ADOMA pour le dépistage organisé des cancers a été initié. Une prise en compte particulière a été faite auprès des personnes en situation de handicaps avec de multiples initiatives menées dans les établissements accueillant ces publics : interventions au sein d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT) en **Centre-Val de Loire**, accompagnement au sein des établissements sociaux et médico-sociaux en sensibilisant et formant les médecins traitants et professionnels relais (éducateur, aide médico-psychologique, aide-soignante, infirmière, assistante sociale) (**Occitanie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur**), voire à domicile (**Nouvelle-Aquitaine**).

¹⁵ Cette appellation s'applique aux territoires de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Guyane.

D'autres actions ont ciblé des publics plus spécifiques comme les femmes en très grande précarité (**Provence-Alpes-Côte d'Azur**), les gens du voyage ou les détenus en maisons d'arrêt (**Pays de la Loire**) en les sensibilisant à ce sujet (ateliers) et proposant le cas échéant un bon de prise en charge. En **Occitanie**, des protocoles encadrant la remise de tests ont été déployés auprès des médecins des centres d'examen de santé, des centres communaux d'action sociale et de l'administration pénitentiaire.

La démarche de réduction des inégalités face au dépistage des cancers et d'amélioration continue des programmes s'est poursuivie par l'inclusion systématique de ces thématiques dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des structures de coordination (**Pays de la Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France**) et, pour les territoires les plus fragiles, dans les contrats locaux de santé (**Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, La Réunion et Nouvelle-Aquitaine**). Cette animation territoriale a permis d'identifier de nouvelles stratégies d'approches auprès des différents publics ciblés (publics précaires, personnes en établissements médico-sociaux, personnes en situation de handicap...) avec le souhait d'aller davantage vers ces populations et d'adapter les messages et actions de prévention, en comprenant mieux les freins au dépistage (**Corse, Nouvelle-Aquitaine**). Des territoires prioritaires d'intervention ont ainsi pu être identifiés sur la base notamment d'indicateurs de défaveur sociale ou des quartiers classés « politiques de la ville », en lien avec les élus et acteurs locaux (**Île-de-France, Pays de la Loire**). Ainsi, dans les **Hauts-de-France**, une démarche d'animation territoriale différenciée s'est attachée à faire émerger des projets spécifiques dans les territoires où les taux de participation aux dépistages sont les plus faibles. Le projet de territoire de Valenciennes s'est par exemple articulé autour d'une action « Je l'ai fait, c'est pas compliqué » qui vise à identifier et former des « messagers santé ». En **Martinique**, des conférences intercommunales mobilisant les élus ont été déployées en complément des PIC implantés dans les communes éloignées. Les ARS ont également soutenu des actions d'accompagnement spécifiques pour les publics précaires, par des approches soit individuelles (ambassadeurs culturels spécifiquement formés en **Bourgogne-Franche-Comté**, diffusion d'informations avec le concours des associations dans le **Grand Est**), soit collectives (mise en place de séminaires avec les travailleurs sociaux en **Martinique**, partenariats à la demande de municipalités en **Pays de la Loire**, avec des acteurs locaux comme l'Union régionale des centres sociaux (URCS) ou les Centres communaux d'action sociale (CCAS) en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**).

Une mobilisation pour expérimenter des modalités de détection précoce d'autres cancers

Enfin, des expérimentations en région ont cherché à développer des dispositifs de détection précoce de certains cancers. Dans les **Hauts-de-France**, le projet de recherche appliquée étudiait les possibilités de détection précoce des cancers broncho-pulmonaires par une méthode non invasive. Une expérimentation a également été menée sur la télé-expertise en dermatologie dans les zones présentant une sous-densité médicale en vue de faciliter un accès rapide à une expertise dermatologique en cas de suspicion de tumeurs cutanées (**Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Île-de-France**).

OBJECTIF 2. GARANTIR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE

Les actions en soutien de la qualité des prises en charge et de l'amélioration des parcours, notamment en favorisant le lien ville-hôpital ou en expérimentant des parcours spécifiques, ont été au cœur des préoccupations des ARS.

Un enjeu pour les territoires autour de la coordination des parcours

Les territoires se sont particulièrement mobilisés sur la structuration des réseaux de coordination, pour garantir une prise en charge adaptée aux malades nécessitant un traitement complexe. Relativement récent, le dispositif des plateformes territoriales d'appui (PTA) monte peu à peu en charge dans les régions et bénéficie d'un accueil favorable de la part des professionnels, comme en **Centre-Val de Loire** ou en **Normandie**. En **Bretagne**, les réseaux territoriaux de santé en cancérologie ont été intégrés aux autres réseaux de proximité pour constituer les futures PTA. Cette nouvelle

organisation inclut les fonctions expérimentales de l'infirmière de coordination (IDEC) dans cette logique de parcours ville-hôpital (**Bretagne, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Les ARS ont contribué à renforcer l'articulation ville-hôpital par la mise à disposition d'un registre opérationnel des ressources (ROR) en cancérologie ou d'annuaires des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et des établissements autorisés (**Grand Est, Occitanie, Océan indien, Pays de la Loire, Île-de-France**). Elles ont ainsi favorisé une meilleure orientation des malades par les professionnels de santé vers les équipes et les soins les plus adaptés. Dans une démarche régionale d'amélioration de la qualité et sécurité de l'activité de préparation des médicaments anticancéreux stériles, l'ARS **Île-de-France** a organisé un appel à candidatures en 2019 pour sélectionner les établissements de santé qui pourront bénéficier d'un accompagnement opérationnel sous la forme de sessions collectives.

Un engagement dans l'amélioration des délais d'accès aux examens

Leur action a consisté à mettre en place de nouvelles organisations afin de réduire les délais d'accès et de renforcer la qualité et la coordination des soins. Ces nouvelles organisations passaient par le renforcement des équipements. Dans les territoires d'outre-mer, le service d'imagerie nucléaire du **CHU de la Guadeloupe** a ainsi accueilli en 2018 son premier patient, permettant aux habitants de bénéficier de la tomographie à émission de positons (TEP) sur place. En **Île-de-France**, le soutien au déploiement des appareils d'IRM/TEP pour assurer un maillage sur l'ensemble du territoire a permis de réduire les délais d'attente. Dans plusieurs régions (**Île-de-France** et **Normandie** par exemple), des enquêtes ont permis de mesurer différents délais tout au long du parcours : accès au diagnostic, accès à l'IRM, ou entre l'acte chirurgical initial et la première cure de chimiothérapie. En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, une enquête annuelle est réalisée sur les délais de prise en charge des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer du rectum. En région **Grand Est**, un groupe sur l'imagerie et la médecine nucléaire travaille sur les délais d'accès à l'IRM, notamment en pédiatrie. Dans les **Hauts-de-France**, une étude sur les délais de prise en charge pour les cancers du sein, digestifs, urologiques, du poumon et VADS a été réalisée, ainsi qu'un état des lieux des stades au diagnostic. La **Normandie** a réalisé une étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et colorectaux. Des travaux sur les délais de prise en charge des cancers du pancréas ou encore des cancers des adolescents et jeunes adultes ont été menés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

Les ARS sont, en outre, attentives aux questions de démographie médicale, comme au suivi du nombre de postes d'internes. Dans cette logique, des délégations de tâche peuvent constituer une perspective intéressante. Par exemple, un protocole de coopération soutenu par l'ARS **Normandie** prévoyait la réalisation de séances de laser basse énergie pour la prévention et le traitement des mucites buccales chimio et/ou radio induites chez les patients atteints de cancer, par un(e) infirmier(e) ou un(e) manipulateur (trice) d'électroradiologie médicale en lieu et place d'un médecin.

La télémédecine est également venue en soutien à l'organisation des soins. De nombreuses ARS ont ainsi soutenu de nouveaux projets de télé-expertise, notamment en dermatologie (**Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine**). L'ARS **Océan Indien** s'est investi pour sa part dans la définition de protocoles de télémédecine entre Mayotte et La Réunion¹⁶.

Des organisations spécifiques mises en place pour les cancers complexes

De nombreuses ARS ont structuré des parcours spécifiques selon les régions (cancers rares, cancers pédiatriques, oncogénétique, cancers hématologiques). Un nouvel Institut du sein a ainsi été créé à Bastia (**Corse**). À **La Réunion**, une offre hospitalière d'onco-dermatologie est développée dans l'île. En **Martinique**, un congrès caribéen consacré au cancer de la thyroïde en 2018 a permis de développer les échanges interrégionaux et de renforcer l'expertise en vue d'améliorer la prise en charge de ce cancer.

¹⁶ Il est à noter que l'action 2.21 du Plan cancer portait spécifiquement l'objectif de développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.

Des dispositifs dédiés à la prise en charge des cancers pédiatriques en région

Concernant les adolescents et jeunes adultes, plusieurs dispositifs coordonnés ont été mis en place par les ARS (**Auvergne-Rhône-Alpes, Normandie**). Des réunions de concertation pluridisciplinaire spécifiques ont inclus des oncopédiatres en **Provence-Alpes-Côte d'Azur, Océan Indien** et **Hauts-de-France**, tandis qu'en **Occitanie** une information spécifique a été réalisée auprès des professionnels de santé. En **Nouvelle-Aquitaine**, un regroupement de compétences a permis la constitution d'une équipe mobile transversale dédiée à cette population ainsi que la création d'un centre MARADJA. Le réseau RESILIAENCE structure la filière de prise en charge, assure la recherche clinique, informe et aide à la réinsertion après traitement. Un dispositif mobile composé d'une équipe pluridisciplinaire existe également en région **Grand Est**. En **Bretagne**, l'équipe régionale OB'AJA (Oncologie Bretagne adolescents et jeunes adultes) a favorisé la double expertise médicale adulte/enfant pour les prises de décisions thérapeutiques des AJA et l'évaluation des besoins en soins de support.

Une mobilisation des acteurs en région autour de l'oncogériatrie

Les ARS ont également développé des solutions innovantes dans le domaine de l'oncogériatrie, afin d'améliorer la coordination entre les acteurs et la fluidité du parcours des personnes âgées (**Bourgogne France Comté, Bretagne, Pays de la Loire, Corse**). En **Nouvelle-Aquitaine**, un dispositif d'évaluation des pratiques a été mis en place et l'une des unités de coordination est chargée de favoriser la prise en charge oncogériatrique dans les régions d'outre-mer dépourvues d'unité de coordination en oncogériatrie (UCOG). **La Réunion** s'est engagée dans la mise en place d'une antenne d'oncogériatrie et la création d'un MOOC (*Massive open online course*) avec l'UCOG de Toulouse. Dans les **Hauts-de-France**, l'ARS a lancé un appel à projets pour la labellisation de filières dont l'objectif est de structurer des filières gériatriques de territoire graduées et pluridisciplinaires. En **Centre-Val de Loire**, un projet de surveillance à domicile des patients de plus de 75 ans sous chimiothérapie a été lancé en septembre 2019.

Des campagnes d'information ont été menées pour sensibiliser les professionnels de ville ainsi que les personnes âgées de plus de 75 ans à l'intérêt du dépistage précoce du cancer (affiches dans les cabinets médicaux, officines pharmaceutiques, structures de prise en charge) (**Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire**). En région **Grand Est**, des formations assurées par les EHPAD sensibilisent les professionnels de santé aux « signes d'alerte ». De plus, une campagne d'information des professionnels hospitaliers est conduite, portant sur l'intérêt du dépistage de la fragilité de la personne âgée. L'ARS **Normandie** a, par exemple, soutenu une campagne de sensibilisation à la prise en charge des personnes âgées en cancérologie.

OBJECTIF 3. ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les ARS ont encouragé l'élaboration d'outils et d'organisations visant à articuler l'hôpital et la médecine de ville afin d'assurer la coordination inhérente au virage ambulatoire.

Le soutien au déploiement de la chirurgie ambulatoire

L'activité de chirurgie ambulatoire est particulièrement développée en région (**Bourgogne-Franche-Comté, Guadeloupe, Hauts-de-France, Occitanie, Pays de la Loire, La Réunion**), notamment en sénologie en **Île-de-France**. Les ARS sont particulièrement mobilisées pour soutenir et accompagner des équipes dans des établissements autorisés en cancérologie afin de développer l'activité de chirurgie ambulatoire, dans le cadre de l'évaluation organisationnelle et médico-économique de projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer, portée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Institut national du cancer (INCa).

L'accompagnement organisationnel des traitements anticancéreux oraux

Différentes actions ont également été mises en œuvre en régions pour faciliter la dispensation des traitements anticancéreux oraux (**Pays de la Loire, Centre-Val de Loire, Occitanie**). Dans la mesure où la sécurisation de l'utilisation des chimiothérapies orales repose, entre autres, sur une articulation ville-hôpital efficiente, des initiatives développant de nouvelles modalités de coordination ont été menées. C'est le cas de projets extrahospitaliers, en **Nouvelle-Aquitaine** ou encore en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** où les liens entre professionnels ont été renforcés via la formation par les pairs de pharmaciens hospitaliers et pharmaciens d'officine. Des actions de conciliation médicamenteuse sont mises en place dans plusieurs régions à l'appui d'entretiens avec les patients, de brochures d'informations et de formation des pharmaciens (**Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Hauts-de-France**). En **Centre-Val de Loire**, le référentiel régional a été actualisé pour intégrer des molécules supplémentaires dont l'usage à domicile pourrait être développé. Un certain nombre d'outils sont mis en place pour assurer notamment le suivi des effets indésirables et l'observance des traitements (**Corse, Hauts-de-France, Pays de la Loire**). Des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) sont développés pour accompagner les patients (**Guadeloupe, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Occitanie**). Des solutions d'accompagnement par des infirmiers libéraux sont mises en place afin de gérer les effets indésirables en **Bretagne, Normandie** et **Nouvelle-Aquitaine** notamment. L'outil PACCO-Globule est utilisé en **Nouvelle-Aquitaine** pour le suivi des patients.

De nombreuses organisations innovantes ont ainsi été mises en place en régions pour faciliter la prise en charge des patients. En **Guadeloupe**, une équipe mobile d'appui en cancérologie (EMAC) permet d'améliorer la coordination des soins ville-hôpital. Une plateforme de lien ville-hôpital a aussi été mise en place en **Corse**. Plusieurs ARS (**Normandie, Pays de la Loire** notamment) ont soutenu le développement de plusieurs dispositifs spécifiques comme les infirmières de coordination (IDEC). Pour former l'ensemble des professionnels de ville, un MOOC spécifiquement dédié aux professionnels de santé de ville et en particulier aux infirmiers et kinésithérapeutes est mis en place en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et l'ARS a également collaboré avec l'Établissement français du sang (EFS) pour améliorer les circuits. Les dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD) se sont développés pour compléter l'organisation des soins en cancérologie (**Normandie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Le projet ADECAD en **Pays de la Loire** met en place un référentiel de bonnes pratiques de la chimiothérapie à domicile pour les HAD. Les structures de HAD sont également utilisées comme équipes ressources en soins palliatifs (**Bretagne, Pays de la Loire, La Réunion**).

Les nouveaux modes d'administration de la chimiothérapie, par voie orale ou en ambulatoire, ont également contribué au développement de la télésurveillance en région (**Auvergne-Rhône-Alpes** et **Île-de-France**). Un projet de télésurveillance des patients sous chimiothérapies orales et injectables est déployé en **Normandie**. En **Occitanie**, le projet « e-DomSanté » permet à des patientes atteintes de cancer du sein métastatique habitant loin de leur centre de traitement de bénéficier d'une assistance à distance par télémedecine. En 2017, l'ARS **Île-de-France** a publié un état des lieux des traitements médicamenteux des cancers par voie orale en lien avec l'OMEDIT¹⁷. Cette étude a été un préalable à une démarche d'amélioration des organisations hospitalières et ambulatoires et a donné lieu à la mise en place de l'accompagnement des acteurs de la prise en charge ambulatoire avec pour objectif l'amélioration du parcours du patient traité par anticancéreux oraux. L'ARS **Corse** a par ailleurs soutenu un projet de télémedecine en dermatologie pour diminuer notamment la mortalité liée aux cancers cutanés.

¹⁷ Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique.

OBJECTIF 5. ACCÉLERER L'ÉMERGENCE DE L'INNOVATION AU BÉNÉFICE DES PATIENTS

Les actions en soutien à l'accès à la recherche et aux essais cliniques en cancérologie ont été appuyées par les ARS afin de faciliter la participation de patients et de lutter ainsi contre les pertes de chances.

Une diffusion de l'information pour améliorer l'accès aux essais cliniques

Les ARS se sont spécialement impliquées pour informer le grand public concernant l'accès aux essais cliniques et favoriser ainsi l'inclusion des patients. Les acteurs régionaux de la recherche, les ARS et les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), ont œuvré à fluidifier l'accès à l'information sur les essais cliniques pour les professionnels de santé et les patients. Une information sur les dispositifs et essais cliniques en place a été largement diffusée à travers des soirées d'information (notamment sur les sites de recherche intégrée sur le cancer en **Nouvelle-Aquitaine**) ou de répertoires régionaux des essais cliniques, y compris pédiatriques, afin de favoriser l'inclusion des patients (**Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Des newsletters peuvent contribuer à diffuser cette information (**Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Ces initiatives ont été complétées d'actions de formation comme en **Bourgogne-Franche-Comté** et en **Occitanie**.

Des outils pour favoriser l'accès aux essais cliniques

Les ARS ont contribué à favoriser l'accès aux essais thérapeutiques grâce à des dispositifs de proximité. Toutes les régions sont dotées de répertoires ou de plateformes internet, générés et mis à jour par les RRC. La région **Centre-Val de Loire** a fait évoluer son dossier communicant en cancérologie (DCC) pour améliorer l'inclusion des patients dans des essais cliniques. En **Normandie**, l'annuaire régional des essais cliniques intègre des arbres décisionnels par spécialité. La région **Grand Est** développe un registre interopérable avec une interface simple d'accès (web et smartphone) à destination des professionnels et des patients. En **Occitanie**, afin d'avoir une meilleure visibilité du maillage des RCP de recours sur la région et les territoires et d'améliorer l'accès de certaines tumeurs aux innovations thérapeutiques et aux protocoles de recherche clinique, une charte de fonctionnement des RCP de recours a été élaborée, adossée à un annuaire. Parfois, la démarche de recensement des essais cliniques est interrégionale. C'est le cas en **Bretagne** et **Pays de la Loire**, qui ont mis en place une stratégie de renforcement des moyens, en particulier humains, mais aussi de mutualisation et d'organisation des équipes pour soutenir ces inclusions. Une évaluation régulière de l'accès à l'innovation est assurée en région, à l'appui d'indicateurs de suivi et éventuellement de cartographies (**Corse, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Dans cette approche, le groupement interrégional pour la recherche clinique (GIRCI) d'**Île-de-France** prévoit de mettre en place un Observatoire de la recherche clinique.

Des collaborations et des interfaces entre acteurs pour favoriser l'inclusion dans les essais cliniques

Les actions en régions ont contribué à renforcer l'accès à l'innovation et à la recherche. Les équipes mobiles de recherche en cancérologie (EMRC) constituent un moyen de soutenir les investigateurs et de favoriser les inclusions (**Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie**). En **Normandie**, des formations en e-learning ont été proposées aux médecins des établissements de recours et de proximité, ainsi que des ateliers de sensibilisation à la recherche à l'attention des personnels paramédicaux impliqués. Pour soutenir l'accès aux essais en outre-mer, des projets sont développés, notamment en lien avec la Métropole. Ainsi, en **Guadeloupe**, le projet Myléodom est engagé par le registre et une équipe mobile de recherche clinique (EMRC) est déployée sur le territoire. En **Guyane**, la collaboration avec le Centre Léon Bérard de Lyon permet aux établissements de participer à des activités de recherche sur site et d'inclure des patients dans des essais cliniques proposés par le Centre. À **La Réunion**, six programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) ont démarré en lien avec les équipes de Métropole.

Les sept GIRCI (**Est, Nord-Ouest, Grand Ouest, Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Méditerranée et Sud-Ouest outre-mer hospitalier**) comprenaient 84 établissements de santé membres en 2018, dont 47 avec délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Ces GIRCI ont montré le rôle structurant de ces structures dans la recherche clinique sur les territoires lors de leur premier bilan annuel portant sur l'année 2018. Ce dispositif a permis de faire progresser les acteurs et d'améliorer la mutualisation des outils et des compétences et la mise en réseau des investigateurs (augmentation des études cliniques actives en cancérologie soutenues par les EMRC, actions collectives et animations interrégionales notamment par des actions de formation à la recherche clinique assurées par le groupe interGIRCI). Dans les **Hauts-de-France**, le GIRCI Nord-Ouest développe un projet de structuration de l'activité de recherche clinique en cancérologie, fédérant 33 établissements. En **Île-de-France**, le GIRCI a repensé l'organisation des équipes mobiles de recherche clinique pour être au plus proche des établissements et permettre une meilleure adéquation aux besoins.

OBJECTIF 6. CONFORTER L'AVANCE DE LA FRANCE DANS LA MÉDECINE PERSONNALISÉE

Les actions en soutien à l'accès au diagnostic individualisé ont permis de structurer les dispositifs et de favoriser l'accès à une médecine personnalisée.

Des régions investies dans l'accès aux tests d'oncogénétique

L'accès aux consultations d'oncogénétique a été renforcé pour favoriser l'accès à un diagnostic individualisé. Dans les territoires, les régions **Auvergne-Rhône-Alpes** et **Île-de-France** sont concernées par le Plan France génomique 2025 en accueillant les deux premières plateformes de séquençage à très haut débit du génome, dans le cadre des 12 premières pré-indications validées par la HAS dans le champ du cancer et des maladies rares. Par ailleurs, la région **Bourgogne-Franche-Comté** déploie deux plateformes de génétique moléculaire labellisées avec un projet d'intégration des résultats de la consultation d'oncogénétique dans le dossier communicant en cancérologie (DCC). Dans les **Hauts-de-France**, les CHU de Lille et d'Amiens ont travaillé à la construction d'un projet pilote d'introduction progressive du séquençage très haut débit (STHD) dans le parcours de soins des patients présentant une maladie génétique constitutionnelle ou un cancer. Il existe également deux plateformes de génétique moléculaires en **Normandie**. En **Nouvelle-Aquitaine**, le réseau régional de cancérologie suit également l'activité de la Plateforme de génétique moléculaire des cancers (PGMC) de Bordeaux.

Afin de soutenir l'accès aux tests moléculaires pour les personnes les plus éloignées, notamment dans les Outre-mer, des coopérations interrégionales ont vu le jour, comme pour la population **guyanaise** grâce à la convention passée avec le CLCC Léon Bérard à **Lyon**. En **Guyane**, une consultation d'oncogénétique pour les adultes a lieu deux fois par an au Centre hospitalier de Cayenne par un spécialiste du CHU de Martinique. Les consultations d'oncogénétique chez les enfants et les mères sont assurées trois à quatre fois par an. Les tests moléculaires sont réorientés vers d'autres centres de la Métropole si besoin. Enfin, des guides de bonnes pratiques sont diffusés en région, prioritairement vers les professionnels de santé de premier recours (**Grand Est**) ou pour assurer la qualité des prélèvements (**Nouvelle-Aquitaine**). En **Guadeloupe**, des réunions d'information et de formation sont organisées et l'inclusion de la pharmacogénétique dans les plateformes moléculaires est faite par l'Institut Curie. L'accès aux tests est assuré pour les tumeurs constitutionnelles et un circuit est identifié par les deux seuls laboratoires sur place pour les tumeurs solides.

Le déploiement des structures et dispositifs sur les territoires de métropole a favorisé l'accès à la médecine personnalisée

La politique de la couverture territoriale en consultation d'oncogénétique s'est structurée en régions (**Centre-Val de Loire, Corse, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). En **Grand Est** et **Bourgogne-Franche-Comté**, deux programmes assurent le suivi individualisé des personnes présentant des prédispositions génétiques de cancer en organisant en

tant que de besoin l'activité de recours et d'expertise. Un accompagnement a été mis en place en **Nouvelle-Aquitaine** via un programme porté par le RRC. En **Bretagne**, la structuration en oncogénétique s'appuie sur un réseau d'aide au suivi des patients génétiquement prédisposés aux cancers, regroupant huit équipes d'oncogénétique, ainsi qu'une équipe de coordination interrégionale.

Le suivi des personnes à haut risque s'est structuré avec le développement de consultations pour les femmes à haut risque de cancer du sein en **Bourgogne-Franche-Comté**, l'implantation d'un réseau d'aide au suivi des personnes prédisposées génétiquement en Bretagne ou d'un réseau pour améliorer leur parcours en **Occitanie**. Les ARS ont également renforcé l'accès aux tests génétiques grâce à une information et une formation ciblées et proactives des professionnels de santé, dispensée par les plateformes de dépistage (**Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie**).

AXE 2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

OBJECTIF 7. ASSURER DES PRISES EN CHARGE GLOBALES ET PERSONNALISÉES

Les ARS se sont particulièrement investies pour soutenir les actions visant à renforcer l'accompagnement et la qualité de vie des patients, notamment à l'appui des soins de support.

Des outils pour diffuser l'information et faciliter l'accès aux soins de support

La mise en œuvre des actions en région au titre du Plan cancer a permis d'améliorer la lisibilité des soins de support à travers des parcours repensés ou différents outils (répertoires, référents, plateformes d'oncofertilité...). Ainsi, des répertoires des soins disponibles en ville ou en établissement (structures spécialisées, réseaux de soins, associations) ainsi que des livrets d'information ont été largement développés (**Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Guadeloupe, Hauts-de-France, Occitanie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Des fiches de synthèse, carnets de suivi ou encore grilles de repérage et d'évaluation des besoins en soins de support ont été élaborées (**Corse, Hauts-de-France, La Réunion, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). En **Normandie** par exemple, une cartographie numérique répertorie tous les soins de support et ressources hors établissement à chaque étape du parcours, par spécialité d'organes et par profil. En **Pays de la Loire**, la cartographie interactive du réseau régional en cancérologie ONCOPL, tout comme celle déployée en **Nouvelle-Aquitaine**, assure la lisibilité de l'offre de soins de support. Un répertoire a également été financé en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et en **Corse**, inclus dans le dossier patient en **Normandie**. Dans cette logique, une plateforme a été mise en place en **Auvergne-Rhône-Alpes**. L'éducation thérapeutique des patients (ETP) a particulièrement été soutenue par les ARS (par exemple en **Auvergne-Rhône-Alpes** ou en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**), tout comme la préservation de la fertilité (par exemple à **La Réunion**).

L'amélioration de la coordination des soins de support a également été un axe porté par les ARS, comme en **Bourgogne-Franche-Comté**. À ce titre, la coordination par un infirmier pour assurer l'accompagnement des soins de support et le suivi à domicile a été encouragée par les ARS (**Grand Est**). En **Occitanie**, il est prévu la possibilité d'un accompagnement par des patients partenaires. Un accompagnement a pu être envisagé par le réseau ONCODEFI en **Occitanie** pour accompagner les personnes en situation de handicap. En **Pays de la Loire**, un appel à projets sur l'amélioration de l'accompagnement et de l'accès aux soins palliatifs a permis de retenir sept établissements. En 2019, l'ARS a également soutenu un AAP relatif à l'innovation en santé au service de l'amélioration de la prise en charge de la douleur chez les personnes atteintes de cancer, au plus près de chez eux.

Des initiatives ont contribué à renforcer la qualité de l'offre, par la mise en place de formations continues ou par des démarches d'amélioration des pratiques (**Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Des chartes d'engagement encadrent parfois les professionnels de ville sur la qualité et l'accessibilité financière, notamment pour l'offre de soins de support (**Normandie**). Des espaces ressources, ou plateformes de répit, ont pu être mis en place pour les patients et leurs proches (**Hauts-de-France, Normandie**).

Une réflexion sur la mutualisation de l'offre a été incluse dans la démarche de structuration des plateformes territoriales d'appui (**Centre-Val de Loire**) et des alternatives pour proposer des soins au domicile ont pu être mises en place, notamment pour les enfants ou certaines populations précaires (**Guyane, Normandie, Nouvelle-Aquitaine**). Une attention particulière est portée aux personnes âgées atteintes de cancer (**Guadeloupe, Guyane**).

Des dispositifs expérimentant des méthodes alternatives ont été soutenus en région. En **Centre-Val de Loire**, le RRC a été promoteur d'une étude clinique européenne sur la méditation de pleine conscience, dont l'objectif était de déterminer les critères prédictifs de l'amélioration de la qualité de vie de personnes ayant eu un cancer et suivant le programme « Mindfulness-Based Stress Reduction ». En **Guadeloupe**, le réseau Karukera-onco a mis en place des études d'évaluation de « qualité de vie et diététique ».

Dans les **Hauts-de-France**, l'ARS a mené un état des lieux qualitatif et quantitatif des deux techniques de traitement de la douleur prises en compte dans le panier de soins de support (l'analgésie intrathécale et l'hypnoanalgésie), auprès des établissements autorisés en cancérologie et des établissements disposant d'une labellisation « Structure douleur chronique ». L'expérimentation des « patients ressources » conduite par la Ligue contre le cancer et mise en œuvre dans deux régions (**Pays de la Loire** et **Grand Est**), est en cours d'évaluation (patient ressource « parcours » - intermédiaire entre le soignant et le soigné - et patient ressource « témoin » qui sensibilise patients et professionnels sur la base de sa propre expérience).

Une offre diversifiée en activité physique adaptée (APA) en région

En région, de nombreux projets d'activité physique adaptée sont soutenus financièrement. Des approches plus globales ont pu être proposées, par l'intégration de l'activité physique dans le parcours de soins et de la prévention de la récurrence des cancers comme en **Centre-Val de Loire**, en **Grand Est** et en **Bretagne**, en visant à renforcer l'image de soi après la maladie. De manière générale, l'offre en APA est diffusée largement pour informer les patients sur les ressources disponibles et les bénéfices attendus (**Guadeloupe, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). En **Bretagne**, l'expérimentation « Activ breizh » visait à rendre effective la prescription d'activité physique après le diagnostic de cancer du sein dans le pays de Morlaix, en mettant en place un parcours de soins innovant par l'intermédiaire d'une plateforme de coordination. En **Grand Est**, un dispositif visant à améliorer la santé et la condition physique de patients adultes atteints de certaines pathologies, et notamment d'un cancer du sein, du côlon ou de la prostate, a été développé grâce à la pratique d'une activité physique ou sportive sur prescription médicale. En **Océan Indien**, un programme expérimental d'activité physique adaptée a été développé au sein du service d'oncohématologie du centre hospitalier avec la participation du Conseil régional. En **Corse**, l'expérimentation « Sport et cancer » débutée en 2017 a mis en lumière l'importance d'accompagner les patients par l'activité physique, avec le médecin et les éducateurs sportifs. En **Nouvelle-Aquitaine**, plusieurs associations assurant du coaching personnalisé individuel et collectif et proposant des APA auprès de patients en traitement sont soutenues. En **Occitanie**, la prescription d'une activité physique adaptée s'est inscrite dans le cadre du plan régional Sport Santé Bien-être. L'ARS **Hauts-de-France** a créé une plateforme destinée à recenser et labelliser les structures proposant de l'APA. La région **Bourgogne-Franche-Comté** s'appuie par exemple sur un réseau sport et santé pour accompagner la prescription d'APA, relayé par un espace ressources dématérialisé. Une activité assurée par des aides-soignants est également proposée en cours d'hospitalisation.

L'accompagnement nutritionnel des patients atteints de cancer est également un des champs investis

Il s'agit en particulier de repérer la dénutrition et de délivrer des conseils diététiques (**Corse, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Une application a été développée dans les **Hauts-de-France** pour aider les équipes culinaires et les diététiciens à décliner les plats selon les effets secondaires des patients traités sous chimiothérapie.

L'accompagnement psychologique des patients peut être assuré par différentes modalités

Des groupes de parole peuvent être mis en place pour certains cancers, comme la prostate (**Bretagne**). En **Corse** et **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, une coordination du suivi par un réseau de psychologues permet d'assurer un suivi près du domicile des patients. En **Normandie**, une enquête a été menée auprès des psychologues libéraux afin de les sensibiliser à la prise en charge des patients atteints de cancer. Une charte d'engagement accompagne les psychologues souhaitant rejoindre le réseau. Le réseau régional de cancérologie de **Nouvelle-Aquitaine** a coordonné l'élaboration d'un référentiel interrégional AFSOS¹⁸ sur le deuil. Des formations sur l'annonce de mauvaises nouvelles sont organisées dans **les Hauts-de-France**.

L'accompagnement social des patients

Plusieurs actions déployées en région ont visé à corriger les inégalités sociales de santé, notamment par des rapprochements avec les centres d'actions sociales ou les comités de la Ligue contre le cancer, pour la prise en charge des prothèses capillaires par exemple (**Bourgogne-Franche-Comté, Guadeloupe**) ou le renforcement de l'offre en place d'Appartements de coordination thérapeutique (ACT), de Lits d'accueil médicalisés (LAM) et Lits halte soins santé (LHSS) (**Grand Est**). Une prise en charge de la chirurgie réparatrice et reconstructrice est également soutenue en région (**Bretagne, Guadeloupe**). Deux programmes d'ETP (cancer du sein et cancer de la prostate) sont financés à **La Réunion** dans le cadre du projet d'autonomie en santé, incluant une offre de soins de support, d'activités culturelles et des ateliers de retours d'expérience entre patients. Pour soutenir le maintien dans l'emploi, notamment des personnes les plus fragiles, la **Normandie** a mené une enquête afin de recenser les besoins en ressources pour renforcer le maintien et le retour à l'emploi.

La prise en compte de la douleur

Des projets sont menés en région afin de mieux répondre à cette problématique. Un état des lieux a été réalisé en vue de mettre en place une réunion de concertation de recours régionale en **Normandie**. Il s'agit d'une thématique sur laquelle les régions expérimentent des organisations innovantes. Les **Hauts-de-France** ont mis en place une structure labellisée par l'ARS avec un rôle de recours, d'expertise et de formation pour la prise en charge de la douleur en cancérologie. En **Corse**, un réseau de professionnels de santé a été constitué pour mieux répondre aux douleurs réfractaires et homogénéiser le panier de soins antalgiques. La région **Pays de la Loire** expérimente deux projets innovants dans la lutte contre la douleur. En **Nouvelle-Aquitaine**, le soin des lymphœdèmes après un curage axillaire ou l'ablation d'un ganglion sentinelle, suite à un cancer du sein, est assuré en ambulatoire avec l'appui de deux kinésithérapeutes, et après formation de la patiente et de son entourage. Complication fréquente du cancer, la thrombose veineuse fait également l'objet d'informations et de formations auprès des professionnels et des patients (**Nouvelle-Aquitaine, Normandie**).

L'enjeu de soins de support en proximité

Enfin, de nombreux dispositifs ont visé à soutenir la vie et le maintien à domicile grâce à des actions d'accompagnement des patients et de leurs proches (**Hauts-de-France, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Cette offre de soins de support a parfois été accompagnée d'actions spécifiques envers les personnes les plus éloignées du système de santé. Ainsi en **Guyane**, le développement de l'offre de soins de support, notamment de soutien psychologique, en lien avec le réseau régional, s'est appuyé sur l'accès à des médiateurs culturels dans les établissements de santé. Ces dispositifs, présents sur l'ensemble du territoire, ont été renforcés par des propositions d'hébergement spécifiques pour les patients ultramarins. Ainsi en **Océan Indien**, les patients de Mayotte soignés à La Réunion peuvent bénéficier depuis 2017 d'un hébergement extrahospitalier mis en place par le CHU. En **Guadeloupe**, un séminaire spécifique sur les soins de support, pour tous les acteurs intervenant en cancérologie, a été organisé avec le soutien de l'Association française pour les soins

¹⁸ Association francophone des soins oncologiques de support.

oncologiques de support (AFSOS). En **Martinique**, le référentiel de formation en socio-oncologie a été décliné afin de permettre une spécialisation des assistants sociaux intervenant en cancérologie.

Le renforcement de l'offre en soins palliatifs dans les territoires

L'accompagnement en soins palliatifs et la diffusion d'une culture palliative ont été renforcés sur les territoires, à l'appui d'équipes ressources en soins palliatifs, au domicile (en HAD ou via des équipes mobiles) ou en structures médico-sociales (**Bretagne, Île-de-France, Guyane**). Pour limiter les hospitalisations non programmées, la **Normandie** évalue la faisabilité d'une part des soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et d'autre part du repérage précoce des besoins en soins palliatifs. La région **Pays de la Loire** expérimente une organisation facilitant la décision en RCP d'un arrêt de la chimiothérapie, pour une orientation en soins palliatifs. Le projet Coordination et compétences territoriales en cancérologie (CCTC), soutenu en région **Grand Est**, s'articule autour d'une infirmière de coordination formée en cancérologie et en soins palliatifs, pour assurer la fluidité et la continuité des soins entre l'hospitalisation et le domicile. Aux côtés des unités de soins palliatifs (USP) et des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), **l'Île-de-France** et les **Hauts-de-France** ont édité des guides pratiques. Les **Hauts-de-France** ont également mis en place des « Espaces ressources cancer » (ERC). Ces structures de proximité ont pour mission de coordonner le parcours de soins oncologiques de support en ville, et de proposer des consultations et des prestations de soins de support adaptés aux besoins des malades atteints de cancers, au plus proche de leur domicile. Ces ERC s'adressent aux malades et à leurs proches, à tout moment de la maladie. L'ARS **Pays de la Loire** a, de son côté, soutenu un appel à projets en 2018 visant à optimiser l'accompagnement des personnes avec traitement anticancéreux dans le contexte d'un cancer en situation palliative. L'ARS **Provence-Alpes-Côte d'Azur** a également renforcé l'offre sanitaire en soins palliatifs en région, dans le cadre de son nouveau Plan régional de santé (PRS).

OBJECTIF 8. RÉDUIRE LES RISQUES DE SÉQUELLES ET DE SECOND CANCER

Des initiatives en régions ont concerné le suivi du patient après son cancer dans une approche « parcours de santé ».

Un accès aux dispositifs de préservation de la fertilité soutenu en région

Les dispositifs de préservation de la fertilité sont particulièrement soutenus en région, afin d'assurer un maillage territorial satisfaisant. Les initiatives ont consisté à sensibiliser des professionnels de santé et des patients, via des plateformes, supports d'information ou lignes téléphoniques, afin de faciliter l'accès aux ressources et compétences régionales dans ce domaine de la prise en charge (**Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Normandie, Pays de la Loire**). Un état des lieux de l'organisation régionale en **Bourgogne-Franche-Comté** a permis d'identifier un plan d'actions pour garantir un accès équitable à la préservation de la fertilité. Des plateformes dédiées ont pu être mises en place pour assurer la mise à disposition des compétences appropriées et la coordination des parcours (**Bretagne, Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire**). Une fiche informatique a été créée pour la prise en charge des situations compliquées d'oncofertilité en pédiatrie (**Bretagne**). En **Corse** et en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, un outil interrégional permet aux centres de préservation de la fertilité d'échanger de manière sécurisée sur les dossiers complexes. Des modèles de prescription d'examen complémentaires ont été élaborés en **Corse** et **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. La plupart des régions ont mis en place des fiches standardisées de liaison pour la préservation de la fertilité féminine et masculine. Une charte régionale assure le suivi par des référents parcours et la mise en place de consultations relais par des gynécologues formés permettant d'améliorer l'orientation vers la plateforme d'oncofertilité. En région **Grand Est**, il est prévu que l'item relatif à la préservation de la fertilité soit bloquant pour la validation de la fiche RCP. Un système d'alerte est également paramétré en **Occitanie**. Un Observatoire de la fertilité a été mis en place dans les **Hauts-de-France**, avec suivi clinique des bénéficiaires du dispositif et un volet recherche sur les stratégies de préservation de la fertilité selon les protocoles thérapeutiques.

Une mobilisation des acteurs autour de la prévention tertiaire

De nombreux projets sont menés en région dans le champ de la prévention tertiaire. Un modèle d'organisation spécifique de coordination du parcours de soins en cancérologie sur un territoire est expérimenté en **Bourgogne-Franche-Comté**. Un programme post-traitement du cancer du sein est également déployé dans des services de soins de suite et de réadaptation, à proximité du domicile et accessibles en hospitalisation de jour (incluant APA collective, prise en charge diététique individuelle, suivi par kinésithérapeute, assistant social et psychologue). Les régions sont particulièrement engagées dans l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer. Des actions de sensibilisation et d'information sont généralement mises en œuvre, notamment sur les modalités de prescription par les infirmiers du sevrage tabagique (**Normandie**). Des centres de lutte contre le cancer sont mobilisés dans le cadre du déploiement du dispositif « Lieu de santé sans tabac » et sont davantage incités à proposer systématiquement un accompagnement au sevrage tabagique (**Grand Est**). Des actions de prévention tertiaire concernent également la prise en compte de la consommation d'alcool, par exemple en incluant cet item dans la fiche RCP (**Normandie**). De manière plus générale, la **Nouvelle-Aquitaine** a mis en place trois parcours personnalisés de l'après-cancer (gynécologie, urologie, chirurgie digestive), permettant ainsi d'aborder les règles d'hygiène de vie et de prévention et la surveillance.

Une volonté d'organiser le suivi sur le long terme

Des initiatives sont menées en région, afin d'organiser le suivi à long terme des personnes ayant été traitées pour un cancer. Le service d'oncopédiatrie du CHU de **La Réunion** a ainsi institué un suivi à long terme de ses patients. Un protocole de suivi à long terme des leucémies aiguës lymphoblastiques de l'enfant a été mis en place, de même qu'un protocole de dépistage des cancers du sein et de la thyroïde des patients irradiés dans l'enfance. Il y existe aussi la mise en œuvre de la Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), pour améliorer la récupération post opératoire et permettre une reprise plus rapide des activités antérieures. Dans les **Hauts-de-France**, un programme d'ETP pour les AJA est développé en vue de les impliquer dans le suivi à moyen et long terme de leur maladie (axé sur le dépistage et la gestion des séquelles, ou des complications, liées à la maladie et aux traitements).

OBJECTIF 9. DIMINUER L'IMPACT DU CANCER SUR LA VIE PERSONNELLE

Même s'il ne s'agit pas d'une compétence propre des ARS, ces dernières se sont impliquées pour contribuer au déploiement d'actions visant le maintien dans la scolarité ou l'emploi afin de limiter les conséquences sociales de la maladie.

Des actions pour soutenir les proches et les aidants

Les ARS ont développé des approches ciblant particulièrement les proches et les aidants. En **Centre-Val de Loire**, un annuaire des structures d'appui aux aidants a été mis à disposition sur certains territoires. En **Nouvelle-Aquitaine**, les plateformes territoriales d'appui (PTA) nouvellement mises en place ont priorisé des actions envers les aidants. Conjointement, les ARS **Auvergne-Rhône-Alpes** et **Occitanie** ont accompagné la création d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour les personnes atteintes de maladies chroniques lourdes, dont les cancers, en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Pour soutenir l'accompagnement social de la maladie, l'ARS **Grand Est** accompagne l'action de l'Association Cancer Solidarité Vie, qui vise à faciliter les échanges entre malades et aidants et à gérer les problèmes de la vie quotidienne dans l'autonomie et la dignité. L'ARS **Normandie** a soutenu l'élaboration d'une charte d'engagement des orthophonistes, garantissant un tarif unique. Par ailleurs, l'expérimentation de patients ressources (témoins ou aidant parcours) souhaite être développée en **Pays de la Loire**.

Des actions pour favoriser le maintien et le retour à l'emploi

En termes de maintien et de reprise d'activité, la **Martinique** a expérimenté des dispositifs préfigurateurs de retour à l'emploi qui ont vocation à être pérennisés et étendus. En **Auvergne-Rhône-Alpes**, l'ARS a soutenu un projet visant à réduire les inégalités devant l'emploi après un cancer du sein, en portant une attention particulière aux populations fragilisées qui sont les plus pénalisées par la maladie (les femmes les moins qualifiées et/ou les plus âgées). En **Occitanie**, des actions de sensibilisation envers les chefs d'entreprise ont abordé le maintien dans l'emploi. Un kit d'animation a été élaboré pour aider les acteurs à organiser et animer des sessions de sensibilisation dans une approche préventive et collective. Dans les **Hauts-de-France**, l'ARS est partenaire d'un projet visant le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle, à l'appui d'un service interactif d'information et de coaching à l'emploi pour les personnes malades et les employeurs. En **Nouvelle-Aquitaine**, certaines associations aident et accompagnent la reprise d'une activité professionnelle et sensibilisent les entreprises à la question du cancer chez leurs employés. En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, l'association CAIRE 13 se mobilise pour aider les travailleurs indépendants touchés par le cancer et leurs familles. Un colloque dédié à la thématique « cancer et emploi » a été organisé en **Pays de la Loire** par le Cancéropôle Grand-Ouest et a permis d'aborder la reprise temporaire du travail ou la meilleure prise en compte du vécu pendant et après le cancer.

Des actions pour garantir l'insertion professionnelle des adolescents et jeunes adultes touchés par le cancer

Concernant les adolescents et jeunes adultes, des interfaces ont été initiées avec les acteurs sociaux et médico-sociaux pour favoriser l'insertion professionnelle en région **Grand Est** (université, maisons du handicap). Une application visant à améliorer leur qualité de vie et à rompre l'isolement est en cours de développement. Une équipe régionale AJA a été mise en place en **Bourgogne-Franche-Comté** pour structurer et organiser les parcours, notamment pour évaluer, dès la prise en charge initiale, les besoins en soins de support et les moyens de réinsertion dans les études ou la vie active.

AXE 3. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

OBJECTIF 10. LANCER LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME

La dynamique de prévention, notamment autour de la déclinaison du Plan national de réduction du tabagisme (PNRT), puis du Plan national de lutte contre le tabac (PNLT), a souligné l'investissement des agences régionales de santé (ARS) sur cette thématique et, plus particulièrement, en lien avec l'enjeu de lutte contre les inégalités, notamment sociales.

La mobilisation des professionnels de santé dans la lutte contre le tabac

Le déploiement de la démarche « Lieux sans tabac » a concerné de nombreux établissements, et en priorité les services de maternité et d'oncologie (**Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Mayotte, Normandie, Nouvelle-Aquitaine**). Ces initiatives ont mobilisé de nombreux professionnels de santé, notamment les nouveaux prescripteurs de traitement de substitution de la nicotine (TSN) : infirmiers, pharmaciens (**Corse, Hauts-de-France, Île-de-France, La Réunion, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Une formation des acteurs de la cancérologie a été menée en **Bretagne** en vue de faciliter l'accès aux consultations de sevrage pour les personnes en chimiothérapie. Des programmes d'éducation thérapeutique du patient sur l'addictologie, ainsi que d'activité physique adaptée chez les personnes présentant des conduites addictives, ont été également déployés. En **Nouvelle-Aquitaine**, des pairs aidants, mobilisés auprès d'anciens fumeurs, peuvent accompagner la démarche de sevrage. Des dispositifs ont parfois associé de manière plus étroite les collectivités et élus locaux impliqués, en fonction des régions, avec l'adoption de plages, parcs, terrasses sans tabac ou villes pilotes sans tabac (**Corse, Grand Est, La Réunion, Normandie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur**).

Des actions ont également associé le secteur du travail. Un projet ambitieux d'agir sur les addictions en milieu professionnel a été mené en **Bretagne**, en lien avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Une formation spécifique des personnels de santé au travail a été proposée en **Corse**. Le développement des compétences des personnels en institutions accueillant ou prenant en charge des jeunes et leur entourage était également soutenu en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

Une attention particulière pour les populations vulnérables

Certaines actions d'aide au sevrage ont ainsi ciblé les femmes enceintes, les personnes en situation de handicap, les personnes en milieu rural ou des quartiers Politique de la ville et les personnes incarcérées (**Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Normandie, Grand Est, Île-de-France, Occitanie, Pays de la Loire**). En raison de la prévalence du tabac sur son territoire, la **Corse** est particulièrement mobilisée sur cette problématique de santé publique et a déployé des actions d'information et de sensibilisation sur les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Son plan régional cible plus particulièrement les jeunes et les femmes en âge de procréer. Un projet de recherche est mené en **Bourgogne-Franche-Comté** sur l'utilisation de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique de patients atteints de troubles psychiatriques. Des actions de marketing social ont été initiées dans les **Hauts-de-France**. Des actions de prévention tertiaire pour accompagner l'arrêt du tabac chez les patients atteints de cancer ont été soutenues en **Nouvelle-Aquitaine**. Une plaquette destinée aux travailleurs sociaux des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) a été publiée en **Bretagne**. Une dynamique de renforcement des compétences psychosociales et soutien par les pairs a également été enclenchée dans les régions, comme en **Martinique** ou en **Centre-Val de Loire**. La **Normandie** a également été mobilisée sur le sujet à travers un appel à projets, en 2019, visant la réduction du tabagisme et la prise en compte des pratiques addictives des fumeurs, ciblant particulièrement les personnes en situation de précarité.

De nombreux outils mobilisés pour accompagner l'arrêt du tabac

Plusieurs régions se sont mobilisées pour identifier, grâce à des éléments d'évaluation, les actions efficaces dans la prévention du tabac. En **Bourgogne-Franche-Comté**, un référentiel d'intervention partagé a été réalisé. Une dynamique de transfert de connaissance a été impulsée en **Normandie**. Une implémentation d'actions ciblées en milieu scolaire a été initiée en **Pays de la Loire**. Des formations et des documents d'information ont été mis à la disposition des professionnels de santé du premier recours qui sont des relais essentiels, du fait de leur proximité avec les personnes ciblées (**Nouvelle-Aquitaine, Normandie, Grand Est**). L'accompagnement à l'arrêt du tabac, deuxième axe du PNRT, a également été très investi, à travers la formation des professionnels de santé (**Normandie, Île-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire**).

Des leviers d'actions spécifiques auprès des jeunes, adolescents et étudiants

De manière générale, de nombreuses actions ont ciblé les jeunes. La plupart des interventions étaient menées en milieu scolaire ou auprès des parents, mobilisant les personnels des établissements, notamment avec le programme TABADO. Cette action visait à inciter les adolescents au sevrage tabagique, en ciblant principalement les centres de formation des apprentis et lycées professionnels. L'objectif était d'étendre cette expérimentation à l'ensemble des territoires d'outre-mer, tout en l'adaptant à un contexte spécifique dans la mesure où la thématique de la lutte contre le tabagisme y est moins prioritaire, au vu de la plus faible prévalence tabagique par rapport à la Métropole. En 2019, l'extension de l'expérimentation a ainsi déployé une approche plus globale, liée aux addictions et adaptée aux structures locales. La **Guyane** a, par exemple, élaboré une feuille de route de mobilisation régionale contre les addictions. De nombreux programmes de développement des compétences psychosociales ont été développés, pour éviter l'entrée dans la consommation de substances psychoactives et réduire les comportements à risque, dans un souci de réduction des inégalités de santé (territoires Politique de la ville et zones rurales) (**Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Guyane, Hauts-de-France, Mayotte, Occitanie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur**).

Beaucoup d'actions reposaient sur la mobilisation des pairs, pour déconstruire le rapport au tabac et, plus largement, les addictions, notamment dans les lieux festifs (soirées, bars, salles de concerts) ou sportifs (**Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Hauts-de-France, Occitanie, Pays de la Loire**). Ces initiatives pouvaient cibler plus particulièrement les étudiants (**La Réunion, Mayotte**).

OBJECTIF 11. DONNER À CHACUN LES MOYENS DE RÉDUIRE SON RISQUE DE CANCER

Les actions en soutien de la prévention ont fait l'objet de nombreuses modalités d'action en région (interventions, expérimentations, recherche, sensibilisation notamment des professionnels de premier recours et du grand public), associant de nombreux partenaires. Par exemple, l'ARS **Île-de-France** a produit un guide d'intervention en prévention et promotion de la santé, en vue d'informer ses partenaires sur les orientations de la politique régionale avec l'une des fiches thématiques dédiée spécifiquement au cancer. Un dépliant « Comment réduire son risque de cancer » aborde, par exemple, les questions de prévention en **Guyane**.

La promotion d'une alimentation équilibrée par l'ensemble des acteurs sur le territoire

Les acteurs de terrain sont particulièrement mobilisés sur la nutrition (alcool, alimentation, activité physique). Les initiatives ont particulièrement concerné les enfants, en mobilisant l'ensemble de la communauté socio-éducative (**Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur**). Dans les **Hauts-de-France**, l'ARS soutient le centre expert Nutrition, chargé de former les personnels de la restauration scolaire notamment sur les circuits courts et le respect de l'équilibre alimentaire. Un projet expérimentant l'adaptation du Nutriscore en restauration collective, afin d'évaluer les changements de comportements, est actuellement testé en **Île-de-France**, et l'ARS **Normandie** soutient les collectivités locales dans le déploiement d'une stratégie nutritionnelle en restauration collective. La région **Pays de la Loire** a impliqué les assistantes maternelles avec la mise à disposition d'un guide. Dans la région **Grand Est**, une formation d'étudiants relais est proposée à l'université pour des étudiants de PACES¹⁹. Des actions de promotion de la nutrition ont eu lieu dans diverses villes de **Guyane** (« Du jardin à l'assiette », « une alimentation équilibrée », jardin pédagogique, classe du goût et élevage de poules, ateliers d'éducation nutritionnelle, cours de cuisine pour petits budgets...). Le programme ICAPS a également été déployé dans 15 sites pilotes dont la **Guadeloupe** et la **Martinique**. Publiée en 2018 par le réseau NACRe (Réseau national alimentation cancer recherche), une collection de dépliants a eu pour objectif de présenter les facteurs de risque et les recommandations de prévention pour les régions d'**outre-mer**. Une campagne de communication dédiée à la nutrition a également été menée à **Mayotte** en 2018. Enfin, une campagne de marketing social et communication digitale a été déployée dans les **Hauts-de-France**. Les collectivités se sont également inscrites dans une démarche active de déploiement de programmes globaux intergénérationnels et intersectoriels, à travers les chartes « Villes actives » comme en **Occitanie**. Un référentiel à destination des élus est élaboré en **Bourgogne-Franche-Comté** afin de les accompagner dans la mise en place d'actions de prévention dans le champ de la nutrition. À **La Réunion et Mayotte**, les messages sont principalement ciblés sur le diabète mais permettent d'aborder les mêmes facteurs de risque.

La promotion de l'activité physique

Le plus souvent, ces actions, liées à la nutrition, ont été combinées à la promotion de l'activité physique (**Hauts-de-France, Occitanie**). Des interventions visant à sensibiliser et informer sur la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière, ont été conduites au sein de structures accueillant des publics en situation de fragilité (structures d'aides alimentaires type épiceries sociales et solidaires, CCAS...) en **Auvergne-Rhône-Alpes**. D'autres actions ont ciblé ces publics précaires, en favorisant l'accès à une alimentation équilibrée des populations bénéficiant de l'aide alimentaire en épiceries sociales ou centres d'hébergement, par des mesures d'accompagnement, de sensibilisation et par l'accès à des denrées variées ou en proposant des ateliers culinaires (**Île-de-France, Grand Est, Normandie**). Un atelier santé autour de la nutrition et

¹⁹ Première année commune aux études de santé.

de la prévention addictologie a ciblé les femmes en très grande précarité (certaines vivant dans la rue et dormant à l'accueil de nuit, d'autres étant hébergées dans des foyers) en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** à l'occasion des Journées Bien Être organisées par le CCAS de Nice. En **Île-de-France**, un partenariat avec le Samu social a permis de proposer des animations sportives dans huit hôtels sociaux. Un partenariat a été signé dans les **Hauts-de-France** avec la Fédération des centres sociaux, afin de développer des actions de promotion de l'alimentation et de l'activité physique. De manière plus générale, des dispositifs d'accompagnement vers la pratique d'activité physique ont été financés en région, avec notamment la réalisation d'ateliers passerelles pour les bénéficiaires ayant des limitations fonctionnelles modérées et ne pouvant pratiquer sans accompagnement dans une structure sportive (**Auvergne-Rhône-Alpes**). En **Bretagne**, des maisons Sport santé sont mises en place. Parmi les nombreuses actions soutenues en région, une cartographie permet de recenser les structures proposant des programmes d'activité physique, adaptée ou non, en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

Une mobilisation en région pour lutter contre la consommation d'alcool et contre les addictions

De nombreuses actions en région ont cherché à lutter contre la consommation d'alcool et contre les addictions en général. En **Occitanie**, des actions mobilisant les pairs sont déployées en collèges et lycées, et des ateliers ludo-éducatifs sont proposés en écoles primaires. D'autres interventions en milieu scolaire ont été menées, en vue de développer les compétences psychosociales (**Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine**). Plusieurs formations de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB) ont été proposées en région, notamment chez les jeunes et les femmes enceintes ou en âge de procréer (**Grand Est, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire**). Des interventions visant la réduction des risques en milieu festif, associées à un accompagnement à l'arrêt (animation de groupes de parole, permanences d'accueil, visite à domicile) ont été soutenues en **Centre-Val de Loire et Pays de la Loire**. En région **Grand Est**, un bar associatif sans alcool accueille tous les publics. Des espaces d'accueil des publics permettent d'aborder la question de la réduction des risques et de proposer des actions de prévention en addictologie, notamment au sein des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, des Centres jeunes consommateurs ou des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (**Guyane, Île-de-France**). De tels lieux permettent l'accueil des personnes vulnérables par un binôme infirmier/travailleur social (**Grand Est**). Des structures plus spécifiques permettent d'accueillir d'autres publics fragiles, comme les Maison d'accueil spécialisé en **Île-de-France** prenant en charge les patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à la consommation d'alcool. En **Normandie**, des démarches d'accompagnement adapté aux publics en situation de précarité (notamment auprès des structures du dispositif « Accueil, Hébergement, Insertion ») et d'accompagnement des associations d'entraide sont soutenues. En **Pays de la Loire**, les publics vulnérables bénéficient d'interventions renforcées (décrocheurs scolaires, jeunes en milieu rural, femmes enceintes et leur entourage), en partenariat avec les professionnels de santé de premier recours, du milieu de l'entreprise, des services de santé au travail. Des équipes de Liaison et de soins en addictologie (ELSA) ont pour mission de former et de sensibiliser les soignants sur les questions de dépistage, prise en charge ou orientation des patients ayant une conduite addictive (**Île-de-France**). En **Normandie**, un annuaire régional des consultations et lieux de prise en charge en addictologie et alcoologie permet d'informer les professionnels et le public sur les structures spécialisées. En **Nouvelle-Aquitaine**, un projet ciblant les jeunes consommateurs de substances psychoactives assure une articulation entre les services d'urgences et les dispositifs spécialisés en addictologie.

Des initiatives en région pour soutenir la vaccination

Les régions se sont engagées dans la promotion de la vaccination contre les hépatites virales afin d'en améliorer la couverture vaccinale. La vaccination contre l'hépatite B est promue avec des campagnes de vaccination des futurs professionnels de santé, personnes immunodéprimées, en milieu scolaire (**Grand Est**), dans les maternités (**Guyane**). Des actions de promotion de la vaccination et des dépistages des personnes exposées au risque d'hépatites B et C (publics des structures d'addictologie, comportements sexuels à risques) sont déployées en vue de favoriser l'accès à la

prise en charge (**Guyane, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine**). Dans les **Hauts-de-France**, les centres de vaccination mettent en place des actions de sensibilisation, notamment lors des « Journées défense et citoyenneté », avec des interventions sur la promotion de la vaccination incluant un focus spécifique sur la vaccination anti HPV. Des expérimentations sont soutenues par le ministère de la Santé en **Grand Est** et **Guyane** pour améliorer la couverture vaccinale. Il s'agit de mobiliser différentes stratégies d'intervention. La vaccination est par exemple proposée aux jeunes filles des collèges des communes isolées en **Guyane**, et le rattrapage vaccinal en milieu scolaire est organisé en région **Grand Est**. L'amélioration du taux de couverture vaccinale s'est traduite en région par plusieurs types d'actions menées, comme le renforcement de l'implication des structures existantes, la diversification des sites de vaccination (**Guadeloupe**), le développement de l'implication des partenaires, ou encore l'intervention auprès de populations et territoires spécifiques.

OBJECTIF 12. PRÉVENIR LES CANCERS LIÉS AU TRAVAIL OU À L'ENVIRONNEMENT

Des actions permettant de mieux comprendre le lien entre cancer et environnement et de protéger les populations des expositions à risque (actions de sensibilisation, surveillance) ont été menées par les agences régionales de santé (ARS). La prévention des cancers liés au travail ou à l'environnement fait appel à plusieurs politiques publiques en région.

Des initiatives en région pour limiter les expositions professionnelles

Sur le volet des cancers professionnels, les actions de prévention sont mises en œuvre dans le cadre du Plan régional santé-travail piloté par les directions régionales des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), auquel sont associées les agences régionales de santé. Des consultations sont menées en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** sur le risque lié aux expositions professionnelles et environnementales sur le bassin industriel de l'Étang de Berre, en lien avec le Plan santé-travail. En **Île-de-France**, l'ARS contribue au financement d'une enquête permanente destinée à recueillir des parcours de travail, à identifier des expositions aux cancérogènes à caractère professionnel et à suivre leur reconnaissance en maladie professionnelle. Une enquête est menée au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux sur l'exposition à l'amiante en **Nouvelle-Aquitaine**. À **La Réunion**, des actions de sensibilisation ciblent des publics non avertis du risque d'amiante (bricoleurs occasionnels, agents techniques des collectivités, jeunes diplômés de la filière du bâtiment et des travaux publics).

La mobilisation des acteurs pour limiter les expositions environnementales

La prévention des cancers liés à l'environnement est déclinée au sein du Plan régional santé-environnement en lien avec le projet régional de santé, dans une logique d'urbanisme favorable à la santé, visant en particulier la qualité de l'air intérieur et la pollution atmosphérique. En **Nouvelle-Aquitaine**, un dispositif de surveillance concerne les riverains de parcelles agricoles pour évaluer leur exposition aux pesticides. À **La Réunion**, une analyse de la qualité de l'air est faite aux abords des champs de canne et un programme de sensibilisation au bon usage des pesticides cible les maraîchers. Une action de réduction de l'usage des biocides dans les établissements de santé et médico-sociaux est en place en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. En **Bourgogne-Franche-Comté**, une feuille de route vise à diminuer l'usage des phytosanitaires CMR (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques) à terme. Des stations de mesure évaluent la présence de phytosanitaires dans l'air en **Occitanie** et de nombreuses initiatives visent à mieux informer sur la qualité de l'air. En **Normandie**, des actions visant à réduire l'exposition aux polluants de l'air extérieur dans le cadre de l'aménagement du territoire sont déclinées à l'appui d'un guide mis à disposition des collectivités et d'une charte de bonnes pratiques. Des collaborations en **Bourgogne-Franche-Comté** visent à réduire les pollutions particulières cancérigènes et les brûlages à air libre. Un dispositif de surveillance de la qualité de l'air et de l'exposition aux pesticides est déployé en **Centre-Val de Loire**. Un site d'information a été mis en place en **Auvergne-Rhône-Alpes**, afin d'inciter aux changements de comportements au regard des déterminants environnementaux de la santé.

Une attention particulière aux expositions durant l'enfance

Afin de limiter les expositions, de nombreuses régions ont décidé d'agir en faveur de la petite enfance, en l'inscrivant comme cible prioritaire de leur stratégie de prévention et promotion de la santé environnementale. La région **Nouvelle-Aquitaine** a mis en place une stratégie dédiée à la petite enfance, toute comme la **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Dans le cadre de son Plan régional santé environnement (PRSE3), l'ARS **Bourgogne-Franche-Comté** a contribué au lancement d'un appel à projets pour diminuer l'apparition de maladies chroniques et de troubles de la santé chez les jeunes enfants en limitant leur exposition à des substances toxiques présentes dans les environnements intérieurs (produits d'entretien, cosmétiques, accessoires en plastiques...). En **Auvergne-Rhône-Alpes**, des programmes d'éducation santé-environnement visent également à garantir la qualité de l'air dans les structures d'accueil des jeunes enfants. De plus, le programme « 1 000 jours qui comptent » cible les professionnels de santé de la périnatalité pour favoriser la prise de conscience des liens existants entre l'environnement et la santé pendant les deux premières années de l'enfant.

La prise en compte de facteurs de risque environnementaux particuliers

Certaines spécificités en termes d'exposition environnementale ont conduit les ARS à mettre en œuvre des actions ciblées sur leurs territoires, notamment auprès des populations exposées. De nombreuses régions ont ainsi diffusé une information spécifique sur le risque lié au radon, un gaz radioactif cancérigène présent naturellement dans certains territoires. Des cartographies des « zones à risque radon » sont généralement développées. Des actions de sensibilisation des habitants vivant dans des zones d'exposition au radon sont diffusées (**Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie**) et une surveillance est mise en place pour les établissements recevant du public et soumis à la réglementation « radon » (**Bourgogne France Comté, Bretagne, Pays de la Loire**). L'ARS **Grand Est** a également renforcé la communication et la prévention des risques liés au radon, tout comme la **Normandie**. Des actions sont menées en lien avec l'Anah (Agence nationale de l'habitat) pour soutenir des programmes dédiés à l'habitat (**Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est**). Des dosimètres ont parfois été mis à la disposition de la population afin de sensibiliser les habitants et d'inciter les professionnels du bâtiment et bailleurs sociaux à réaliser des diagnostics « radon » (**Bretagne, Pays de la Loire**). La **Bretagne** a mis à disposition une boîte à outils pour aider à mettre en œuvre des actions locales de sensibilisation. L'**Occitanie**, concernée par le radon, s'est engagée pour déployer sur certaines zones géographiques une campagne de dépistage du radon dans l'habitat individuel et une sensibilisation à ce risque. Des kits gratuits ont été mis à disposition, comme en **Pays de la Loire**. Des campagnes de mesures du radon ont concerné des logements destinés à la réhabilitation en **Corse**, où des campagnes de communication ont permis de mieux faire connaître le radon, en l'associant à un autre facteur de risque, le tabac, soulignant également l'effet cumulatif sur la survenue de cancer du poumon.

La prévention du risque solaire a également constitué une priorité pour certaines régions. En **Auvergne-Rhône-Alpes**, une information spécifique est dédiée à la « santé en été ». L'ARS soutient également le programme « Vivre avec le soleil » porté par l'association Sécurité solaire. Des actions de sensibilisation au risque de cancer de la peau sont organisées en **Nouvelle-Aquitaine** tout comme en **Normandie**. Le programme de l'association « Sécurité solaire » a également été initié en **Bretagne**, l'une des régions de France les plus touchées par les tumeurs cutanées photosensibles, afin de sensibiliser les enfants dès le plus jeune âge. En raison de l'héliotropisme de ces régions, la **Corse**, la **Provence-Alpes-Côte d'Azur** ou encore la **Martinique**, ont été particulièrement impliquées sur cette thématique. En raison de la très forte exposition solaire et de la forte augmentation des nouveaux cas de mélanome en dix ans, une campagne d'information grand public a été déployée à **La Réunion** (affichage, spots radio). Des actions de prévention auprès des enfants ont été soutenues, notamment en milieu scolaire, pour les inciter à se protéger du soleil (port de vêtements couvrants, casquettes et lunettes). Des capteurs permettent par exemple de mesurer l'intensité du rayonnement ultraviolet solaire. Ces actions contribuent à sensibiliser les parents.

Par ailleurs, des actions innovantes ont été soutenues en matière de prévention et de promotion de la santé en **Bretagne**, notamment autour de l'environnement et de la qualité de vie. Par exemple, en intégrant des enjeux de santé dans le projet d'aménagement public de quartiers portuaires, afin de sensibiliser les élus et collectivités concernés aux leviers dont ils disposent pour construire un cadre de vie favorable à la santé, ou encore avec la création d'un centre d'évaluation et de prévention des expositions environnementales potentiellement reprotoxiques (qui affectent les capacités reproductrices, en réduisant la fertilité ou en entraînant la stérilité).

AXE 4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

OBJECTIF 14. FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Les actions en soutien de la démocratie sanitaire ont été au centre des préoccupations des agences régionales de santé (ARS) : groupes de travail, comitologie, gouvernance.

Une dynamique de démocratie sanitaire en région

La dynamique de démocratie sanitaire en région est impulsée en premier lieu au sein des ARS elles-mêmes. Des instances sont en place. Des représentants des usagers participent aux comités dédiés aux parcours en déclinaison des plans régionaux de santé et aux différents groupes de travail mobilisés (**Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Grand Est, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Océan Indien, Pays de la Loire**). Les conseils territoriaux de santé, ainsi que les contrats locaux de santé, ont mobilisé les collectivités sur les territoires. La démocratie sanitaire est particulièrement engagée en région sur les problématiques de dépistage, que ce soit dans l'amélioration des programmes organisés en place (**Corse**) ou dans les réflexions autour des nouveaux dépistages (**Nouvelle-Aquitaine**). La même dynamique est en cours au sein des réseaux régionaux de cancérologie qui ont mis en place des collèges des usagers au sein de leur comitologie (**Auvergne-Rhône-Alpes, Pays de la Loire**). De nombreux groupes de travail associent l'ensemble des parties intéressées (représentants des usagers, médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, psychologues, assistants sociaux, orthophonistes...) (**Normandie**). En **Corse**, un diagnostic partagé pour agir sur la moindre participation des femmes vulnérables aux dépistages a mobilisé des représentants d'associations en vue de définir un plan d'action.

Le concours « Droits des usagers de la santé », initié par le ministère des Solidarités et de la Santé et co-porté en région par les ARS et les conférences de santé, a permis d'assurer une dynamique territoriale forte (comme l'illustre le projet portant sur la reconnaissance du concept de « patient-expert » en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**). C'est dans cet esprit que des projets d'amélioration de la qualité des soins par le recours à des patients de référence, ont vu le jour comme en **Occitanie** via une communauté professionnelle territoriale de santé ou encore en **Pays de la Loire**. Dans les **Hauts-de-Seine**, l'ARS a lancé en 2019 son troisième appel à initiatives consécutif, pour soutenir les actions de démocratie sanitaire sur les critères prioritaires de l'innovation et de l'accessibilité.

En **Martinique**, une plateforme régionale d'oncologie est chargée de coordonner la lutte contre les cancers sur le territoire. Elle rassemble les établissements de santé autorisés, les professionnels de santé de ville, l'Université des Antilles, des associations et plusieurs institutions publiques et privées parties prenantes de la lutte contre le cancer. Un Comité de démocratie sanitaire est placé auprès du directeur de la plateforme. La consultation citoyenne engagée par la Plateforme lors des rencontres « Territoires, solidarité, humanité et cancer », en mars 2019, a donné lieu à la publication d'un document de restitution à destination du grand public. Les 30 résolutions proposées constituent un programme d'action qui sera au cœur de l'activité du comité de démocratie sanitaire pour les dix prochaines années. On note également une forte ambition de mutualisation et de rapprochement entre les Antilles et la Guyane. Un congrès ONCOTOM a permis de faire le point localement sur la situation en **Guyane** et de créer une émulation de la filière cancérologique sur ce territoire.

Enfin, les régions se sont également mobilisées pour soutenir le développement du concept de « patient ressources ». Un appel à projets centré sur l'expérience patient a été lancé en 2019 en **Île-de-France**. Une expérimentation de l'accompagnement des patients traités par chimiothérapie orale à domicile par des patients partenaires est soutenue en **Occitanie**. De son côté, l'ARS **Provence-Alpes-Côte d'Azur** a passé une convention avec la Faculté de médecine de Nice en 2019, afin de permettre l'intégration des patients dans l'enseignement en médecine générale, en facilitant l'émergence et la formation des « patients partenaires ».

OBJECTIF 16. OPTIMISER LES ORGANISATIONS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE

Les actions en soutien des organisations, notamment innovantes, des structures de la cancérologie en région ont également retenu l'attention des agences régionales de santé (ARS).

L'accompagnement des réorganisations des structures de coordination investies dans le champ de la cancérologie

L'ensemble des structures de coordination (RRC, 3C, structures de coordination des dépistages) ont vu leurs missions et leur positionnement évoluer vers des organisations régionales visant à mieux prendre en compte les exigences de fluidité des parcours et de qualité des soins. Désormais, il existe un seul centre de coordination des dépistages de cancers (CRCDC) par région, éventuellement relayé par des antennes locales pour les actions de proximité auprès des professionnels de santé et au plus près de la population concernée. Les missions des RRC ont été révisées afin de rendre plus lisible l'offre de soins en cancérologie et faciliter l'orientation des patients et leur accès aux traitements adaptés. L'objectif est d'améliorer la continuité des parcours des personnes pendant et après le cancer ainsi que la fluidité des interfaces avec les acteurs de la prévention, du dépistage et de la recherche.

Les ARS ont donc mis en place de nombreuses actions d'appui juridique et social pour accompagner la fusion des structures de coordination des dépistages existantes et la création des nouveaux centres régionaux de coordination des dépistages (**Bretagne**). Des plans de formation ont été proposés aux équipes, tout comme des accompagnements méthodologiques, au déploiement des projets territoriaux (**Hauts-de-France**). Après leur mise en place effective, de nombreuses régions ont diffusé une communication sur les missions et l'organisation de ces nouvelles entités, notamment auprès des professionnels de santé (**Auvergne-Rhône-Alpes**). Les missions et objectifs définis ont été formalisés dans des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens, pour consolider le fonctionnement et l'organisation des CRCDC (**Bourgogne-Franche-Comté**). Le plus souvent, une priorité vers les publics précaires et les territoires à plus faible taux de participation au dépistage a été identifiée, en renforçant les démarches territoriales et l'animation territoriale confiée aux antennes (**Bretagne, Hauts-de-France**).

L'ensemble des régions a été sollicité pour contribuer à l'enquête nationale dédiée aux centres de coordination en cancérologie (3C). Une réorganisation structurelle et administrative a été réalisée en **Auvergne-Rhône-Alpes**, adossée à une charte régionale de l'organisation et des missions des 3C et à des indicateurs de suivi. Dans cette même logique, un état des lieux du fonctionnement des 3C a été réalisé en 2019 en vue d'une réorganisation en 2020 dans les **Hauts-de-France** ou encore en **Pays de la Loire**. Un cahier des charges régional est en cours de mise en place en **Nouvelle-Aquitaine**. Après échange avec les 3C de la région, un support synthétisant les clés de réussite a été élaboré en **Occitanie**. Un travail de rapprochement et de fusion des réseaux régionaux de cancérologie est également opéré dans les différentes régions (**Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est**).

Par ailleurs, l'ARS **Océan Indien** a apporté son soutien financier à son Registre des cancers.

3.2 Une mobilisation efficace et une dynamique à poursuivre

3.2.1 Poursuivre la dynamique collaborative dans le pilotage des actions

L'organisation du pilotage du Plan cancer 2014-2019, en collaboration étroite avec les pilotes régionaux, a permis la mobilisation des acteurs de terrain autour d'une volonté partagée de prendre en considération les spécificités de chaque territoire.

La démarche engagée, avec l'implication des agences régionales de santé (ARS) dès la construction du Plan, puis l'association continue tout au long de sa mise en œuvre, a été unanimement soulignée comme positive par les référents « cancer » des ARS. Ce dispositif a été apprécié par l'ensemble des parties prenantes (ARS/DGS/SGMAS) et cité en exemple pour le pilotage d'autres politiques publiques. Les ARS souhaitent désormais que cette dynamique se poursuive et se renforce à l'avenir.

Ces temps d'échanges ont permis d'articuler la mise en œuvre du Plan en région, et d'assurer un suivi régulier des actions déployées sur le terrain. Cette articulation a permis une mise en œuvre coordonnée et harmonisée du Plan.

Il est essentiel de poursuivre cette dynamique en prenant encore mieux en compte les besoins et les attentes des régions.

Les référents « cancer » ont, à ce titre, fait part de leur souhait de voir programmer des sessions de formation/information descendantes et prospectives. Cela sera prochainement organisé par l'Institut national du cancer.

3.2.2 Poursuivre les efforts au vu des résultats obtenus

Sur la base des avancées obtenues à travers le Plan cancer 2014-2019, les pilotes régionaux souhaitent désormais capitaliser sur les dynamiques initiées et ont également identifié des champs restant à investir pour obtenir des résultats encore plus probants.

Tableau 3. Perspectives de travail identifiées par les pilotes régionaux (Institut national du cancer)

Axes Plan cancer	Thématiques	Champs d'action
Axe 1 – Guérir plus de personnes malades <i>=> Poursuivre la dynamique engagée</i>	Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Améliorer la participation aux dépistages, notamment le DOCCR, par un accès facilité aux tests de dépistage et un meilleur accompagnement, en diversifiant les professionnels et lieux d'information ✓ Lutter contre les inégalités d'accès et de recours
	Soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consolider le dispositif d'annonce, première étape du soin personnalisé ✓ Résoudre les difficultés d'accès aux tests moléculaires et aux thérapies innovantes ✓ Améliorer l'accès aux essais cliniques et aux consultations d'oncogénétique, en particulier pour les habitants d'outre-mer ✓ Améliorer les délais d'accès aux traitements ✓ Poursuivre la dynamique de coordination ville-hôpital pour accompagner l'essor des thérapies orales et du virage ambulatoire, notamment à travers la télé santé

Axe 2 – Préserver la continuité et la qualité de vie <i>=> Accélérer les progrès</i>	Vivre pendant le cancer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer l'offre en soins de support tout au long du parcours ✓ Renforcer l'accès aux soins de support dans les territoires d'outre-mer ✓ Limiter les séquelles et améliorer l'accompagnement des personnes (patients, aidants) ✓ Développer les soins palliatifs
	Vivre après le cancer	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organiser le suivi et le parcours après le cancer ✓ Renforcer la mobilisation autour du maintien et de la reprise d'activité
Axe 3 – Investir dans la prévention et la recherche <i>=> Mobiliser autour des enjeux</i>	Prévention	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poursuivre la mobilisation en fonction de la hiérarchie des facteurs de risques ✓ Lutter contre les cancers environnementaux et d'origine professionnelle ✓ Encourager la recherche translationnelle ✓ Poursuivre les démarches d'éducation à la santé
Axe 4 – Optimiser le pilotage et les organisations <i>=> Coopérer et partager pour gagner en efficience</i>	Démocratie sanitaire	Poursuivre la dynamique de démocratie sanitaire et renforcer la collégialité
	Données	Partager les données entre acteurs de la prise en charge et les indicateurs auprès des pilotes régionaux (données sur les parcours, notamment en médecine de ville)
	Pilotage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rapprocher et simplifier les interactions entre les structures de coordination en région ✓ Poursuivre la dynamique de concertation et de co-construction entre acteurs régionaux et nationaux ✓ Mieux prendre en compte les spécificités des territoires d'outre-mer (programmes de dépistage, facteurs de risque, prise en charge, équipements et professionnels de santé, soins de supports, coopérations)

4. ANNEXES

Annexe 1. Instruction relative à l'élaboration des feuilles de route régionales



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Direction générale de la santé

Suivi par : Emmanuelle Salines
emmanuelle.salines@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins

Suivi par : Frédérique Collombet-Migeon
frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr

Direction générale de la cohésion sociale

Suivi par : Chantal Erault
chantal.erault@social.gouv.fr

**Secrétariat général des ministères
chargés des affaires sociales**

Suivi par : Elisabeth Fery-Lemonnier
elisabeth.fery-lemonnier@sg.social.gouv.fr

Institut National du Cancer

Suivi par : Laure Albertini
labertini@institutcancer.fr

La ministre des affaires sociales, de la santé et des
droits des femmes

à

Mesdames et Messieurs les directrices et directeurs
généralistes des agences régionales de santé

**INSTRUCTION N° DGS/MC3/DGCS/DGOS/SGM/2015/22 du 26 janvier 2015 relative à
l'élaboration des feuilles de route régionales du Plan cancer 3**

Date d'application : immédiate

NOR :

Classement thématique :

Validée par le CNP le 19 décembre 2014 - Visa CNP 2014-195

Résumé : Le nouveau Plan cancer a été lancé par le Président de la République pour 2014-2019. Il vous est demandé d'élaborer une feuille de route régionale pour en décliner les actions dans votre région.

Texte de référence : Plan cancer 2014-2019 disponible sur www.e-cancer.fr

Mots-clés : cancer ; plan cancer ; feuille de route régionale ; agences régionales de santé

Annexes :

1. Proposition de trame de feuille de route régionale
2. Orientations pour la mise en œuvre du Plan cancer en régions
3. Actions du Plan cancer impliquant les ARS
4. Indicateurs d'évaluation du Plan cancer

La présente instruction a pour objet de définir le socle commun des feuilles de route régionales qu'il vous est demandé d'élaborer pour mettre en œuvre le troisième Plan cancer au regard de l'état des besoins et des spécificités de votre région. Elle précise les orientations communes de mise en œuvre du Plan dans l'ensemble des régions et les actions à décliner par chaque ARS, ainsi que les principes de la gouvernance nationale et régionale du Plan cancer.

Le nouveau Plan cancer lancé par le Président de la République pour la période 2014-2019 porte des ambitions fortes. Elles visent à répondre aux besoins et aux attentes de personnes malades, de leurs proches, et de l'ensemble des citoyens. Elles imposent la mobilisation de tous les acteurs, sur l'ensemble du territoire.

L'articulation nationale et régionale et la mobilisation des agences régionales de santé (ARS) sont donc des conditions clé de réussite. A cet effet, les ARS participent au pilotage du Plan cancer conduit par les ministres en charge de la santé et de la recherche via leurs représentants. Chaque ARS est responsable de la déclinaison du Plan cancer dans sa région, dans le cadre des orientations du Projet régional de santé et dans la dynamique des actions engagées lors des Plans précédents.

1. Les enjeux et les objectifs communs

Les cancers restent la première cause de mortalité en France et le nombre de nouveaux cas a doublé au cours de ces 30 dernières années. Deux Plans cancer ont été mis en œuvre depuis 2003, qui ont permis des avancées majeures, mais les efforts doivent être poursuivis et de nouveaux défis sont à relever.

Le Plan cancer 2014-2019 porte des ambitions fortes adressant des objectifs de santé :

- **Guérir plus de personnes malades**, en favorisant des diagnostics plus précoces et en garantissant l'accès de tous à une médecine de qualité et aux innovations,
- **Préserver la continuité et la qualité de vie pendant et après la maladie**, en proposant des prises en charge personnalisées et tenant compte de l'ensemble des besoins de la personne,
- **Investir dans la prévention et la recherche** pour réduire le nombre de nouveaux cas de cancers et soutenir la recherche, source des progrès de demain,
- A ces ambitions s'ajoute la volonté d'**optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers**, pour une meilleure efficacité, en y associant pleinement les personnes malades et les usagers du système de santé.

A travers l'ensemble de ses actions, le troisième Plan cancer vise à **réduire les inégalités face à la maladie**, en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables, en luttant contre les pertes de chance lors de la prise en charge, en garantissant à tous l'accès aux innovations et en atténuant les conséquences économiques et sociales du cancer pour les personnes touchées.

Le Plan cancer s'appuie sur l'ensemble des moyens d'intervention, la prévention, le dépistage, les soins, l'accompagnement, l'observation et la recherche, en mobilisant tous les acteurs et en associant les parties prenantes. Il s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et dans les orientations de la loi de santé.

2. Préconisations pour l'élaboration des feuilles de route régionales

▪ Format des feuilles de route

Une trame de feuille de route régionale vous est proposée, qu'il vous appartient d'adapter selon les constats et besoins propres aux populations de votre région (annexe 1).

▪ Orientations de mise en œuvre et actions à décliner en régions

Le Plan cancer 2014-2019 comprend 17 objectifs opérationnels qui se déclinent en actions, attribuées aux institutions responsables selon leur champ de compétence (DGS, DGOS, DGCS,

HAS, etc.). La mise en œuvre du Plan est pilotée par l'INCa en coordination avec tous les responsables.

Des orientations communes ont été définies pour la mise en œuvre du Plan cancer dans l'ensemble des régions (annexe 2).

Les actions du Plan cancer à décliner par l'ARS à travers la feuille de route régionale ont été identifiées (annexe 3). Vous pouvez vous reporter au Plan cancer pour le contenu de ces actions, ainsi qu'aux jalons de mise en œuvre programmés par chaque responsable et publiés sur www.e-cancer.fr/le-plan-cancer.

Par ailleurs, les ARS seront associées à la construction des actions structurantes qui nécessitent une phase de cadrage national préalable à leur mise en œuvre. Ces actions sont identifiées dans le tableau figurant en annexe 3 ; il s'agit notamment de l'évolution des autorisations de traitement des cancers ainsi que des missions des structures de coordination en cancérologie (tels que les réseaux régionaux de cancérologie ou les structures de gestion du dépistage).

▪ Suivi des feuilles de route

Un bilan régional synthétique de mise en œuvre de votre feuille de route vous sera demandé, à partir de fin 2015, pour contribuer au rapport sur l'avancement du Plan cancer 3 qui doit être remis chaque année au Président de la République.

En outre, vous pourrez reprendre les indicateurs définis pour évaluer l'impact et les résultats du Plan cancer, dont une partie est déclinée au niveau régional (annexe 4).

3. La gouvernance nationale et régionale du Plan cancer

Les agences régionales de santé sont associées au pilotage national du Plan cancer. Les directeurs généraux des ARS ainsi que le Secrétariat général des ministères des affaires sociales sont représentés au comité de pilotage interministériel et au comité de suivi réunissant tous les responsables d'actions.

Un groupe ressources de 6 ARS volontaires (Bourgogne, Corse, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Océan indien) sera sollicité par les responsables notamment pour prendre part à la définition du cadrage de certaines actions et à leur mise en œuvre. Une rencontre annuelle des ARS consacrée au Plan cancer sera organisée par l'INCa avec les directions d'administration centrale impliquées ; la première édition se tient le 17 décembre 2014.

Vous organiserez la concertation sur le Plan cancer dans votre région avec les acteurs, les parties prenantes, les usagers, les professionnels, et les collectivités locales, dans le cadre de la conférence régionale de santé et des conseils territoriaux de santé. Le cas échéant, un comité régional spécifique réunissant les acteurs impliqués dans l'ensemble des domaines de la lutte contre les cancers pourra être mobilisé ou constitué pour l'élaboration de la feuille de route régionale, son pilotage et son suivi. La feuille de route régionale que vous aurez adoptée sera rendue publique par chaque ARS.

Vous transmettez d'ici le 30 avril 2015 votre feuille de route régionale à l'INCa (directiongenerale@institutcancer.fr). Vous pouvez solliciter l'INCa pour toutes questions relatives au Plan cancer. La Direction générale de la santé, la Direction générale de l'offre de soins, la Direction générale de la cohésion sociale et le Secrétariat général des ministères des affaires sociales restent également à votre disposition.

Contacts :

INCa : Laure Albertini - labertini@institutcancer.fr (mission Partenariats)

Lorna Colclough - lcolclough@institutcancer.fr (mission Plan cancer)

DGS : Emmanuelle Salines – emmanuelle.salines@sante.gouv.fr

DGOS : Frédérique Collombet-Migeon – frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr

DGCS : Chantal Erault - chantal.erault@social.gouv.fr

SGMAS : Elisabeth Féry-lemonnier - elisabeth.fery-lemonnier@sq.social.gouv.fr

Pour la ministre et par délégation,

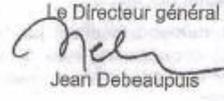
Le Directeur général de la santé

Benoît Vallet



Le Directeur général de l'offre de soins

Jean Debeaupuis



La Directrice générale de la cohésion sociale

Sabine Fourcade

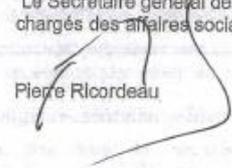
La Cheffe de Service
Adjointe à la Directrice Générale
de la Cohésion Sociale

Katia JULIANNE



Le Secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales

Pierre Ricordeau



La Présidente de l'INCa

Agnès Buzyn



Annexe 2. Feuilles de route régionales

Plan cancer 2014-2019 Proposition de trame de feuille de route régionale

Enjeux

Données des cancers dans la région
Ressources et problématiques spécifiques

Objectifs et actions

Déclinaison des objectifs et actions du Plan cancer 3 en actions opérationnelles dans la région

Préciser pour chaque action :

- l'intitulé et le descriptif ;
- le pilote de l'action et partenaires ;
- le calendrier prévisionnel de mise en œuvre.

Guérir plus de malades

Favoriser des diagnostics plus précoces

- Actions 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.9, 1.11 : à décliner par chaque ARS

Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge

- Actions 2.1., 2.8, 2.10, 2.13, 2.19, 2.20, 2.21, 2.22 : à décliner par chaque ARS
- Actions 2.2, 2.3, 2.5, 2.6 : à co-construire au niveau national en associant les ARS

Assurer l'accès aux innovations thérapeutiques

- Actions 3.1, 3.2, 3.3., 3.6, 3.7, 3.8, 3.11, 3.14, 3.15 : à décliner par chaque ARS

Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie

- Action 4.7 : à décliner par chaque ARS

Préserver la continuité et la qualité de vie

Conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée

- Action 6.1, 6.2 : à décliner par chaque ARS

Assurer des parcours personnalisés et coordonnés

- Actions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.9, 7.10, 7.11, 7.12, 7.13, 7.14 : à décliner par chaque ARS

Réduire les risques de séquelles et de second cancer

- Actions 8.1, 8.2, 8.6 : à décliner par chaque ARS

Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle

- Action 9.10 : à décliner par chaque ARS

Investir dans la prévention

Faire reculer le tabagisme

- *Dans le cadre du Programme national de réduction de tabagisme (PNRT), les responsables des actions et leurs jalons vont être définis et vous seront communiqués ultérieurement.*

Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer

- Actions 11.2, 11.6, 11.7, 11.8, 11.10, 11.11 : à décliner par chaque ARS

Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement

- Action 12.4 : à décliner par chaque ARS

Optimiser le pilotage et les organisations

Faire vivre la démocratie sanitaire

- Action 14.1 : à décliner par chaque ARS
- Actions 14.2 et 14.5 : à co-construire au niveau national en associant les ARS

Optimiser les organisations

- Actions 16.2, 16.4, 16.5 : à co-construire au niveau national en associant les ARS

Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie

- Actions 17.3 : à co-construire au niveau national en associant les ARS

Gouvernance

Pilotage de la feuille de route régionale

Organisation de la concertation

Association des parties prenantes

Évaluation et indicateurs

**Annexe 3. Protocole ARS-INCa pour le pilotage et la mise en œuvre du Plan cancer 3,
mai 2015**



**Protocole ARS-INCa
pour le pilotage et la mise en œuvre
du Plan cancer 3**

I. Contexte

L'articulation nationale et régionale ainsi que la mobilisation des agences régionales de santé (ARS) sont des conditions clés de réussite du Plan cancer 2014-2019. Elles participent au pilotage national¹ et chaque ARS est responsable de la déclinaison du Plan cancer dans sa région à travers une feuille de route régionale². Afin de mobiliser les ARS et les associer au pilotage et à la mise en œuvre du Plan cancer, une organisation a été définie entre le SGMAS et les directeurs généraux des ARS, en accord avec l'INCa et les directeurs d'administration centrale, DGS, DGOS et DGCS. Dans ce cadre, et en lien avec le SGMAS, l'INCa anime les relations avec les ARS au titre de sa mission de coordination des actions de lutte contre les cancers et de son rôle de pilotage général du Plan cancer 3.

II. Objectifs

Le protocole définit les modalités d'animation du partenariat ARS/INCa visant, en lien avec le SGMAS, à :

- Accompagner les ARS dans la définition et la mise en œuvre de leur feuille de route du Plan cancer 2014-2019 ;
- Mettre au service des ARS l'expertise de l'INCa et les données/informations publiées ;
- Mobiliser les ARS dans le cadre de la mise en œuvre des actions du plan cancer.

III. Groupe d'interface des ARS

Le SGMAS a sollicité le bureau du collège des DGARS pour constituer un groupe d'ARS afin d'assurer une interface nationale-régionale et fluidifier les relations entre les partenaires. Il est composé de 6 ARS volontaires : Bourgogne, Corse, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Océan indien (cf. personnes contact des 6 ARS en annexe 1). Le SGMAS est en copie des demandes transmises à ce groupe.

Le groupe d'interface assure un rôle de relecture des documents utiles au pilotage du plan et qui concernent les ARS (par exemple lors de l'élaboration des feuilles de route) ; il peut être sollicité par des pilotes pour représenter les ARS dans plusieurs actions du plan ; il peut colliger le retour des ARS pour certains des ateliers des journées annuelles d'échanges.

IV. Animation du partenariat

L'animation du partenariat repose d'une part sur des temps d'échange de différents formats afin de répondre au mieux aux besoins des partenaires en limitant les sollicitations, d'autre part sur

¹ Les directeurs généraux des ARS sont représentés au comité de pilotage interministériel et au comité de suivi du Plan cancer par le SGMAS et par le DG de l'ARS Bourgogne.

² Cf. Instruction DGS/MC3/DGCS/DGOS/SGM/INCA/2015/22 du 26 janvier 2015 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales du Plan cancer 3.

l'organisation de rencontres en régions. Il décrit également les différentes modalités de sollicitations et de collaboration avec les ARS.

Formats de rencontres et d'échanges inter-institutions

Les formats d'échange doivent permettre le partage d'informations à tous les niveaux. Dans ce cadre, sont prévus :

1. Echanges institutionnels

Des échanges avec les directeurs généraux des ARS sont prévus à l'occasion de leurs séminaires mensuels animés par le SGMAS et également dans le cadre des réunions des directions spécialisées des ARS (par exemple réunion des directeurs de santé publique). Le rapport au Président de la République sur le Plan cancer sera présenté chaque année ainsi que la synthèse des remontées régionales sur les feuilles de route. Des temps d'échanges seront proposés en tant que de besoin sur des sujets spécifiques, en lien avec les directions d'administration centrale impliquées.

2. Séminaires et réunions techniques

- Deux journées annuelles d'échanges et de pratique avec les référents cancer des ARS dont le programme est défini conjointement entre le SGMAS, l'INCa, le groupe d'interface des ARS, les directions d'administration centrale (santé, environnement, travail, recherche....) et autres référents des actions du plan cancer. Le format des journées est volontairement participatif : les ARS sont interrogées en amont sur les sujets qu'elles souhaitent voir traités ; le témoignage d'une ou deux ARS est systématiquement recherché pour chaque séquence ; Lorsqu'un thème est abordé par une DAC, une présentation à deux voix (ARS et DAC) est organisée lorsque c'est possible, par exemple lors de séquences sur des expérimentations nationales dans lesquelles certaines ARS sont déjà impliquées.
- Des réunions avec le groupe d'interface des ARS auquel est convié systématiquement le SGMAS permettant aux institutions nationales et aux ARS d'échanger sur les actions du Plan cancer 3 en co-construction³ et d'assurer un suivi fonctionnel des relations entre les ARS et l'INCa. Les directions centrales ainsi que les référents des actions du plan cancer seront informés de l'organisation de ces réunions et seront sollicités pour préparer l'ordre du jour.
- Des journées *métiers* organisées par l'INCa et/ou les administrations centrales (DGOS, DGS) : ces journées *qui existent déjà* regroupent l'ensemble des partenaires d'un domaine de la lutte contre le cancer dont les ARS (par exemple, les journées des RRC, les séminaires nationaux des programmes de dépistage organisé).
- Des workshops le cas échéant organisés à la demande des ARS ou sur proposition de l'INCa ou des directions d'administration centrale ou des référents des actions du plan cancer, afin de permettre un retour d'expérience et un échange sur les bonnes pratiques entre

³ Les actions en co-construction sont précisées au VI.

acteurs sur les actions du Plan cancer 3 en déclinaison régionale. Un format visio-conférence sera proposé.

3. Rencontres en régions

Des rencontres en région avec l'équipe de l'ARS et les acteurs de la cancérologie pourront être organisées à la demande d'une ARS ou sur proposition de l'INCa. Ces visites ont pour objectif une meilleure prise en compte des spécificités locales dans la définition et la mise en œuvre des actions relatives au Plan cancer 3. L'objectif est de rencontrer toutes les ARS à horizon de la fin du Plan à raison d'une visite d'ARS par trimestre (cf. programme type en annexe 2). Le SGMAS est informé de ces visites.

V. Modes de collaboration avec les ARS

1. Participation des ARS au sein de groupes de travail INCa

Les ARS pourront être sollicitées⁴ pour une représentation institutionnelle ou technique dans les situations suivantes :

- Groupes de travail spécifiques (avec le groupe d'interface) pour la mise en œuvre des actions du Plan cancer 3 notamment en co-construction⁵ ;
- Comités d'experts ou d'évaluation des AAP et groupes techniques pilotés par l'INCa (par exemple, les comités techniques et de prospective sur le dépistage des cancers, comité d'évaluation de l'AAP éducation thérapeutique...).

Il convient de proposer des modalités de participation permettant de limiter les déplacements des référents ARS : visio-conférences, réunions téléphoniques, relecture de documents de travail, etc.

2. Consultation des ARS dans le cadre des appels à projets de l'INCa en région

Les ARS pourront être sollicitées pour émettre un avis sur les projets présentés par des acteurs locaux de leurs régions, notamment pour évaluer l'opportunité et la pertinence des projets au regard des orientations de mise en œuvre du Plan cancer 3 définies en région (cf. procédure type en annexe 3).

Les ARS peuvent également être représentées au sein des comités d'évaluation des projets soumis aux AAP.

3. Suivi des feuilles de route régionales du Plan cancer 2014-2019

⁴ Selon les modalités de sollicitation précisée au VII.

⁵ Parmi les actions du Plan cancer 2014-2019, 10 ont été identifiées comme étant à co-construire avec les ARS. Il appartient aux responsables de ces actions d'associer des représentants des ARS au cadrage national avant déploiement. Il s'agit des actions relatives aux délais de prise en charge (2.2 et 2.3), aux autorisations et critères d'agrément (2.5 et 2.6), à la démocratie sanitaire (14.2 et 14.5), à l'évolution des structures (16.2, 16.4 et 16.5) et des modèles de tarification et de financement (17.3).

Un bilan d'étape de la mise en œuvre des feuilles de route régionales sera demandé chaque année aux ARS, selon un format de reporting standardisé. L'analyse et la synthèse des reportings régionaux sont réalisées par la mission partenariat, en lien avec la mission Plan cancer, et un retour sera organisé vers le SGMAS et les DGARS.

VI. Modalités de sollicitations ARS-INCa et suivi

1. Procédure de sollicitation des ARS

La mission partenariats, coopérations et relations avec les professionnels (PCRP) de l'INCa a vocation à gérer les interfaces avec les ARS et à faire le lien avec le SGMAS. Les directions/départements doivent, autant que possible, saisir la mission pour solliciter les ARS. Pour ce faire, le département concerné fait parvenir à la mission partenariat sur l'adresse mail du secrétariat (secretariat-partenariats@institutcancer.fr), une demande indiquant le sujet de la sollicitation, son contexte, l'objectif du groupe, la mobilisation demandée (cf. modèle en annexe 3).

Le mode de référence pour la communication avec les ARS est une instruction aux directeurs généraux des ARS, présentée pour validation avant diffusion par la DGS (tutelle de l'INCa) au comité national de pilotage. Idéalement le groupe d'interface peut être sollicité pour donner son avis lors de la préparation de l'instruction.

Pour fluidifier les relations entre les partenaires dans le cadre de la mise en œuvre des actions du Plan cancer, les ARS du groupe d'interface répondront aux sollicitations pour une demande d'avis technique ou de participation à des groupes de travail concernant les actions du Plan cancer, qu'elles soient en co-construction ou en déclinaison régionale. Un délai de réponse est à déterminer en fonction de la nature de la sollicitation (délai minimum : 2 semaines).

2. Sollicitations de l'INCa par les ARS

Pour solliciter l'INCa, en l'absence d'interlocuteurs identifiés dans le département concerné, les ARS peuvent transmettre leur demande via une adresse de courriel qui leur est dédiée (ars-inca@institutcancer.fr). Les sollicitations seront réorientées vers les départements concernés dès réception du courriel avec copie à la direction générale. Il est souhaitable que la mission PCRP soit informée des sollicitations qui arriveraient directement dans les départements pour avoir une vision globale de ces demandes et pouvoir en rendre compte.

3. Suivi de l'animation et des sollicitations

La mission partenariats effectuera un suivi des sollicitations réciproques ARS-INCa et en fera un compte-rendu annuel aux différents acteurs (CODIR INCa, SGMAS, ARS). Pour ce faire, la mission PCRP effectuera un point semestriel sur les sollicitations et les réunions engageant des ARS avec les équipes.

VII. Mise à disposition des ARS de l'expertise et des informations de l'INCa

L'INCa se doit de mettre son expertise et ses productions au service des ARS pour la mise en œuvre de leur feuille de route régionale. Les ARS pourront aussi être consultées pour mieux connaître leurs attentes et leurs besoins, en particulier s'agissant de la mise à disposition des données d'observation (via le portail des données notamment) ainsi que des informations sur les structures en cancérologie (ex : cartographie interactive).

VIII. Mise à disposition d'outils de communication

- La mission partenariat assure :
 - o L'animation d'un espace dédié au cancer dans le site sharepoint ARS du SGMAS.
 - o La mise à jour des coordonnées des référents cancer des ARS
 - o Le développement autant que de besoin, d'autres outils pour faciliter et renforcer la circulation de l'information

Annexe 4. Projets financés dans le cadre des appels à projets libres de l'Institut national du cancer (INCa) dédiés aux territoires d'outre-mer

Depuis 2010, 11 projets spécifiques aux territoires d'outre-mer ont été financés par l'INCa, par le biais des AAP ou de financements spécifiques :

- 2010 : étude sur les pratiques de dépistage des cancers à la Martinique (AMREC);
- 2010 : participation du laboratoire de cytologie du CHU Pierre Zobda-Quitman de Fort-de-France à la campagne de dépistage des cancers du col utérin en Martinique (CHU Fort-de-France);
- 2010 : étude sur les pratiques concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus et la vaccination contre le papillomavirus chez les médecins généralistes et gynécologues de Martinique (Observatoire de la santé de Martinique);
- 2012 : modification des conditions d'envoi du test Hemocult2 lors de la relance postale R2 pour augmenter le taux de participation au DOCCR des populations défavorisées en Guadeloupe (AGWADEC);
- 2012 : projet expérimental de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 30 à 44 ans en Guyane (AGDOC);
- 2014 : NOUWAM – « Nyamoja na Ounono Wa Mtroumché » / « Ensemble pour la santé des femmes » (Association REDECA MAYOTTE);
- 2014 : extension du dépistage du cancer du col de l'utérus aux femmes de 20 à 65 ans en Guyane, avec la mise en place d'une unité mobile de dépistage pour les femmes des sites isolés (AGDOC);
- 2014 : identification des barrières au dépistage du cancer du col utérin et des leviers d'amélioration à La Réunion (CHU La Réunion);
- 2014 : inégalités sociales de prise en charge et de survie des cancers aux Antilles françaises (Délégation régionale Grand-Ouest);
- 2015 : lutte contre les inégalités d'accès et de recours au programme de dépistage organisé du cancer du sein en Corse (URPS infirmiers de Corse);
- 2018 : renforcement de l'*empowerment* des patients démunis face au cancer. Triangulation des méthodes entre France métropolitaine / Réunion-Mayotte (Cancéropôle Île-de-France);
- 2019 : freins et leviers au dépistage par frottis cervico-utérin du cancer du col de l'utérus aux Antilles françaises (Inserm. Sesstim);
- 2019 : action incitative combinée, centrée sur les acteurs de soins primaires, pour améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus chez des femmes socialement défavorisées et non suivies : évaluation de l'efficacité et des enjeux éthiques et économiques (Alsace, Bouches-du-Rhône, Martinique et La Réunion).

PLAN CANCER 2014-2019
BILAN DE LA DÉCLINAISON TERRITORIALE



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
Fax +33 (1) 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'Institut National du Cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa

Impression :

ISSN 2104-953X

ISBN : 978-2-37219-522-5

ISBN net : 978-2-37219-523-2

DEPÔT LÉGAL DÉCEMBRE 2019



Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. +33 (1) 41 10 50 00

PLANKRAPTERRIZO

e-cancer.fr

