



DÉCEMBRE 2019

/Plan cancer 2014-2019
BILAN DES ACTIONS
DE RÉDUCTION
DES INÉGALITÉS
ET DES PERTES
DE CHANCE

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 rapport a été élaboré par la Mission d'appui à la stratégie, Plan cancer et partenariats et la Mission inégalités de l'Institut national du cancer.

Ce document doit être cité comme suit : © /Plan cancer 2014-2019, Bilan des actions de réduction des inégalités et des pertes de chances, 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

INTRODUCTION.....	6
1 MIEUX REPÉRER ET COMPRENDRE LES INÉGALITÉS À CHAQUE ÉTAPE D'UN PARCOURS : SYSTÉMATISATION DE LA PRISE EN COMPTE DES INÉGALITÉS DANS LES DISPOSITIFS MIS EN ŒUVRE	8
1.1 L'OBSERVATION DE LA RELATION ENTRE INÉGALITÉS SOCIALES ET CANCER, SYSTÉMATISÉE DANS LA CONSTRUCTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION.....	8
1.2 UN FORT INVESTISSEMENT DANS LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS FACE AU CANCER, GRÂCE AU FINANCEMENT DE NOMBREUX PROJETS DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION.....	9
1.3 UNE DÉMARCHÉ D'IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS PROBANTES EN SANTÉ PUBLIQUE.....	14
1.3.1 <i>Capitaliser sur l'expérience pour mieux lutter contre les inégalités...</i>	14
1.3.2 <i>Et soutenir la transférabilité des actions prometteuses</i>	15
2 VEILLER À CE QUE LES POLITIQUES DE PRÉVENTION PROFITENT À TOUS : UN CHANGEMENT DE DESIGN DES RÉFÉRENTIELS ET DISPOSITIFS PROPOSÉS, QUI TÉMOIGNE DE LA VOLONTÉ D'UNE VISION INCLUSIVE DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER.....	15
2.1 INTÉGRATION DE LA NOTION DE VULNÉRABILITÉ À L'ÉLABORATION DES DISPOSITIFS PROPOSÉS PAR L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER, AU PROFIT DE LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES PERSONNES.....	16
2.1.1 <i>Exemple d'application du principe de l'universalisme proportionné dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, pour un dispositif inclusif et plus équitable</i>	16
2.1.2 <i>Un investissement dans l'accompagnement pour rendre la vaccination HPV effective</i>	17
2.1.3 <i>La réduction du tabagisme : un dispositif qui, en raison du fort gradient social, joue un rôle important dans la diminution des inégalités face aux cancers</i>	17
2.2 UNE APPROCHE ADAPTÉE DE L'INFORMATION POUR UN PARCOURS AMÉLIORÉ FACE À LA MALADIE	19
2.2.1 <i>Refondre l'information pour s'adapter au niveau de littératie en santé des personnes les plus vulnérables</i>	19
2.2.2 <i>Des documents multilingues d'information sur les dépistages organisés des cancers</i>	20
3 TENIR COMPTE DE LA VULNÉRABILITÉ DANS LES PARCOURS ET DE L'OFFRE DE SOINS	21
3.1 DES CRITÈRES RELATIFS À LA VULNÉRABILITÉ DES PATIENTS INTÉGRÉS DANS LES PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF D'AUTORISATIONS DE TRAITEMENT DU CANCER	21
3.2 L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF D'ANNONCE INTÉGRANT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PREMIER RECOURS ET LA MOBILISATION DE RESSOURCES SPÉCIFIQUES, POUR UNE MEILLEURE INFORMATION DES PATIENTS, NOTAMMENT LES PLUS VULNÉRABLES.....	22
3.3 UN RENFORCEMENT DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE L'OFFRE DE SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT, POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER.....	22
3.4 L'ACCOMPAGNEMENT DES POPULATIONS PLUS FRAGILES REPOSE SUR DEUX DIMENSIONS : L'ACCÈS FACILITÉ AUX SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT EN PÉRIODE DE TRAITEMENT	23
3.4.1 <i>Un accompagnement des personnes âgées, des adolescents et jeunes adultes au service d'une amélioration de la qualité de soins et de vie</i>	23
3.4.2 <i>Des hébergements non médicalisés pour améliorer les conditions de vie des patients</i>	24

3.5	DÉVELOPPER UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITÉ SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE, PAR L'INFORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	24
4	GARANTIR UN ACCÈS PLUS ÉGALITAIRE ET PLUS LARGE À L'INNOVATION ET AUX ESSAIS CLINIQUES : UN SOUTIEN AUX NIVEAUX NATIONAL ET RÉGIONAL VIA DES DISPOSITIFS EN FAVEUR DES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES	25
4.1	DÉVELOPPEMENT DE L'ACCÈS AUX ESSAIS CLINIQUES.....	25
4.2	UN ACCÈS PRÉCOCE AU MÉDICAMENT POUR LUTTER CONTRE LES PERTES DE CHANCE.....	25
5	ÉVITER QUE LES CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES DE LA MALADIE N'AGGRAVENT LES INÉGALITÉS : MOBILISATION DES ACTEURS ÉCONOMIQUES POUR LIMITER L'IMPACT DE LA MALADIE	26
5.1	UNE INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS : LE GUIDE « DÉMARCHES SOCIALES ET CANCER »	26
5.2	UNE AMÉLIORATION DES REMBOURSEMENTS PERMETTANT DE RÉDUIRE LES RESTES À CHARGE.....	26
5.3	LA CONVENTION AERAS, AU FONDEMENT DE L'ÉQUITÉ D'ACCÈS À L'EMPRUNT ET DU DROIT À L'OUBLI	27
5.4	EMPLOI ET SCOLARITÉ : DES DISPOSITIFS DE SOUTIEN POUR NE PAS RENFORCER LA « DOUBLE PEINE »	27
5.4.1	<i>Un assouplissement des conditions d'ouvertures des droits en matière d'indemnités journalières pour les personnes les plus précaires professionnellement.....</i>	<i>27</i>
5.4.2	<i>Sensibiliser les employeurs pour favoriser le maintien dans l'emploi.....</i>	<i>27</i>
5.4.3	<i>Des aménagements pour assurer la continuité scolaire aux enfants atteints de cancers.....</i>	<i>28</i>
6	UN ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE DES TERRITOIRES D'OUTRE-MER POUR LE DÉPLOIEMENT DU PLAN CANCER 2014-2019.....	28
6.1	UNE FEUILLE DE ROUTE ULTRAMARINE POUR ACCOMPAGNER LE DÉPLOIEMENT DU PLAN CANCER, PARTAGÉE AVEC LES ARS.....	28
6.2	L'ACTIVITÉ DE CANCÉROLOGIE POUR LES RÉSIDENTS DES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER	28
6.3	UN INVESTISSEMENT DANS LE SOUTIEN À LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES TERRITOIRES ULTRAMARINS.....	29
7	CONCLUSION.....	31
ANNEXE 1.	FICHES DE SYNTHÈSE DES PROJETS FINANCÉS ET ACHEVÉS DANS LE CADRE DES APPELS À PROJETS DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER	33
ANNEXE 2.	FEUILLE DE ROUTE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES TERRITOIRES D'OUTRE-MER DANS LE DÉPLOIEMENT DU PLAN CANCER	45

FIGURES ET TABLEAUX

FIGURE 1.	RÉPARTITION DES PROJETS INCLUANT LA THÉMATIQUE « INÉGALITÉS », FINANCÉS PAR LES DIFFÉRENTS APPELS À PROJET DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER SUR LA PÉRIODE 2014-2019	10
FIGURE 2.	RÉPARTITION DES FINANCEMENTS DES PROJETS INCLUANT LA THÉMATIQUE « INÉGALITÉS » DANS LES DIFFÉRENTS APPELS À PROJETS DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER SUR LA PÉRIODE 2014-2019	10
FIGURE 3.	LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SELON DAHLGREN ET WHITEHEAD	12
TABLEAU 1.	PROJETS RELATIFS À L'AMÉLIORATION DU PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, FINANCÉS PAR L'APPEL À PROJET 2019.....	15
FIGURE 4.	EXEMPLES DE PAGES DU SITE INTERNET DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER (E-CANCER.FR) ..	19
FIGURE 5.	VERSION ACTUELLE ET NOUVELLE VERSION D'UNE PAGE DÉDIÉE AU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SUR E-CANCER.FR	20
FIGURE 6.	LE SITE VOSCONSEILSDEPISTAGE.E-CANCER.FR	20
FIGURE 7.	EXEMPLE DE DOCUMENTS MULTILINGUES : LES DÉPLIANTS D'INFORMATION SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	21
FIGURE 8.	RÉPARTITION DES FLUX POUR TOUS TRAITEMENTS ET TOUTE LOCALISATION DE CANCER DANS LES TERRITOIRES D'OUTRE-MER	29
TABLEAU 2.	PROJETS SOUTENUS PAR LE GIRCI SOHO VISANT À INCLURE DES PATIENTS ULTRAMARINS DANS DES ESSAIS CLINIQUES.....	30

Introduction

« Le cancer touche tout le monde mais il frappe plus durement les personnes défavorisées »

Par ces mots, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)¹ pose d'emblée la problématique des inégalités face au cancer et précise que « s'attaquer à ces inégalités relève de la justice sociale et des droits de l'homme ».

Si les inégalités sociales de mortalité sont connues de façon globale, leur appréciation en ce qui concerne l'incidence et la mortalité dues au cancer n'a pas été autant investie. De fait, « les inégalités sociales se produisent à travers le continuum du cancer [...] au sein des pays. Elles reflètent le contexte, l'importance des enjeux sociaux, économiques, environnementaux, historiques et politiques... Les relations entre ces déterminants et les résultats du cancer ne sont ni linéaires, ni simples. Elles reflètent une exposition différentielle à des facteurs de risque tels que les facteurs sociaux (ressources et soutien, par exemple), les conditions de vie (par exemple, logement et surpeuplement), des facteurs comportementaux (tabagisme, régime alimentaire malsain) et différents accès à et par les services de santé » (CIRC, 2019).

Ces inégalités de santé se distribuent selon un gradient social de santé : « Ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons »².

S'attaquer aux inégalités en matière de santé nécessite une mobilisation sur l'ensemble des champs. C'est pourquoi le Plan cancer 2014-2019 a fait de la réduction des inégalités et des pertes de chance une priorité, un des axes transversaux du plan cancer et propose cinq engagements.

1. Mieux repérer et comprendre les inégalités à chaque étape d'un parcours

La relation entre les inégalités d'incidence du cancer ou de mortalité et leurs déterminants doit être mieux appréciée. Il en va de même pour l'identification des inégalités tout au long du parcours. Un investissement dans la constitution de systèmes d'information, permettant le croisement de données de natures différentes, est donc indispensable pour mener à bien les analyses nécessaires. La réduction des inégalités suppose également de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans la construction des inégalités face au cancer à tous les moments du parcours. Elle suppose d'identifier les solutions à apporter et de les valider afin de pouvoir améliorer la politique de lutte contre le cancer. Pour cela, la recherche en santé publique doit être mobilisée.

2. Veiller à ce que les politiques de prévention profitent à tous

De nombreux exemples de programmes de prévention et de dépistage ont montré qu'ils étaient plus facilement accessibles par les personnes les plus éduquées, plus aptes à se saisir des dispositifs du fait de leurs ressources socioculturelles et économiques. Le même phénomène a été constaté dans le recours aux soins ou à l'innovation, creusant ainsi les inégalités. Il est donc crucial de veiller à ce que les politiques de prévention profitent à l'ensemble de nos concitoyens et, dès que cela est possible, de développer des référentiels fondés sur une démarche d'universalisme proportionné pour réduire les inégalités. Il est également nécessaire de s'assurer que l'ensemble des outils utilisés, notamment en matière d'information, sont accessibles et compréhensibles par tous. Cela est d'autant plus important que certains territoires sont déjà vulnérables de par leur isolement et leur éloignement, comme c'est le cas des territoires d'outre-mer.

¹ S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild (ed. by) (2019) *Reducing social inequalities in cancer : evidence and priorities for research*, IARC Scientific Publications, 168.

² Rapport BLACK (1980) cité par A. SEN, « Why health equity », 2009.

3. Lutter contre les pertes de chance dans les prises en charge

La maladie rend vulnérable. L'organisation du parcours de soins ne doit pas générer des pertes de chance pour les patients atteints de cancer. Il est donc essentiel d'apporter une attention particulière à ce que les dispositifs définis (dispositif d'annonce, programme personnalisé de soins, soins de support) protègent de ces pertes de chance : les personnes les plus vulnérables, telles les personnes âgées, les enfants et les jeunes, ou encore les personnes éloignées du système de soins.

4. Garantir un accès plus égalitaire et plus large à l'innovation et aux essais cliniques

L'accès aux essais cliniques et aux thérapies innovantes constitue potentiellement une augmentation de chance face à la maladie, notamment lorsque l'ensemble de l'arsenal thérapeutique recommandé n'est plus efficace. Leur accès doit être d'autant plus facilité que ne pas y accéder, pour les populations les plus vulnérables, constitue une double perte de chance.

5. Éviter que les conséquences économiques et sociales de la maladie n'aggravent les inégalités

Le cancer impacte la vie des personnes, physiquement, socialement et économiquement. L'accompagnement des personnes et des acteurs économiques, pendant leur traitement et à l'issue de celui-ci, est nécessaire pour limiter ces impacts. Pour les plus jeunes, l'impact de la maladie peut être encore plus délétère, car aboutissant à une déscolarisation partielle. La mobilisation de tous les moyens est nécessaire pour leur assurer au maximum une scolarité normale.

C'est donc autour de ces cinq propositions que s'est structurée l'action de l'Institut pour la réduction des inégalités et des pertes de chance.

1 Mieux repérer et comprendre les inégalités à chaque étape d'un parcours : systématisation de la prise en compte des inégalités dans les dispositifs mis en œuvre

1.1 L'observation de la relation entre inégalités sociales et cancer, systématisée dans la construction des systèmes d'information

L'observation des inégalités et de leurs impacts sur la maladie et son vécu est essentielle pour comprendre les mécanismes à l'œuvre et envisager des interventions de réduction des inégalités face au cancer. Cela nécessite la construction de systèmes d'information permettant le croisement de données de nature plurielle, épidémiologiques, socio-économiques, provenant de sources d'information différentes (registres des cancers, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, Système national des données de santé). Leur mise en relation et l'implémentation d'indicateurs de mesures des inégalités sont autant de défis. Durant le Plan cancer 2014-2019, des avancées, certaines majeures, d'autres pouvant paraître minimes, ont posé les fondations de nouvelles démarches d'analyse qui devront être poursuivies.

En ce sens, l'Institut national du cancer (INCa) a soutenu une démarche d'analyse des données épidémiologiques intégrant des informations sur le statut social des personnes concernées, pour repérer les inégalités et comprendre le lien avec l'incidence et le parcours de soins des patients. Pour cela, l'exploitation des données de vie réelle des patients atteints de cancer (Plateforme de données en cancérologie) intègre des informations sociodémographiques relatives au patient :

- l'indice de défavorisation géographique de la commune de résidence (F-Dep) : construit à l'aide du revenu médian par unité de consommation dans le ménage, du pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans, du pourcentage d'ouvriers dans la population active et du taux de chômage³ ;
- la couverture par la CMUc : couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière.

Toutes les analyses réalisées par l'Institut à partir de cette cohorte comportent une exploration sur le lien entre le statut social et le parcours de santé.

Afin de mieux connaître les caractéristiques socio-économiques des personnes atteintes de cancer, les registres du réseau Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut ont inscrit à leur programme de travail une étude fondée sur l'attribution d'un indice de défavorisation sociale à chaque patient atteint d'un cancer enregistré dans les registres des cancers du réseau⁴. Cette étude, portant sur 189 144 cas de cancers diagnostiqués entre 2006 et 2009 par le réseau français des registres des cancers, a identifié les localisations des cancers pour lesquelles l'incidence est influencée par la défavorisation sociale.

Pour permettre une meilleure compréhension des inégalités de participation au dépistage organisé des cancers, Santé publique France s'est engagée dans une procédure de géocodage et d'attribution d'un indice de défavorisation sociale pour l'évaluation des programmes de dépistage des cancers, et a produit une première analyse sur plus de 4 millions de femmes participant au programme de

³ Rey G, Rican S, Jouglu E. « Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès - Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social » in *BEH* 2011(8-9) : pp 87-90.

⁴ Bryere J, Dejardin O, Launay L, Colonna M, Grosclaude P, Launoy G; Réseau français des registres des cancers (Francim) « Environnement socio-économique et incidence des cancers en France » in *B.E.H* 2017(4):68-77.

dépistage organisé en 2013-2014⁵. Des disparités importantes ont été mises en évidence en ce qui concerne les taux de participation départementaux et les liens entre défavorisation et participation. Cependant, cette démarche doit être confortée, car la défavorisation sociale ne semble avoir qu'une faible influence sur la variation géographique des taux de participation au niveau de la France métropolitaine.

1.2 Un fort investissement dans la réduction des inégalités face au cancer, grâce au financement de nombreux projets de recherche et d'intervention

Le principe d'une construction inclusive de dispositif peut se heurter à l'identification d'interventions complémentaires à la stratégie proposée pour l'ensemble de la population, difficulté renforcée par l'hétérogénéité des personnes identifiées comme vulnérables. Il est alors nécessaire d'identifier et de valider des interventions répondant aux besoins et difficultés de ces populations. L'une des voies permettant de pallier cette difficulté est le financement de projets, via des appels à projets proposés par l'Institut et ses partenaires.

La démarche de réduction des inégalités face au cancer a pu bénéficier du soutien de l'Institut par le financement de projets de recherche ou d'intervention dans le cadre de ses différents appels à projets. Sur la durée du Plan cancer 2014-2019, l'Institut a financé **46** projets de recherche, de projets d'intervention ou de bourses doctorales en lien avec ce sujet, pour un montant total de **11,3** millions d'euros.

Du fait de l'inscription de la réduction des inégalités de santé comme axe prioritaire, les appels à projets de recherche en sciences humaines et sociales et santé publique et en recherche interventionnelle ont constitué la moitié des projets sur la thématique « Inégalités » pour un montant d'environ **6,4** millions d'euros. Les projets financés entre 2014 et 2019 ont porté principalement sur l'impact des inégalités quant à la pratique du dépistage des cancers, le stade au diagnostic et le retour à l'emploi, dans une logique de validation méthodologique des interventions favorisant la réduction de cet impact sur le cancer.

Les appels à projets en prévention primaire et secondaire sont davantage tournés vers le soutien de projets d'interventions, portés par des opérateurs de terrain. Ont été ainsi financés, à hauteur de **4,59** millions, des projets de mobilisation des personnes les plus vulnérables par l'intervention de tiers : pairs auprès des jeunes pour le sevrage tabagique, travailleurs sociaux auprès des populations les plus éloignées du système de santé pour les dépistages des cancers ; ou par la mise à disposition de services par des équipes mobiles.

Enfin, les projets d'intervention pour une réduction de la consommation de tabac s'intéressent à l'identification de nouvelles stratégies d'intervention et de déploiement sur le territoire, de façon expérimentale. Ils ont été financés pour un montant de **2** millions d'euros (hors déploiement TABADO).

⁵ Deborde Thérèse, Chatignoux Edouard, Quintin Cécile, Beltzer Nathalie, Hamers Françoise, Rogel Agnès, « Breast cancer screening programme participation and socioeconomic deprivation in France » in Preventive Medicine, Vol. 115, October 2018, p.53-60.

Figure 1. Répartition des projets incluant la thématique « Inégalités », financés par les différents appels à projet de l'Institut national du cancer sur la période 2014-2019

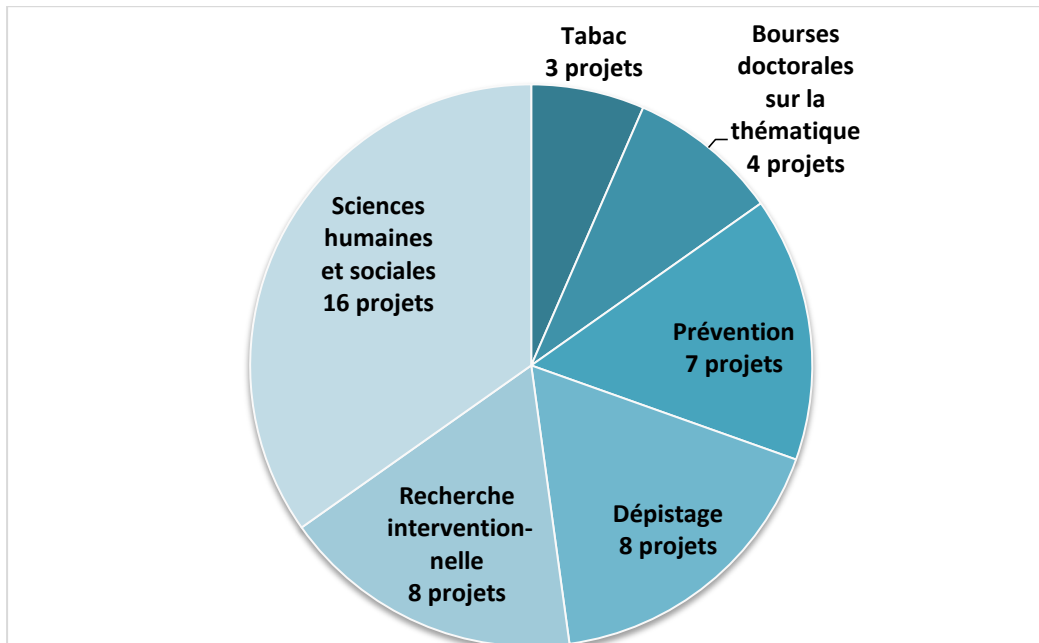
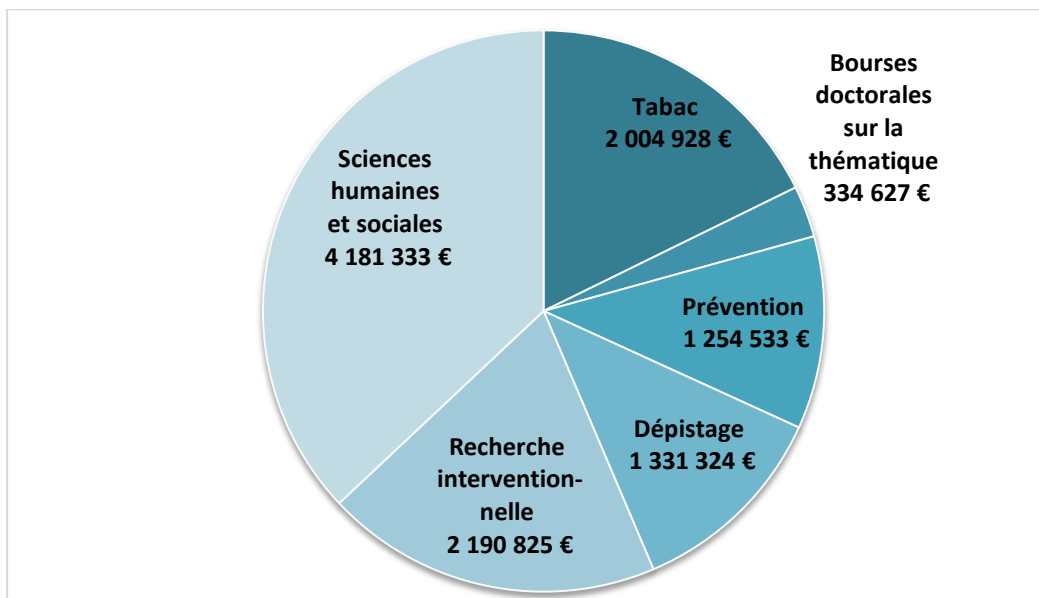


Figure 2. Répartition des financements des projets incluant la thématique « Inégalités » dans les différents appels à projets de l'Institut national du cancer sur la période 2014-2019



Soutenir la recherche interventionnelle en santé des populations en vue de réduire les inégalités face à la maladie

Afin de répondre aux enjeux liés à la réduction des inégalités face aux cancers, l'Institut national du cancer a soutenu un appel à projets annuel de recherche interventionnelle en santé des populations (RISP), dont l'un des axes transversaux et critère d'évaluation est la réduction des inégalités face au cancer. Des projets de recherche interventionnelle ont pu également être financés dans les appels à projets thématiques de l'Institut. Au total, **32** projets ont été financés sur les inégalités dont **25** projets dans l'AAP RISP, **4** dans l'AAP Tabac, **3** dans l'AAP Dépistage, pour un montant global de **10** millions d'euros.

L'expérience de ces cinq années d'investissement a été valorisée lors un colloque scientifique international francophone, sur la contribution de la recherche interventionnelle à la réduction des inégalités sociales de santé, co-organisé par l'Institut national du cancer, l'Inserm et l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), qui s'est tenu en janvier 2019. Ce colloque visait à favoriser les échanges sur les pratiques de recherche interventionnelle en santé publique appliquée au cancer, à renforcer les capacités des acteurs et à soutenir le développement de projets de recherche communs aux chercheurs, aux décideurs et aux acteurs de l'intervention.

Complémentarité des dispositifs de financement d'un projet : l'exemple du projet FASTRACS

Le projet FASTRACS a pour objectifs de développer, implanter et évaluer une intervention pour faciliter le retour au travail, le maintien dans l'emploi et la qualité de vie au travail après un cancer du sein. Il a aussi pour objectif de réduire les inégalités sociales devant l'emploi après un cancer du sein.

L'idée du projet FASTRACS a germé en 2015. Un premier financement a été octroyé sur ce projet dans le cadre de l'appel à projet Émergence porté par le Cancéropôle CLARA. Cela a permis de travailler le protocole et d'identifier les partenaires. Un second financement, dans le cadre du soutien à la recherche interventionnelle a permis d'affiner la méthodologie du projet avec l'ensemble des partenaires. Enfin, un troisième financement de l'appel à projets « recherche interventionnelle » soutient le projet en soi et devrait permettre la validation d'un protocole pour l'accompagnement au retour à l'emploi des personnes atteintes d'un cancer.

Financier	Appel à projets	Montant
CLARA	OncoStarter (Janv. 2015)	39 244€
INCa	RISP (Avril 2016)	29 884 €
CLARA	Projets Structurants Métropole de Lyon (Janv. 2017)	99 965€
DIRECCTE	(Oct. 2017)	12 090€
INCa	RISP (Fév. 2018)	559 312€

Afin d'identifier les domaines dans lesquels l'effort devra être poursuivi, une analyse des projets de recherche et d'intervention financés par l'Institut au travers ses différents appels à projets, complétée par un recensement des projets d'initiatives régionales auprès des cancéropôles et des ARS a été effectuée.

Une cartographie des actions par déterminants de la santé, tels que définis par Dahlgren et Whitehead⁶, a été réalisée pour chaque domaine de la lutte contre le cancer : prévention, dépistage, organisation des soins et accès à l'innovation, parcours, après-cancer et observations épidémiologiques.

Figure 3. Les déterminants de la santé selon Dahlgren et Whitehead



Cette cartographie permet de constater que l'ensemble des axes de la lutte contre le cancer, de la prévention à l'après-cancer comprenant l'observation a donné lieu à des projets de recherche ou d'intervention. Certains domaines tels que la prévention, le dépistage ou l'organisation des soins ont fait l'objet de nombreux projets. D'autres domaines tels que le parcours de soins, l'après-cancer, nécessiteraient un soutien accru.

⁶ Margaret Whitehead, Göran Dahlgren, "Concepts and principles for tackling social inequities in health", WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool.

Globalement, les projets financés s'intéressent pour l'essentiel à une des catégories de déterminants de la santé, mais certains d'entre eux visent à articuler des interventions sur plusieurs niveaux de déterminants. La prévention est un domaine particulièrement favorable à cette approche. Si de nombreux projets ciblent principalement les déterminants individuels et communautaires, d'autres ont adopté une démarche large, permettant d'inclure plusieurs niveaux de déterminants de santé. Car atteindre les objectifs attendus nécessite à la fois de mobiliser les compétences des individus et d'intégrer et enrichir les ressources de leur milieu de vie, en s'appuyant sur leurs réseaux interpersonnels. Il s'agit surtout d'interventions de renforcement d'*empowerment* individuel, de mobilisation des décideurs politiques concernant l'organisation du système de santé (incluant le social et le médico-social) et le contexte sociétal de vie des personnes ciblées par les projets.

Dans le domaine du dépistage organisé des cancers, la majorité des projets porte sur le renforcement de l'offre du système de santé par des interventions favorisant la proximité avec le service de santé requis : équipe mobile, unité mobile type mammobile.

Le parcours de soins a moins bénéficié de projets de recherche ou d'intervention. Devant l'enjeu que constituent l'organisation du parcours et son financement, il est envisageable que les projets découlant de l'application de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits, sur l'innovation et des appels à projet de recherche sur des interventions efficaces, apportent des solutions concrètes telles que l'expérimentation du dispositif IDEC ou l'hébergement hôtelier.

1.3 Une démarche d'identification des interventions probantes en santé publique

1.3.1 Capitaliser sur l'expérience pour mieux lutter contre les inégalités

La définition des référentiels de la politique de lutte contre le cancer doit pouvoir s'appuyer sur les données issues des projets de recherche et d'intervention évalués. Pour cela, il est nécessaire de s'appuyer sur le courtage en connaissance⁷, qui définit les modalités de transfert de connaissances et leur appropriation par les décideurs. Le dispositif Inspire-ID, porté par le ministère de la Santé et dans lequel l'Institut national du cancer est impliqué aux côtés de l'ensemble des partenaires institutionnels pour lesquels ce courtage est important (EHESP, FNES, HAS, HCSP, Inserm-IreSP, MILDECA, SFSP, Santé publique France), propose de développer la recherche interventionnelle et de capitaliser sur la connaissance par la constitution d'un portail d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé, dont la responsabilité a été confiée à Santé publique France.

Un second volet de ce dispositif est orienté vers le repérage et l'évaluation d'interventions de terrain à travers deux axes : le premier soutient la construction d'une base collectant les actions en santé publique mises en œuvre par les partenaires de terrain, « OSCARS-Santé », portée par le CRES et l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le second ambitionne de favoriser la capitalisation sur les actions de terrain à partir d'une méthodologie définie par un groupe de travail, porté par la FNES et la SFSP, et identifiant les fonctions-clés des interventions en vue de l'évaluation de leur efficacité et de leur transférabilité. L'Institut et la Société française de santé publique portent un projet de repérage d'actions prometteuses envers les populations vulnérables, concernant la prévention de la consommation d'alcool et le dépistage des cancers du sein. L'objectif de ce projet est de capitaliser sur le savoir expérientiel et d'identifier des actions qui pourraient être proposées comme interventions pour un projet de recherche interventionnelle.

⁷ Munerol Lidiana, Cambon Linda, Alla François, « Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature », in *Santé Publique* 2013/5 (Vol. 25), pages 587 à 597.

1.3.2 Soutenir la transférabilité des actions prometteuses

En complément de l'approche généraliste sur les inégalités, l'Institut national du cancer a souhaité s'engager dans une démarche plus ciblée au profit des populations vulnérables. En effet, pour ces personnes, ou celles plus éloignées du système de santé, la situation reste préoccupante quel que soit le temps du parcours : prévention, dépistage, traitements, après-cancer... La Stratégie nationale de santé, relayée par le comité interministériel pour la santé, inscrit la promotion de la santé, l'accompagnement et l'accès aux soins des personnes vulnérables, dont celles en situation de handicap, dans ses objectifs. L'une des principales difficultés rencontrées dans l'accompagnement des publics les plus vulnérables est l'identification des interventions dont on peut penser que leur impact face au cancer est réel. C'est pourquoi un appel à projets pour l'amélioration du parcours face aux cancers pour les personnes en situation de handicap a été lancé en 2019. Il vise à identifier des interventions prometteuses et à évaluer leur transférabilité en vue d'un déploiement à grande échelle. Ces interventions pourront également nourrir la réflexion sur la prise en compte des personnes les plus vulnérables lors de l'élaboration des référentiels proposés par l'Institut. Quatre projets ont été retenus pour un montant de 150 000 €.

Tableau 1. Projets relatifs à l'amélioration du parcours des personnes en situation de handicap, financés par l'appel à projet 2019

Accélérons le progrès avec le numérique : prévention / dépistage des cancers / handicap
Handicap & Cancer : Coopérons-nous
La prévention des cancers pour les personnes handicapées vieillissantes en structures médico-sociales et à domicile : promouvoir et accompagner le dépistage
Mise en place d'une politique de prévention et d'information des maladies cancéreuses auprès des patients atteints de handicap au sein du Centre mutualiste de rééducation fonctionnelle

2 Veiller à ce que les politiques de prévention profitent à tous : un changement de *design* des référentiels et dispositifs proposés, qui témoigne de la volonté d'une vision inclusive de la politique de lutte contre le cancer

La politique de lutte contre le cancer, portée par les Plans cancer successifs, a permis d'asseoir des programmes de santé publique, dont l'objectif est d'assurer l'accès pour tous à des dispositifs de qualité sur l'ensemble du territoire français. C'est ainsi que le principe des autorisations de traitement des cancers assure partout en France, à tous les patients, la même qualité et sécurité des soins. De même, les programmes de dépistage organisés des cancers offrent à chacun l'accès à un dépistage pris en charge à 100 %, dont la sécurité est garantie. On peut considérer que la structuration du parcours, même si son effectivité est inégale, permet de lutter contre les inégalités. Il en est ainsi du dispositif d'annonce, de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), de la normalisation du programme personnalisé de soins (PPS), et du programme personnalisé de l'après-cancer.

Les différentes modalités de financement de la prise en soins et du médicament, ainsi que l'accès à l'innovation, sont aussi des éléments qui réduisent les inégalités. Ainsi, en matière de recherche clinique et d'accès à l'innovation, la mise en place de **16** centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP²) dont **7** sont labellisés pour accueillir les enfants ; de **28** plateformes de génétique moléculaire afin de disposer à chaque fois que c'est nécessaire, partout sur le territoire, d'un screening qui permettra de définir le meilleur traitement possible ; ou encore le programme ACSé pour inclure des patients, dont des enfants, en situation d'échec thérapeutique.

Cependant, nous ne sommes pas tous égaux devant la santé. Certaines personnes, parce qu'elles sont plus éloignées du système de santé ou qu'elles ont des besoins spécifiques, nécessitent un accompagnement particulier.

Différents travaux menés par l'Institut national du cancer se sont inscrits dans cette démarche et ont abouti à proposer aux autorités de tutelle des référentiels, ou cahiers des charges, fondés sur ce principe : dépistage du cancer du col de l'utérus, évolution du dispositif d'annonce, refonte des autorisations de traitement du cancer, information des patients sur les démarches sociales et le cancer, par exemple.

2.1 Intégration de la notion de vulnérabilité à l'élaboration des dispositifs proposés par l'Institut national du cancer, au profit de la prise en compte des besoins des personnes

2.1.1 Exemple d'application du principe de l'universalisme proportionné dans le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, pour un dispositif inclusif et plus équitable

Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus socialement marqué. En effet, si l'incidence est relativement faible au regard d'autres localisations, il touche en particulier les femmes les plus précaires, pour lesquelles le stade tumoral au diagnostic est plus élevé, impactant la survie à 5 ans. Un simple dépistage permettrait un traitement précoce et limiterait la dégradation de l'état de santé de la femme.

L'identification de l'élément causal de 90 % des cancers du col de l'utérus, le virus HPV, permet de proposer une politique intégrée de vaccination et de dépistage, visant à réduire la morbi-mortalité liée au cancer du col de l'utérus. La prévention primaire et secondaire du cancer du col de l'utérus s'inscrit particulièrement dans une logique de lutte contre les inégalités sociales. En réponse à l'objectif « Faire reculer les inégalités face au cancer du col utérin et réduire son incidence » de l'axe 1 du Plan cancer 2014-2019, l'Institut a porté les études et analyses nécessaires à la définition des référentiels organisationnels qui ont fondé la proposition d'un cahier des charges pour l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Confié aux centres régionaux de coordination de dépistage des cancers, ce programme est maintenant déployé sur l'ensemble du territoire.

Le cahier des charges fondant le principe de généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, intègre les trois niveaux d'intervention d'une politique équitable de dépistage : un suivi de l'ensemble des femmes relevant du dispositif de dépistage ; une mobilisation renforcée des partenaires du dépistage organisé auprès des populations les moins impliquées ; dans une logique d'universalisme proportionné, des actions spécifiques pour améliorer l'accès au dépistage des populations les plus vulnérables et les plus éloignées du système de santé.

Principes d'une politique inclusive et équitable de dépistage du cancer du col de l'utérus

1. Un suivi de l'ensemble des femmes ayant eu un frottis dans les trois dernières années.
2. Une invitation spécifique et une prise en charge financière centrée sur les femmes n'ayant pas eu de dépistage dans les trois dernières années.
3. Des interventions complémentaires de sensibilisation et de mobilisation auprès des femmes les plus éloignées du système de santé.

L'une des difficultés rencontrées lors de l'élaboration de ce référentiel a été d'identifier des interventions efficaces et efficientes auprès des populations les plus éloignées du système de santé. Afin de pouvoir mettre en application le principe d'universalisme proportionné de façon optimale, des projets ont été financés pour identifier des modalités d'interventions pertinentes auprès des populations les plus vulnérables face au risque de cancer du col de l'utérus.

2.1.2 Un investissement dans l'accompagnement pour rendre la vaccination HPV effective

Associée au frottis, la vaccination constitue une arme efficace pour permettre l'éradication du cancer du col de l'utérus. Le Plan cancer 2014-2019 vise ainsi à renforcer l'accès à cette vaccination, en particulier pour les populations défavorisées. La prise en charge par l'Assurance maladie des vaccins pratiqués dans les centres de vaccination publics, votée dans la loi de financement de la Sécurité sociale 2015 (article 49), ouvre la possibilité d'un accès gratuit à cette vaccination.

Le taux de couverture vaccinale contre les HPV reste cependant faible (29,4 % pour une dose à 15 ans et 23,7 % pour le schéma complet à 16 ans⁸) Pour augmenter le taux de vaccination, sans lequel la baisse drastique de l'incidence du cancer du col de l'utérus ne pourra se faire, une communication ciblée a été renforcée vers les prescripteurs et le grand public en 2017. L'Institut national du cancer, en partenariat avec Santé publique France, a sensibilisé les prescripteurs, médecins et sages-femmes, par un courrier réaffirmant l'importance de cette vaccination et ses enjeux et l'envoi du « disque calendrier des vaccinations 2017 » élaboré par Santé publique France.

En parallèle, un dispositif porté par Santé publique France permet d'informer le grand public et les professionnels de santé via le site vaccination-info-service.fr et la diffusion d'informations sur les outils existants : collection « Les 5 bonnes raisons de se faire vacciner » (grand public) ; « Prévention du cancer du col » (professionnels de santé) ; carte postale simplifiée du calendrier des vaccinations (grand public).

2.1.3 La réduction du tabagisme : un dispositif qui, en raison du fort gradient social, joue un rôle important dans la diminution des inégalités face aux cancers

Le Plan cancer 2014-2019 a porté la création du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Il s'appuie sur trois axes d'intervention : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ; aider les fumeurs à arrêter de fumer ; agir sur l'économie du tabac, dont le premier item est la création d'un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme (prévention, sevrage, information). Ce programme a permis de renforcer significativement l'arsenal des mesures en mixant les différents leviers : paquet neutre, évolution du prix, accompagnement des fumeurs avec l'opération « moi(s) sans tabac » de Santé publique France, campagne de communication de l'Institut national du cancer. Ces mesures sont très bien reçues, y compris par les CSP- : le tabagisme quotidien a diminué chez les fumeurs les plus défavorisés, passant de **39 %** en 2016 à **34 %** en 2017 parmi les personnes à bas revenus et de **50 %** à **44 %** parmi les personnes au chômage⁹.

Son successeur, le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) renforce ces orientations et opérationnalise son efficacité par l'inscription de la création d'un « fonds tabac » de **100** millions d'euros, issus des taxes sur le tabac.

Le Fonds national de lutte contre le tabac, devenu le Fonds national de lutte contre les addictions, a été créé par la loi de financement de la Sécurité sociale 2017, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). Il a vocation à financer des actions d'envergure de lutte contre le tabagisme.

⁸ Fonteneau L, Barret AS, Lévy-Bruhl D. « Évolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France – 2008-2018 ». Bull Épidémiol Hebd. 2019;(22-23):424-30. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_3.html.

⁹ Santé publique France, « Baisse historique du tabagisme en France », communiqué de presse, Saint-Maurice, 28 mai 2018.

Sur un plan opérationnel, les membres du conseil de gestion du Fonds de lutte contre le tabac ont voté, en mars 2018, un plan d'action fondé sur les deux premiers axes prévus par le PNLT et un axe complémentaire visant à « amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé », qui s'exprime par la mise en œuvre de plusieurs appels à projets :

- l'appel à projets « Mobilisation de la société civile » vise à soutenir et promouvoir l'engagement d'une société civile dynamique sur les questions de lutte contre le tabac. Dans ce cadre plusieurs projets concernant les personnes les plus vulnérables ont été retenus.
- Par exemple le projet TABACAP (Prévention du tabagisme auprès des personnes en situation de handicap par le développement de leurs compétences psychosociales), porté par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, a pour objectif d'outiller et de soutenir les pratiques des professionnels des établissements et services médico-sociaux sur la prévention de la consommation de tabac et d'autres substances psychoactives ;
- l'appel à projets INCa/Iresp de recherche et d'intervention pour réduire et lutter contre le tabagisme couvre toutes les dimensions de la recherche sur un large éventail de disciplines. Il a permis de financer des projets proposant des interventions auprès de populations spécifiques, comme le projet « Réduire le tabagisme en établissement pénitentiaire : un programme de recherche interventionnelle » porté par l'Inserm, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et le CHU de Tours ;
- l'appel à candidatures « Déploiement de l'intervention TABADO pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez les jeunes en lycées professionnels et centres de formation des apprentis » soutenu par l'Institut national du cancer ;
- des appels à projets régionaux portés par les agences régionales de santé (ARS), permettant la déclinaison régionale d'actions nationales prioritaires et la réalisation des actions des programmes régionaux de réduction du tabagisme. L'accompagnement à l'arrêt du tabac, 2^e axe du PNRT, est également très investi à travers la formation des professionnels de santé : soit en formation initiale, comme en Normandie ou en Île-de-France ; soit en formation continue, comme en Bourgogne Franche-Comté et en Centre-Val de Loire. Les populations vulnérables constituent un public privilégié, notamment en Bretagne, mais aussi avec de nombreuses actions destinées aux femmes enceintes dans les Hauts-de-France, aux personnes en situation de précarité en Auvergne-Rhône-Alpes ou en Centre-Val de Loire, aux apprentis et aux détenus en Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur ou Occitanie. Ces actions découlent de l'engagement général des acteurs sanitaires et des ARS dans la dynamique de #MoisSansTabac.

Déploiement de TABADO

L'Institut national du cancer a souhaité promouvoir l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez les jeunes en situation vulnérable, en soutenant le déploiement de l'intervention « TABADO » dans l'ensemble des régions, au sein des centres de formation des apprentis (CFA) et des lycées professionnels. La prévalence du tabagisme y est plus élevée que dans la population générale des jeunes : chez les jeunes de 17 ans, 47 % des apprentis fument bien que seulement 25 % des adolescents de 17 ans fument quotidiennement. Les lycéens professionnels sont également concernés par une consommation plus importante de tabac : ils fument trois fois plus quotidiennement, en comparaison de leurs homologues des filières générales et technologiques. L'envie d'arrêter de fumer est déjà présente puisque la moitié des fumeurs de 15-18 ans déclarent vouloir cesser de fumer et que deux tiers ont déjà tenté un sevrage.

L'intervention TABADO est une offre d'aide à l'arrêt du tabac de proximité et gratuite. Elle repose notamment sur l'intervention au sein de l'établissement de professionnels de santé tabacologues, qui peuvent proposer la prescription de substituts nicotiques et des consultations individuelles. Les infirmiers scolaires, habilités à la prescription des substituts nicotiques, viennent en appui des actions menées par les tabacologues dans un cadre plus large.

Une recherche interventionnelle, financée par l'Institut, a soutenu un essai comparatif réalisé au sein de huit établissements d'apprentissage lorrains. Cet essai a démontré l'efficacité du programme, à travers un taux de sevrage deux fois plus élevé dans les établissements ayant bénéficié du programme TABADO par rapport aux établissements témoins. Le déploiement de cette intervention a donc été retenu comme un des projets soutenus financièrement par le Fonds de lutte contre les addictions, avec un objectif de déploiement progressif sur deux ans. À cet effet, l'Institut national du cancer a lancé un appel à projets au printemps 2018 afin de sélectionner des porteurs de projet en 2018-2019. Treize candidats ont été retenus : sept projets pilotes et six projets d'amorçage.

2.2 Une approche adaptée de l'information pour un parcours amélioré face à la maladie

2.2.1 Refondre l'information pour s'adapter au niveau de littératie en santé des personnes les plus vulnérables

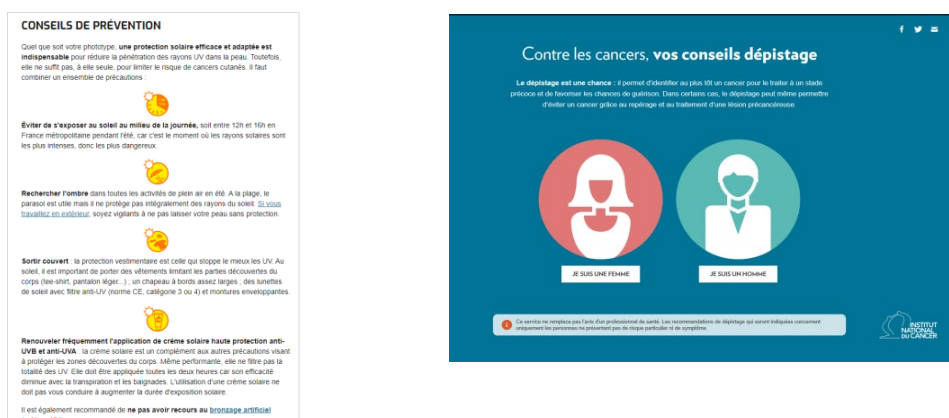
L'Institut a analysé ses outils d'information des patients (Plateforme Cancer info), afin de prendre en compte les différents niveaux de littératie et les rendre accessibles à tous. Cela s'est traduit concrètement par une refonte de la maquette et une réécriture de plusieurs guides qui ont servi de tests, ainsi que par la rédaction d'un nouveau guide : « J'ai un cancer : comprendre et être aidé ». Il s'agit d'un guide généraliste qui permettra à chacun de trouver les informations pratiques relatives à la prise en soins et à l'accompagnement durant la maladie. Il a vocation à être remis lors de la consultation d'annonce ou du temps d'accompagnement soignant paramédical.

Le format de ce guide a été conçu pour être plus attractif, plus lisible, sur la base d'une maquette davantage illustrée, et faciliter l'accessibilité de l'information. À l'issue de sa rédaction, le guide a été soumis à deux évaluations de sa compréhensibilité par l'ensemble des personnes à qui il est destiné, notamment celles pour qui la lecture et la compréhension d'informations écrites constituent un obstacle. Il a d'abord été transmis à un expert en littératie, pour une relecture incluant l'évaluation du caractère « FALC » (facile à lire, facile à comprendre). Dans un second temps, une étude sur sa forme, sa structure et son niveau linguistique a été menée auprès d'un panel de patients, ainsi que pour les mises à jour des guides « Comprendre le cancer du rectum » et « Comprendre le cancer du côlon ». Les résultats de l'étude ont été probants.

Le site Internet de l'Institut national du cancer, e-cancer.fr, s'oriente également vers une accessibilité accrue de ses contenus, en privilégiant une information encore plus simple et plus claire. En 2015, une nouvelle version du site a été développée, en conformité avec le référentiel général d'accessibilité pour les administrations, intégrant toutes les contraintes d'accessibilité pour les personnes avec un handicap sensoriel.

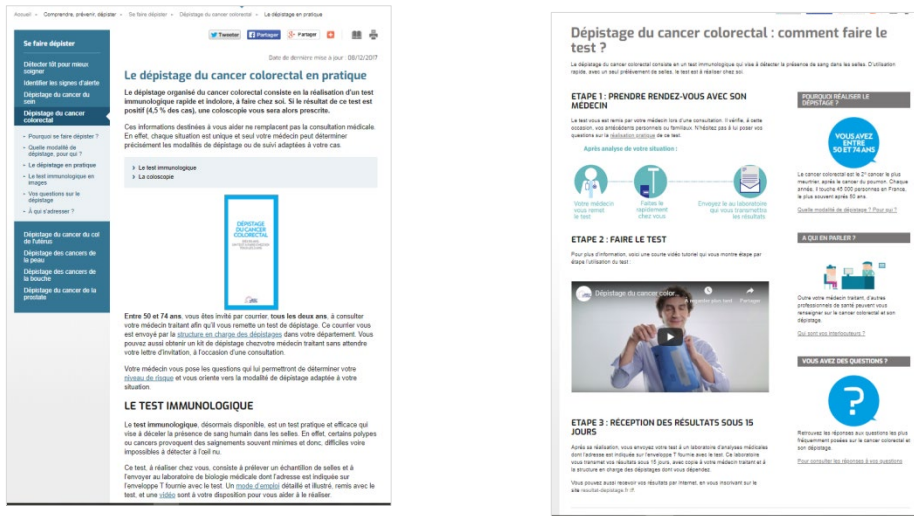
Elle a également été travaillée pour une optimisation des contenus, notamment ceux destinés au grand public, avec la volonté de rendre les schémas de navigation plus simples afin de trouver plus facilement l'information recherchée. Elle propose en outre davantage d'illustrations pour faciliter la compréhension de l'information. Une attention particulière est aussi apportée sur le vocabulaire. Ces évolutions vont être maintenant généralisées.

Figure 4. Exemples de pages du site internet de l'Institut national du cancer (e-cancer.fr)



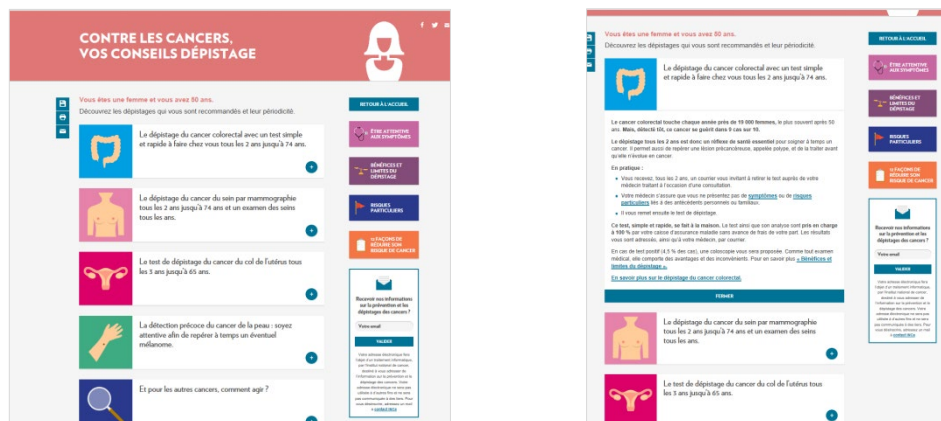
Une nouvelle version du site de l'Institut est en cours de développement, fondée sur la volonté de donner, en complément de l'information scientifique, une information plus concrète sur l'organisation des dispositifs proposés (dépistage des cancers, parcours).

Figure 5. Version actuelle et nouvelle version d'une page dédiée au dépistage organisé du cancer colorectal, sur e-cancer.fr



Enfin, des sites spécifiques ont été conçus sur certaines thématiques, pour permettre un accès plus facile à l'information. Ainsi, le site vosconseilsdepistage.e-cancer.fr permet, à partir du genre et de l'âge, d'accéder à la description du parcours de dépistage des cancers.

Figure 6. Le site vosconseilsdepistage.e-cancer.fr



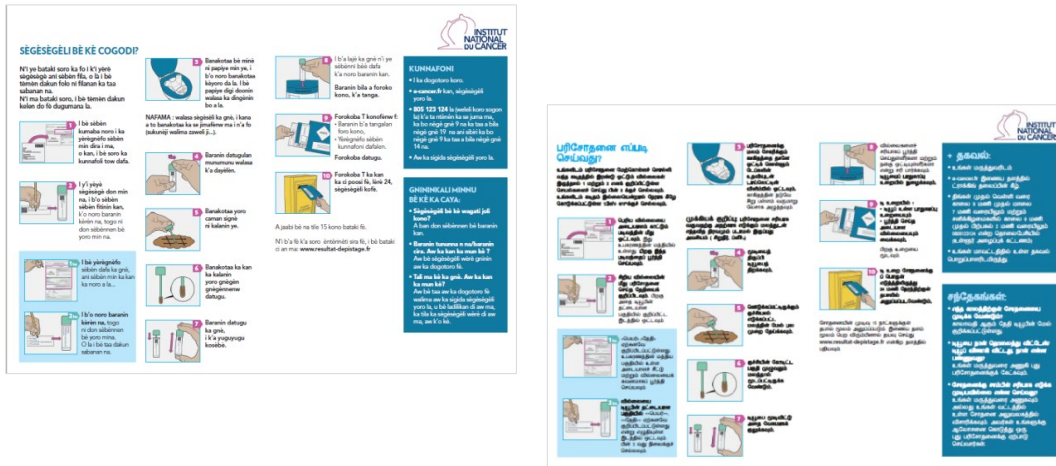
2.2.2 Des documents multilingues d'information sur les dépistages organisés des cancers

Pour sensibiliser les personnes non francophones aux dépistages des cancers et faciliter la réalisation des tests de dépistage, l'Institut national du cancer a produit des documents d'information multilingues. Des affiches et des dépliants d'informations multilingues ont été mis à disposition des acteurs territoriaux (centres régionaux de coordination des dépistages, professionnels de santé, ateliers santé ville, réseaux de travailleurs sociaux ou relais d'information).

Le dépistage du cancer colorectal repose sur la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles à domicile. Ce test est remis par le médecin traitant qui l'accompagne d'explications sur le

dépistage, les résultats et la réalisation du test. Pour que les tests soient analysables, il est important que les conditions de prélèvement des selles se fassent dans les conditions requises. Pour permettre à un maximum de personnes d'effectuer ces prélèvements de façon conforme, l'Institut propose un mode d'emploi traduit en anglais, arabe, bambara, chinois, ourdou, portugais, romani, soninké, tamoul, turc, vietnamien, wolof.

Figure 7. Exemple de documents multilingues : les dépliants d'information sur le dépistage du cancer colorectal



3 Tenir compte de la vulnérabilité dans les parcours et de l'offre de soins

3.1 Des critères relatifs à la vulnérabilité des patients intégrés dans les propositions d'évolution du dispositif d'autorisations de traitement du cancer

- L'Institut national du cancer, impliqué dans l'évolution du dispositif d'autorisations de traitement du cancer, a proposé au ministère de la Santé deux nouveaux critères intégrés dans les mesures transversales de qualité afin de soutenir la réduction des inégalités : repérer les vulnérabilités et tenir compte des spécificités de populations particulières (critère 12). Ce critère donne obligation aux établissements de repérer les vulnérabilités de leurs patients, et d'adapter les outils ou modalités de dépistage, de communication et d'information aux personnes, notamment le dispositif d'annonce du cancer, en tenant compte de l'âge (enfants, adolescents, personnes âgées) et de la vulnérabilité des patients (personnes sourdes ou malentendantes, déficientes intellectuelles, personnes en situation socio-économique précaire, ou non francophones, etc.). En outre, l'établissement doit coordonner le parcours de soins de ces patients en lien avec l'ensemble des acteurs ;
- remettre aux patients une information sur les documents publiés par l'Institut à leur intention et leurs modalités d'accès (critère 15). À travers ce critère, l'établissement doit faire connaître et remettre aux patients les documents et outils d'information adaptés à leur cancer ainsi qu'à leur situation.

3.2 L'évolution du dispositif d'annonce intégrant les professionnels de santé de premier recours et la mobilisation de ressources spécifiques, pour une meilleure information des patients, notamment les plus vulnérables

Le dispositif d'annonce est un élément essentiel du parcours de soins d'une personne atteinte d'un cancer. Il constitue également l'une des conditions transversales de qualité pour l'autorisation de traitement du cancer. Cependant, sa mise en œuvre reste hétérogène sur les territoires. L'évolution proposée du dispositif d'annonce intègre de nouvelles modalités, comme le temps d'annonce de la suspicion d'un cancer, au cours duquel le diagnostic potentiel de cancer est évoqué pour la première fois à la personne, par exemple à l'occasion d'un examen clinique ou devant une image suspecte ou un résultat biologique anormal. Une attention toute particulière doit être portée aux enfants et aux publics les plus fragiles, dont l'accompagnement peut nécessiter l'intervention de professionnels des champs social et médico-social. Cet accompagnement devrait être proposé lors de l'annonce du diagnostic initial, mais aussi, le cas échéant, lors des autres annonces majeures relatives aux traitements au cours de la maladie.

En s'appuyant sur un groupe d'experts et de représentants de patients, les besoins et les recours possibles ont été identifiés en accord avec les référentiels de bonnes pratiques existants (guides HAS sur l'interprétariat et la médiation sociale). Une synthèse des interventions préconisées lors de l'annonce, en fonction de la vulnérabilité du patient, est précisée dans le rapport d'orientation sur l'évolution du dispositif. L'objectif est double : sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé impliqués à la nécessité de tenir compte de la vulnérabilité des personnes ; leur fournir des informations sur les conduites à tenir et les soutiens existants pour mieux accompagner les personnes lors de l'annonce de la maladie.

3.3 Un renforcement de l'accessibilité et de l'offre de soins oncologiques de support, pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer

L'amélioration de la survie après un cancer, grâce à des traitements plus performants, peut amener plus de personnes à vivre certains aspects du cancer comme une maladie chronique après la phase de traitement.

Ces personnes, de retour à leur domicile, doivent pouvoir bénéficier de soins de support pour améliorer leur qualité de vie au quotidien. De grandes disparités dans l'offre et l'accessibilité, géographiques et financières, peuvent impacter le recours aux soins de support. Afin de mieux répondre aux besoins des personnes, l'Institut national du cancer a engagé, à la demande de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), une réflexion sur l'opportunité d'une évolution du panier de soins oncologiques de support, en s'appuyant sur un groupe d'experts. Ce travail identifie comme soins oncologiques de support la prise en charge de la douleur, la prise en charge diététique et nutritionnelle, la prise en charge psychologique, la prise en charge sociale, familiale et professionnelle, l'activité physique, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et des aidants, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité¹⁰.

À la suite de ce rapport, la DGOS a demandé par instruction aux agences régionales de santé de s'impliquer particulièrement dans l'organisation des soins de support, en organisant la lisibilité de l'offre, en veillant au maillage territorial par la sollicitation et l'accompagnement de la montée en charge des acteurs de ville, pour une prise en charge plus en proximité du domicile. Ce dispositif a pour objectif de renforcer un accès équitable aux soins de support sur tout le territoire pour l'ensemble des patients.

¹⁰ Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support, réponse saisine, INCa, octobre 2016.

Pour favoriser l'accessibilité financière de ces soins, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2020 prévoit un forfait visant à financer un bilan motivationnel et fonctionnel d'activité physique, permettant de lever les freins à la pratique de l'activité physique ; un bilan psychologique ; un bilan nutritionnel ; des consultations de suivi afférentes, hors séances d'activité physique.

3.4 L'accompagnement des populations plus fragiles repose sur deux dimensions : l'accès facilité aux soins et l'accompagnement en période de traitement

Certaines personnes, fragiles en raison de leur âge, ont besoin d'un accompagnement spécifique pour permettre un traitement optimal : enfants, adolescents, jeunes adultes et personnes âgées. La difficulté pour les publics les plus fragiles d'accéder facilement aux soins a amené les pouvoirs publics à s'orienter sur deux pistes : la proximité des soins et, lorsqu'il n'est pas possible d'apporter un soin en proximité, les conditions d'accompagnement, notamment l'hébergement.

3.4.1 Un accompagnement des personnes âgées, des adolescents et jeunes adultes au service d'une amélioration de la qualité de soins et de vie

Le déploiement, dans toutes les régions, d'unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) offre un double avantage : une plus grande équité de prise en soins du sujet âgé atteint de cancer avec la collaboration appropriée d'oncologues-gériatres. L'Institut national du cancer propose d'intégrer dans le dispositif révisé des autorisations de traitement du cancer ces critères transversaux : d'une part, la pratique d'un test de fragilité gériatrique pour tout patient âgé atteint de cancer ; d'autre part, la formalisation de l'accès à un service de gériatrie ou à une équipe mobile de gériatrie. De plus, afin de faciliter l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables, des projets de télémédecine en EHPAD ont été lancés en région.

Pour les adolescents et jeunes adultes (AJA), l'objectif est de parvenir à une meilleure coordination des acteurs autour de leurs parcours, pour mieux répondre à leurs besoins en soins de support et ainsi diversifier les soins proposés. Après une phase nécessaire de diagnostic régional, un ensemble d'actions de court et de plus long terme proposent une offre plus cohérente et davantage en phase avec les aspirations des patients.

En 2016, une organisation au niveau de chaque région a été proposée¹¹. Son déploiement a été favorisé par un financement spécifique supplémentaire d'un montant total de **1,3** million d'euros. Les agences régionales de santé, les réseaux régionaux de cancérologie et les établissements de soins se sont engagés dans le déploiement du dispositif, en s'intéressant particulièrement à l'organisation du parcours des AJA, intégrant des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) spécifiques assurant la présence d'un oncopédiatre pour tous les patients âgés de 18 à 25 ans ; la diffusion du référentiel « Parcours de soins AJA », de plaquettes d'information pour les professionnels de santé et de documents d'information pour les médecins traitants et les patients AJA.

La coordination des acteurs du parcours est également essentielle. Elle a amené les régions à expérimenter des organisations de coordination adaptées, comme les infirmiers coordinateurs de parcours AJA qui assurent le renforcement de la collaboration entre les secteurs enfant et adulte, l'évaluation initiale des personnes (activité physique, scolarité, activité professionnelle...) et de leurs besoins : accompagnement psychique et social, accès à la préservation de la fertilité, coordination et suivi lors de séjours dans des centres hospitaliers de proximité, mise en place d'un suivi à domicile.

Les territoires ultramarins rencontrent une situation tout à fait particulière puisque les enfants et AJA sont orientés vers l'Hexagone en évacuation sanitaire, pour bénéficier d'un traitement adapté, ce qui génère des difficultés spécifiques, notamment en termes financier et social. Une réflexion commune est portée par les réseaux de cancérologie ultramarins sur la mutualisation des efforts pour accompagner l'enfant et son entourage hors de la région, pour les familles les plus précaires.

¹¹ Instruction n° DGOS/R3/INCA/2016/177 du 30 mai 2016 relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

3.4.2 Des hébergements non médicalisés pour améliorer les conditions de vie des patients

Le soutien à des hébergements non médicalisés de proximité, dits également « hôtels pour patients », répond à la volonté d'améliorer l'accès aux soins notamment pour les patients éloignés des établissements de soins ; d'éviter des hospitalisations inappropriées et de favoriser la qualité de soins et le confort des malades.

Cette offre présente de nombreuses traductions possibles en cancérologie, dans un contexte d'évolution des soins. Ainsi, les patients subissant une intervention chirurgicale de leur cancer dans un établissement éloigné de leur lieu de vie n'auront plus besoin d'être hospitalisés la veille de l'opération et pourront sortir plus tôt de l'hôpital. Pour des soins répétitifs, tels que la radiothérapie, des transports fatigants seront évités.

Pour soutenir les initiatives des établissements dans ce domaine, le gouvernement a publié un décret précisant les modalités de mise en œuvre d'une expérimentation sur l'hébergement non médicalisé de proximité des patients¹². Les 41 structures sélectionnées ont reçu, pour les trois années de l'expérimentation, un soutien financier spécifique leur permettant de mettre en place leurs projets et de contribuer à l'évaluation de ce mode innovant d'hébergement, en particulier des frais à charge des patients et de leur satisfaction.

En complément de cette expérimentation, les essais cliniques pilotés par l'Institut national du cancer portent une attention particulière à la question du financement des frais d'hébergement et des transports. Pour ce faire, dans ses appels à projets, l'Institut rappelle aux promoteurs des essais d'AcSé et ESMART que la prise en charge des surcoûts de transports et d'hébergement liés à la recherche leur incombe, et doit être prévue et budgétée.

D'autres solutions ont été développées pour permettre aux personnes pour lesquelles le maintien à domicile se révèle délicat du fait d'une situation personnelle ou familiale complexe, de bénéficier d'hébergements adaptés pour poursuivre leur traitement dans des conditions sanitaires adéquates : lits halte soins santé (LHSS) ; lits d'accueil médicalisés ; ou encore appartements de coordination thérapeutique pour accueillir les familles. Ces dispositifs, présents sur l'ensemble du territoire, sont renforcés par des propositions d'hébergement spécifiques pour les patients ultramarins. Ainsi en Océan Indien, les patients de Mayotte qui se font soigner à La Réunion peuvent bénéficier depuis 2017 d'un hébergement extra-hospitalier mis en place par le CHU, tandis que le programme « Casodom » propose aux patients guyanais un hébergement familial lors des séances de radiothérapie en Métropole.

3.5 Développer un accompagnement de qualité sur l'ensemble du territoire, par l'information des médecins généralistes

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la détection des cancers et dans l'accompagnement quotidien des patients qui en sont atteints. La collection des « Outils pour la pratique », élaborée par l'Institut national du cancer, a pour objet de l'aider dans sa pratique quotidienne en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'un patient adulte, du diagnostic au suivi, et les recommandations de bonnes pratiques. En 2018, deux nouvelles brochures ont été publiées, portant sur deux localisations prioritaires : les cancers colorectaux et les cancers des voies aérodigestives supérieures, recommandant une approche médicale globale ainsi qu'un accompagnement médico-social et une aide à la réinsertion le cas échéant.

¹² Décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients.

4 Garantir un accès plus égalitaire et plus large à l'innovation et aux essais cliniques : un soutien aux niveaux national et régional via des dispositifs en faveur des personnes les plus vulnérables

4.1 Développement de l'accès aux essais cliniques

L'accès des patients aux essais cliniques dépend de la capacité des équipes de recherche à les y inclure. Pour soutenir ces inclusions, des stratégies de renforcement des moyens, en particulier humains, mais aussi de mutualisation et d'organisation des équipes, ont pu être déployées en région : développement de réseaux interrégionaux de recherche d'essais thérapeutiques, qui permettent l'inclusion des patients dans des essais portés dans l'interrégion et, lorsqu'aucun essai n'y est en cours, procèdent à la recherche d'essais thérapeutiques dans d'autres régions ; équipes mobiles de recherche clinique, plus particulièrement actives notamment dans l'inclusion des enfants et des personnes de plus de 75 ans.

L'Institut national du cancer encourage également la recherche clinique, en favorisant l'inclusion des patients en échec thérapeutique dans des essais cliniques. Un cofinancement de l'Institut, de la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et de la Ligue contre le cancer a permis d'inclure près de **800** patients dans le programme AcSé.

En 2016, a été ouvert le programme AcSé e-Smart, entièrement dédié aux cancers de l'enfant et de l'adolescent, qui propose, en situation d'échec thérapeutique, une molécule choisie en fonction du profil moléculaire de leur tumeur. Promu par Gustave Roussy et cofinancé par l'Institut, l'association *Imagine for Margo* et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, cet essai se déploie dans dix centres français qui s'appuient, en 2018, sur les six centres pédiatriques labellisés par l'Institut pour les essais de phase précoce (CLIP2). Plusieurs industriels ont déjà accepté de mettre à disposition des molécules d'intérêt dans ce programme. En 2018, **110** enfants ont été traités dans près de 20 maladies différentes. Cet essai européen, déjà ouvert en France et aux Pays-Bas, sera déployé en Espagne, en Italie et en Grande-Bretagne.

Pour soutenir l'accès aux essais cliniques pour l'ensemble des personnes, la Ligue contre le cancer a renforcé l'information aux patients avec le journal « Recherche clinique côté patients ». Ce magazine, conçu et édité par la Ligue, est diffusé dans l'ensemble des services de cancérologie, comités départementaux, lieux d'information (ERI/MIS/Aires Cancer), afin d'informer les associations, les unités de recherche clinique et les directions de la recherche clinique et de l'innovation.

4.2 Un accès précoce au médicament pour lutter contre les pertes de chance

L'accès précoce au médicament favorise la lutte contre les pertes de chance en permettant, grâce aux recommandations temporaires d'utilisation (RTU), l'usage d'un médicament dans des conditions qui ne sont pas validées par son autorisation de mise sur le marché (AMM). C'est l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) qui est responsable des procédures de RTU, qu'elle valide pour une durée de trois ans. Les patients bénéficient alors d'un accès précoce aux médicaments, entièrement pris en charge.

L'Institut national du cancer a développé une stratégie d'anticipation de l'arrivée des nouvelles thérapies, afin de mieux accompagner leur arrivée sur le marché, et de s'assurer de leur mise à disposition sur l'ensemble du territoire. L'enjeu réside aujourd'hui dans l'encadrement et l'évaluation par les autorités de santé de ces traitements, l'amélioration des circuits décisionnels et le développement de la recherche académique. L'Institut national du cancer pilote depuis plusieurs mois, en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Haute Autorité de santé (HAS), l'Inserm, l'Assurance maladie et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les travaux destinés à anticiper puis accompagner le déploiement des médicaments-cellules fondés sur l'utilisation des CAR-T cells sur le territoire et en particulier à encadrer les centres utilisateurs.

L'anticipation de l'arrivée des nouveaux médicaments constitue donc un enjeu majeur. Il est essentiel de pouvoir les identifier au plus tôt pour anticiper leurs apports pour les patients et leurs conséquences. L'Institut national du cancer construit depuis 2018 un programme d'« Horizon scanning » pour identifier les médicaments anticancéreux émergents avant leur autorisation de mise sur le marché. Ce programme s'inscrit dans une démarche internationale de collaboration méthodologique, notamment dans le cadre du réseau international Euroscan.

5 Éviter que les conséquences économiques et sociales de la maladie n'aggravent les inégalités : mobilisation des acteurs économiques pour limiter l'impact de la maladie

L'un des enjeux majeurs de la politique de lutte contre le cancer est de limiter l'impact de la maladie sur la vie personnelle et professionnelle des personnes atteintes d'un cancer. De nombreuses études ont mis en évidence la précarisation financière due à la maladie, à cause des délais d'ouverture de droit et des restes à charge. C'est pourquoi des actions ont été entreprises dans ces domaines, afin de limiter l'impact de la maladie.

5.1 Une information des patients sur leurs droits : le guide « Démarches sociales et cancer »

Le guide Cancer info sur les démarches sociales apporte une aide aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs proches, pour connaître leurs droits et s'orienter parmi les dispositifs sociaux, financiers et juridiques. En 2018, avec le soutien de la Ligue contre le cancer, l'Institut national du cancer a actualisé ce guide, qui fait le point sur les droits de la personne malade pendant l'hospitalisation ; la prise en charge financière de la maladie ; les interlocuteurs administratifs ; les revenus pendant un arrêt de travail et le retour à l'emploi ; les congés d'accompagnement proposés aux proches. Les informations relatives aux prêts bancaires et assurances y sont également abordées, dans le cadre du « droit à l'oubli ». Ce nouveau guide comprend une rubrique destinée aux jeunes patients qui souhaitent poursuivre ou reprendre leurs études supérieures.

5.2 Une amélioration des remboursements permettant de réduire les restes à charge

L'Observatoire sociétal des cancers, créé sous l'égide de la Ligue contre le cancer, a mis en lumière le poids des restes à charge tout au long du parcours face à la maladie. Ils sont de nature variée : dépassements d'honoraire, frais de transport liés aux soins, soins « de confort », prothèses et frais dentaires, aides à domicile, frais de garde d'enfants¹³... Ces éléments ont alerté sur la situation, sans toutefois apporter des éléments quant à l'impact financier réel subi.

Des études ont donc été menées par l'Assurance maladie, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), en vue d'objectiver les restes à charge après intervention de la couverture de base des personnes en affection longue durée (ALD) pour tumeurs malignes. On constate des restes à charge élevés les deux premières années, restant stables la troisième année : **1 565 €** la première année d'un cancer sur **17 617 €** de dépenses ; **931 €** la deuxième année sur **15 226 €** de dépenses. Ces études constituent un enseignement important, même si les montants ne traduisent pas les restes à charge réels, le remboursement par les mutuelles et les assurances complémentaires n'étant pas pris en compte. Il convient de souligner que le reste à charge des patients, en France, a diminué ces dernières années pour atteindre 7 % des dépenses totales, la France étant l'un des pays qui rembourse le mieux les frais de santé.

S'agissant de la prise en charge des prothèses capillaires, depuis avril 2019, les personnes ayant perdu leurs cheveux à la suite d'un traitement de chimiothérapie peuvent bénéficier d'une prise en charge à 100 % de leur perruque ou des accessoires visant à masquer la chute de cheveux. Cette avancée répond à l'un des objectifs du Plan cancer 2014-2019.

¹³ Ligue contre le cancer, « Les restes à charge : entre incompréhension et acceptation », Dispositif d'observation pour l'action sociale - N°2.

5.3 La convention AERAS, au fondement de l'équité d'accès à l'emprunt et du droit à l'oubli

Revendication majeure des anciens malades, l'accès facilité aux emprunts et à l'assurance dans le cadre de la convention AERAS est un autre objectif important du Plan cancer 2014-2019, avec une mesure forte : l'instauration d'un « droit à l'oubli », c'est-à-dire d'un délai au-delà duquel les demandeurs d'assurance ayant un antécédent de cancer n'auront plus à le déclarer. La convention AERAS prévoit les modalités et les délais au-delà desquels les personnes ayant souffert d'une pathologie cancéreuse ne subiront plus de majoration de leur assurance de prêt ou d'exclusion de garanties. Pour cela, à partir des travaux qu'il a portés, l'Institut national du cancer propose une liste de localisations de cancer permettant de fixer ces délais¹⁴.

L'avenant à la convention AERAS, signé le 2 septembre 2015, prévoit la mise en place d'un « droit à l'oubli » au sens strict pour les malades du cancer dont le protocole thérapeutique est achevé depuis 15 ans. Ce délai est ramené à 10 ans par la loi de modernisation de notre système de santé et à 5 ans pour les cancers diagnostiqués avant l'âge de 18 ans, dits « cancers pédiatriques ». Dans ces deux cas, aucune information médicale ne peut être sollicitée par l'assureur et par voie de conséquence, aucune surprime ni exclusion de garantie ne peut être appliquée au candidat à l'emprunt.

5.4 Emploi et scolarité : des dispositifs de soutien pour ne pas renforcer la « double peine »

5.4.1 Un assouplissement des conditions d'ouvertures des droits en matière d'indemnités journalières pour les personnes les plus précaires professionnellement

L'assouplissement des conditions d'ouverture de droits en matière d'indemnités journalières courtes (inférieures à 6 mois) est effectif. Les conditions actuelles d'attribution des indemnités journalières et des pensions d'invalidité pénalisent les salariés à temps partiel, titulaires de contrats précaires ou éloignés de l'emploi du fait de la maladie. Elles rendent nécessaire l'évolution des conditions d'ouverture de ces droits pour lever les inégalités d'accès aux revenus de remplacement.

Un assouplissement des conditions d'accès aux indemnités journalières longues a donc été effectué, grâce à la suppression de la condition du nombre d'heures travaillées pendant la période de référence précédant l'arrêt et le critère d'activité minimale exigée en nombre d'heures de travail pour ouvrir droit à la prise en charge par l'Assurance maladie.

5.4.2 Sensibiliser les employeurs pour favoriser le maintien dans l'emploi

Chaque année, parmi les 400 000 nouvelles personnes atteintes d'un cancer, 160 000 sont en activité professionnelle. Le Club des entreprises « Cancer et Emploi » a été créé par l'Institut national du cancer, en lien avec l'Association nationale des DRH et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), pour favoriser le partage d'expérience et d'information sur les solutions et dispositifs d'aide au maintien en emploi de ces salariés. Il est à l'origine de la charte « Cancer et emploi », articulée autour de **11** engagements visant à améliorer l'accompagnement des personnes malades. Quarante-huit entreprises sont désormais signataires de la charte, ce qui représente plus de **1,4** million de collaborateurs concernés par ces mesures.

Afin de les aider dans le déploiement de ces engagements, l'Institut a conçu une formation sur le cancer et ses impacts sur la vie professionnelle. Cette formation, ainsi que les outils regroupant l'ensemble des supports digitaux et papier destinés à soutenir des actions de pédagogie, de prévention, de dépistage et à accompagner les travailleurs atteints de cancers, sont proposés aux entreprises signataires de la charte.

Le Club des entreprises « Cancer et emploi » favorise également le partage d'expériences en offrant aux entreprises l'occasion de présenter leurs actions à l'ensemble des participants, tout en se nourrissant des travaux académiques présentés par des chercheurs dans le domaine de la santé et de l'emploi.

¹⁴ Code de la santé publique, Article L1141-5.

5.4.3 Des aménagements pour assurer la continuité scolaire aux enfants atteints de cancers

Afin de permettre à chaque enfant de bénéficier d'une scolarité satisfaisante, des dispositifs visant à adapter les conditions de scolarité au sein des établissements ont été mis en œuvre, dans le cadre de projets d'accueil individualisé (PAI) ou de projets personnalisés de scolarisation (PPS).

Lorsque la scolarisation en établissement n'est pas possible, il est nécessaire de prévoir ou maintenir un accès à l'éducation à distance. Ainsi, l'inscription au Centre national d'enseignement à distance (CNED) a été rendue gratuite même après 16 ans, lorsque le motif est médical, sur avis favorable du médecin de l'Éducation nationale. Une convention de scolarité partagée a été élaborée avec le CNED, afin de permettre une double inscription pour que l'élève puisse bénéficier plus facilement du lien avec ses enseignants et ses pairs, dans un double objectif de contribuer à l'amélioration de son état de santé et de faciliter son retour en classe.

6 Un accompagnement spécifique des territoires d'outre-mer pour le déploiement du Plan Cancer 2014-2019

La Stratégie de santé pour les territoires d'outre-mer, présentée en mai 2016, propose une déclinaison de la stratégie nationale adaptée aux contextes ultramarins. Elle constitue une référence pour les programmes régionaux de santé qui en reprennent les priorités, orientations, et modalités opérationnelles de mise en œuvre, garantissant la cohérence et la lisibilité des actions.

Les conditions sociales sont généralement plus défavorables dans les territoires ultramarins. L'enjeu est donc de définir une trajectoire leur permettant de garantir la qualité du système de santé, des prises en charge et des parcours, qui prennent en compte les contraintes pesant sur ces territoires, notamment de délais ou de surcoût, liées à l'acheminement de produits.

6.1 Une feuille de route ultramarine pour accompagner le déploiement du Plan cancer, partagée avec les ARS

Au début du déploiement du Plan cancer 2014-2019 dans les territoires d'outre-mer, il est apparu qu'un accompagnement devait être pensé pour pouvoir tenir compte des spécificités de chacun des territoires, de ses contraintes et de ses atouts. La Mission Inégalités s'est engagée dans la définition d'une feuille de route spécifique aux territoires d'outre-mer. Cette dernière s'est fondée sur un état des lieux réalisé par les correspondants des ARS ultramarines et des représentants des directions d'administration centrale. Elle a été présentée en décembre 2017 aux directeurs généraux des ARS ultramarines et fait l'objet d'un suivi régulier (cf. la feuille de route en annexe).

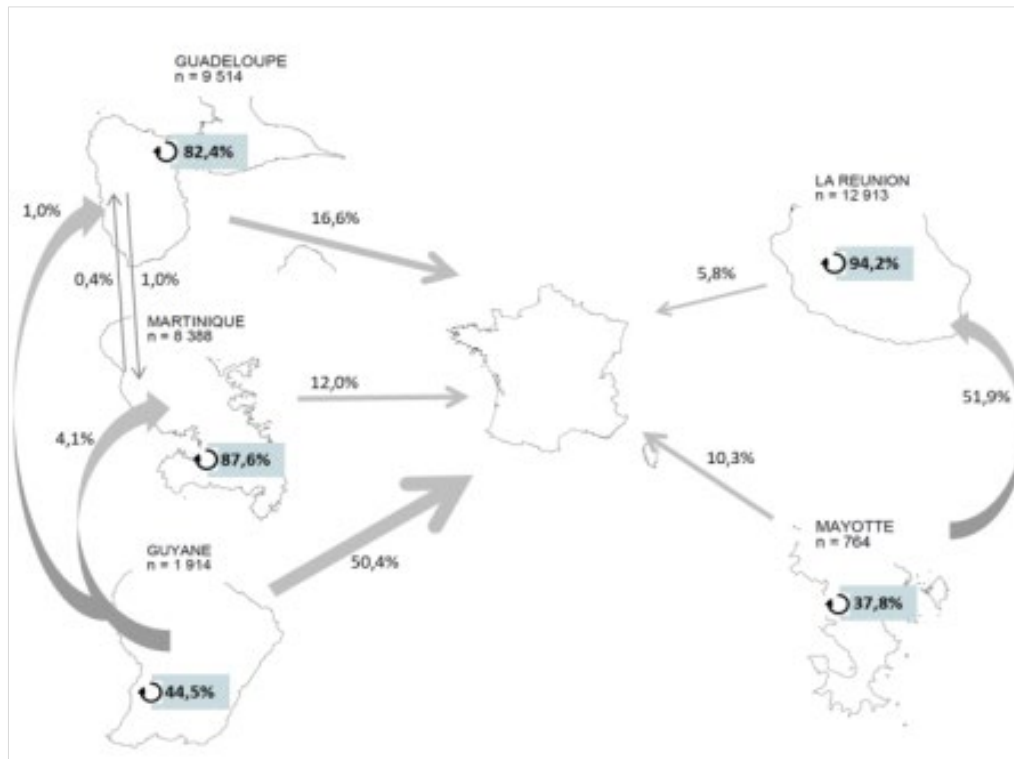
6.2 L'activité de cancérologie pour les résidents des départements et régions d'outre-mer

À partir des données de la cohorte cancer, l'Institut national du cancer a mené une analyse dressant un état des lieux de la consommation de soins en cancérologie pour les résidents des DROM et présentant les différents déplacements de patients, qu'ils soient intra-DROM, inter-DROM ou vers la Métropole¹⁵. La consommation de soins étudiée comprend l'activité de chimiothérapie, de radiothérapie et de chirurgie dans le cadre d'un cancer, pour la période 2011-2014. Cette analyse a montré que les soins sont principalement réalisés dans les DROM : 85 % des résidents des DROM hospitalisés pour un cancer ont reçu la totalité des traitements dans leur département de résidence (Figure 8). Les principaux cancers sont traités sur leur territoire : les cancers de la prostate sont soignés à plus de 90 % dans les Antilles et à La Réunion ; la prise en soins du cancer du sein est assurée à 96 % à La Réunion, 91 % en Martinique et 81 % en Guadeloupe. On observe la même tendance pour les cancers colorectaux et de l'estomac, traités principalement sur place. Pour les enfants de moins de 15 ans, notamment des Antilles et de Guyane, les soins hospitaliers sont plus fréquemment effectués en Métropole. Ces disparités s'expliquent en partie par l'offre de soins et la démographie médicale. La Réunion présente le taux de déplacements sanitaires le plus bas (5,8 %) du fait de la complétude de

¹⁵ « Activité de cancérologie pour les résidents des départements et régions d'outre-mer, période 2011-2014 », Fiche d'analyse, collection Les Données, INCa, juin 2019.

son offre de soins en cancérologie, suivie de la Guadeloupe et de la Martinique qui présentent également un faible taux de déplacements sanitaires (respectivement 16,6 % et 12,0 %), grâce notamment à la présence d'équipements de radiothérapie. La situation est autre pour la Guyane et Mayotte, pour lesquelles l'offre de soins insuffisante se traduit par un nombre important d'évacuations sanitaires.

Figure 8. Répartition des flux pour tous traitements et toute localisation de cancer dans les territoires d'outre-mer



6.3 Un investissement dans le soutien à la recherche clinique pour les territoires ultramarins

L'un des objectifs du Plan cancer 2014-2019 est de dynamiser la recherche clinique en cancérologie, principalement grâce au renforcement des moyens des équipes mobiles de recherche clinique et à l'ouverture de centres investigateurs dans les départements ultramarins. L'Institut national du cancer apporte son soutien financier au développement de la recherche clinique dans les territoires ultramarins, notamment à l'ouverture de centres investigateurs dans les DOM pour des projets de recherche clinique sélectionnés via les appels à projets de type PHRC et financés sur le territoire national.

Le Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation sud-ouest Outre-mer hospitalier (GIRCI SOHO) a été créé par une circulaire ministérielle de 2005 et intègre depuis cette date les trois CHU ultramarins (CHU de Martinique, CHU de Guadeloupe, CHU de La Réunion) ainsi que les autres hôpitaux. Il soutient les démarches de recherche clinique de ces trois établissements en s'appuyant sur des équipes Inserm et/ou registres des cancers et accompagne les structures support à la recherche clinique dans les DOM tout en intégrant une prise en compte de leurs problématiques spécifiques.

Pour soutenir l'accès aux essais cliniques dans les territoires d'outre-mer, des projets sont également développés. Ainsi, en Guadeloupe, le projet MyéloDOM est engagé par le Registre des cancers et une équipe mobile de recherche clinique est déployée. En Guyane, la collaboration avec le Centre Léon Bérard (Lyon) permet aux établissements d'inclure des patients dans des essais proposés par le centre, et de participer à des activités de recherche. À La Réunion, six programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) ont démarré en lien avec des équipes de la Métropole, notamment en oncopédiatrie.

Le département Recherche clinique de l'Institut travaille en étroite collaboration avec le GIRCI SOHO afin d'identifier les projets susceptibles de pouvoir ouvrir facilement des centres investigateurs dans les DOM et de contacter les investigateurs locaux intéressés par ces projets. Sept projets ont été proposés par le GIRCI SOHO, pour une subvention hors appel à projets d'un montant total de **292 039 €**. Ils devraient permettre d'inclure **104** patients dans les établissements de santé ultramarins (CHU de Martinique, CHU de Guadeloupe, CHU de La Réunion et Clinique Sainte Clotilde à La Réunion).

Tableau 2. Projets soutenus par le GIRCI SOHO visant à inclure des patients ultramarins dans des essais cliniques

PROMOTEUR	ETUDE	ACRONYME	FINANCEMENT INITIAL	HAP INCa			
				FINANCEMENT	DUREE DU PROJET	CENTRES INVESTIGATEURS	NOMBRE DE PATIENTS A INCLURE
INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE MONTPELLIER	Essai thérapeutique de phase II multicentrique randomisé évaluant le risque de neurotoxicité en fonction de la dose d'Oxaliplatine rapportée à l'indice de masse maigre chez des patients atteints d'un cancer du côlon traités en situation adjuvante avec du FOLFOX 4 simplifié	LEANOX	433 113 € PHRC-K	25 915 €	36 mois	CHU Martinique	25 patients
INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE MONTPELLIER	Essai prospectif randomisé en double-aveugle pour évaluer l'efficacité d'une nouvelle formule immunomodulatrice orale sur la survie sans récurrence chez des patients traités par radiochimiothérapie ayant un cancer des voies aéro-digestives supérieures à haut risque	SIMPA	409 370 € PHRC-K	57 614 €	48 mois	CHU Martinique CHU Réunion Clinique S th Clotilde	12 patients 15 patients 12 patients
INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE MONTPELLIER	Détection de l'émergence de mutations RAS sur l'ADN circulant chez des patients atteints de cancer colorectal métastatique sous traitement par anticorps anti-EGFR	EMUTRAS	201 950 € PHRC-I	10 248 €	36 mois	CHU Martinique CHU Réunion	10 patients 3 patients
INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE MONTPELLIER	Prévalence du trismus et rééducation préventive associée à un accompagnement en éducation thérapeutique chez des patients atteints de cancers de la tête et du cou traités par radiochimiothérapie concomitante et porteurs d'une gastrostomie	OPEN	210 570 € PHRIP	5 936 €	12 mois	CHU Réunion	5 patients
CHU TOULOUSE	Chimiothérapie d'induction suivie d'une radio-chimiothérapie concomitante standard dans les cancers du col utérin avec envahissement ganglionnaire aortique : Essai thérapeutique multicentrique randomisé	ONCOCOL	1 115 865 € PHRC-K	68 871 €	48 mois	CHU Guadeloupe	6 patients
CHU TOULOUSE	Essai de phase III multicentrique, contrôlé, randomisé, en ouvert, évaluant l'efficacité de l'addition de la dexaméthasone à la chimiothérapie de rattrapage versus la chimiothérapie de rattrapage seule chez les patients atteints de leucémie Aiguë Myéloïde réfractaire ou en rechute	DEXAML-03	299 600 € PHRC-I	29 000 €	48 mois	CHU Réunion	6 patients
CHU LIMOGES	Impact diagnostique et pronostique de l'analyse de l'ADN circulant dans le Suivi des patients traités curativement pour un cancer colorectal	ONCOGRAM	299 792 € PHRC-I	94 455 €	36 mois	CHU Martinique	10 patients
TOTAL FINANCEMENT HAP DOM:				292 039 €			

6.3.1 Une information sur la prévention nutritionnelle adaptée aux spécificités ultramarines

Afin de permettre une meilleure accessibilité de l'information, le réseau National alimentation cancer recherche (réseau NACRe), soutenu par l'Institut en collaboration avec l'Institut national de la recherche agronomique (INRA) et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, a élaboré des documents d'information spécifiques à chaque département et région d'outre-mer (DROM), en s'appuyant sur des états des lieux par DROM. Ces derniers intègrent la situation nutritionnelle des populations locales, l'incidence des cancers et les politiques régionales et nationales pour la prévention nutritionnelle des cancers. Ces dépliants¹⁶ ont été relus par diverses instances locales (ARS, instances régionales d'éducation et de promotion santé, observatoires régionaux de santé, comités départementaux de la Ligue contre le cancer...), des professionnels de la santé et de la nutrition des DROM.

¹⁶ <https://www6.inra.fr/nacre/Le-reseau-NACRe/Outils-tous-publics/Depliant-NACRe-Outre-Mer-2018>.

7 Conclusion

Le Plan cancer 2014-2019 a permis de mobiliser les acteurs sur la réduction des inégalités et des pertes de chance face au cancer. L'Institut national du cancer a porté cette thématique dans tous ses engagements :

- l'Institut s'est engagé avec ses partenaires dans l'amélioration de l'observation des inégalités et de leurs impacts sur le cancer. Les dispositifs sont en place, avec des systèmes d'information intégrant les données médico-administratives et celles issues des registres des cancers pour la mortalité et des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers. Ils permettront une meilleure compréhension des mécanismes à l'œuvre grâce à des analyses plus fines. Dans son rôle de soutien à la recherche et à l'intervention, l'institut national du cancer a investi dans des appels à projets qui ont permis de financer de nombreuses initiatives, dont les résultats alimentent les référentiels ou les protocoles des programmes définis par l'Institut et ses partenaires ;
- l'un des enjeux majeurs de la lutte contre les inégalités est de définir des programmes de prévention pour tous et, dans un principe d'universalisme proportionné, de proposer aussi des programmes apportant des solutions complémentaires au regard des besoins de chacun. Les travaux menés par l'Institut se sont inscrits dans cette logique, qui s'est traduite par la définition d'un cahier des charges pour le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, fondé sur la proposition d'interventions complémentaires pour les populations les plus vulnérables. Les travaux préliminaires pour la rénovation du dépistage organisé du cancer colorectal se sont établis sur les mêmes bases ;
- le tabac est le facteur de risque de cancer le plus important et le Plan cancer 2014-2019 en a fait une priorité, en impulsant le premier Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). La mobilisation est efficace : la prévalence du tabagisme quotidien est passée de 29,4 % en 2016 à 26,9 % en 2017, et a diminué également chez les fumeurs les plus défavorisés (39 % en 2016 versus 34 % en 2017 parmi les personnes à bas revenus et 50 % versus 44 % parmi les personnes au chômage). Pour la première fois depuis le début des années 2000, les inégalités sociales en matière de tabagisme ont cessé de croître.

Membre du conseil de gestion du Fonds de lutte contre le tabac (devenu Fonds de lutte contre les addictions), l'Institut s'y est investi par le financement -dans le cadre de ses appels à projets - de projets tels que celui mené conjointement avec l'Iresp. L'Institut a également porté l'appel à candidatures « Déploiement de l'intervention TABADO pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac chez les jeunes en lycées professionnels et centres de formation des apprentis ». Ses premiers résultats sont concluants, avec un taux de sevrage deux fois plus élevé dans les centres de formation des apprentis (CFA) ayant bénéficié du programme que dans les établissements témoins ;

- l'accès à une information compréhensible constitue l'un des enjeux majeurs pour les personnes. L'information doit leur permettre de prendre des décisions en toute connaissance de cause, lors des sollicitations de prévention et de dépistage qu'ils reçoivent, mais aussi d'avoir tous les éléments nécessaires à la compréhension de leur traitement, de l'accompagnement à tous les moments de la maladie, et après la maladie. L'Institut s'est engagé dans cette voie, en proposant de nouveaux guides d'information dont le format vise à une meilleure compréhensibilité pour tous. De plus, des documents d'information sur le dépistage ont été traduits et adaptés, afin que les personnes non francophones puissent y accéder et réaliser les tests dans les meilleures conditions de qualité ;
- les pertes de chance face à la maladie se cumulent tout au long du parcours. En coopération avec le ministère de la Santé, l'Institut a œuvré à l'amélioration de la qualité des parcours pour que tous les patients puissent bénéficier du meilleur accompagnement. La refonte des critères d'autorisation de traitement du cancer a intégré l'obligation pour les établissements d'identifier

et d'accompagner les plus fragiles. De la même façon, le nouveau dispositif d'annonce identifie les ressources pour l'accompagnement des plus vulnérables. Enfin, pour les personnes les plus fragiles (personnes âgées, enfants, adolescents et jeunes adultes), des dispositifs facilitant la proximité des soins ou, lorsque cela n'est pas possible, facilitant l'hébergement, ont été expérimentés ;

- le cancer peut être extrêmement délétère pour les plus jeunes, en limitant leur capacité à suivre une scolarité classique, notamment lors de la phase de traitement. Pour leur permettre de poursuivre une scolarité n'oblitérant pas leur futur, des dispositions ont été prises avec le Centre national d'enseignement à distance (CNED) pour une scolarisation adaptée et des aménagements de scolarité en établissement sont possibles grâce à la mobilisation des programmes d'accompagnement ;
- pour que l'impact professionnel et économique de la maladie soit le moins fort possible, l'Institut s'est investi aux côtés d'entreprises pour faciliter le maintien et le retour à l'emploi. Il a sensibilisé les entreprises signataires de la charte « Cancer et emploi » sur l'accompagnement des personnes atteintes de cancer et les a invitées à collaborer dans le suivi de l'expérimentation de mise à disposition d'outils d'information et de sensibilisation dans les entreprises, portée par l'Anact ;
- enfin, le Plan cancer prévoit d'accompagner plus particulièrement les territoires ultramarins. L'Institut, conscient de l'éloignement et l'isolement de ces territoires, a donc proposé un accompagnement spécifique pour le déploiement du Plan cancer par la proposition d'une feuille de route répondant aux problématiques identifiées avec les agences régionales de santé.

L'Institut national du cancer a cherché à mobiliser l'ensemble de ses moyens, tant humains que financiers, pour soutenir cet engagement dans la réduction des inégalités face au cancer. Les résultats sont particulièrement encourageants, partagés par l'ensemble des partenaires, et justifient la poursuite de ces efforts. La mobilisation dans la durée de l'ensemble des acteurs constitue une condition nécessaire pour enregistrer de nouveaux progrès au bénéfice de tous.

ANNEXES

Annexe 1. Fiches de synthèse des projets financés et achevés au 31 décembre 2019, dans le cadre des appels à projets de l'Institut national du cancer

Intitulé du projet	NOUWAM - Équipe mobile pour le dépistage du cancer du col de l'utérus à Mayotte
Lieu Année – durée	Mayotte 2014 – 36 mois
Résumé du projet	<p>Le projet « NOUWAM » a pour principal enjeu la lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage des cancers et notamment du cancer du col de l'utérus sur le territoire de Mayotte. Il s'agit de proposer aux femmes de la population ciblée par ce dépistage, une information adaptée ainsi que des consultations de frottis de dépistage. Ceci notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale ou ayant des difficultés d'accès aux soins pour raisons financière, géographique et/ou culturelle.</p> <p>Ce projet propose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le passage d'un véhicule médicalisé pour des consultations gratuites de dépistage du cancer du col de l'utérus , destinées à toutes les femmes de l'île, âgées de 25 à 65 ans, affiliées ou non. Les consultations se dérouleront dans des secteurs où les taux de couverture du dépistage sont faibles, voire éloignés de centres de soins périphériques ; - le passage dans les communes éloignées des structures de soins d'une équipe mobile, avec un camion médicalisé permettant de réaliser des frottis et des examens gynécologiques ; - l'information et la sensibilisation des femmes visées par le dépistage via différents vecteurs : médiatrices en santé, élus, médias locaux. Cette information s'inscrit dans une perspective d'information globale de la « santé de la femme » : sensibilisation aux autres cancers, en particulier le cancer du sein (mise en place prévue en 2014), avec prise de rendez-vous pour une mammographie de dépistage. Au-delà des cancers, d'autres thématiques de santé pourront être abordées en lien avec le planning familial, la périnatalité, la prévention des infections sexuellement transmissibles, le diabète...
Objectifs	Réduction des inégalités d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus Augmentation du taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus
Acteurs	Projet porté par REDECA, association mahoraise pour le dépistage du cancer du col de l'utérus Partenaires : municipalités (CCAS), médiatrices en santé/interprètes, IREPS
Public visé	Femmes ciblées par le dépistage du cancer du col de l'utérus
Résultats	<p>Au cours des 32 mois du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 62 villages visités • 3 856 femmes sensibilisées • 501 femmes dépistées • 964 frottis réalisés dont 395 premiers frottis • 49 lésions précancéreuses, un cancer invasif, une lésion suspecte
Contraintes	Mise à disposition du véhicule Financement Absence de sage-femme affectée au projet de façon pérenne (recours à des vacataires) Mouvements sociaux

Perspectives/ Transférabilité	
Budget	Attribué : 165 000 € Payé : 161 131 €
Bibliographie	
Domaine d'intervention /phase du cancer	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage - Renforcement des compétences individuelles - Amélioration du système de santé

Intitulé du projet	Déploiement du dispositif de dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des populations les plus éloignées du système de soins
Lieu Année – Durée Résumé du projet	<p>Guyane 2014 – 24 mois</p> <p>La Guyane est un département marqué par l'isolement géographique avec de nombreuses communes accessibles uniquement par voie fluviale ou aérienne, une grande précarité sociale (35 % de la population relève de la CMU) et une grande prévalence du cancer du col utérin (4 fois plus fréquent qu'en France métropolitaine).</p> <p>Afin d'accompagner le déploiement du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus en Guyane, un dispositif s'appuiera sur une unité mobile de dépistage avec déplacement d'un binôme préleveur-secrétaire dans les communes isolées du littoral et de l'intérieur. Cela sera fait en appui et en collaboration des acteurs de santé locaux (centres de santé délocalisés de l'hôpital, centres de PMI) et après information ciblée des non-répondeuses, et en collaboration plus étroite avec les préleveurs et les laboratoires pour l'obtention des coordonnées des patientes et une meilleure information des patientes sur les enjeux du dépistage et l'intérêt du suivi.</p> <p>Suite au constat que les femmes dépistées positives n'effectuaient pas les déplacements nécessaires à la confirmation du diagnostic (coloscopie), une expérimentation de coloscopie délocalisée a permis la prise en charge de 30 femmes. Une mission coloscopie mobile a donc été mise place</p> <p>Afin de pallier au problème d'adressage non effectif ou de non-distribution du courrier dans les zones isolées, et à l'impossibilité d'effectuer des examens gynécologiques dans ces hameaux, un dépistage par auto prélèvement HPV a été initié (financement ministère OM). Cette stratégie complémentaire a également été déployée auprès des femmes réticentes à l'examen gynécologique et dans les quartiers défavorisés de Cayenne (en lien avec les associations et l'équipe mobile de Médecins du Monde).</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du taux de participation au DO CCU dans les petites communes (en collaboration avec les services de PMI), dans les communes isolées (actions conjointes avec la croix rouge et médecin du monde) et intégrant une unité mobile • Amélioration de la prise en charge des femmes précaires par des actions ciblées dans les quartiers défavorisés de Cayenne • Diminution du taux de frottis non satisfaisants
Acteurs	Projet porté par AGDOC, structure guyanaise de gestion des dépistages des cancers Partenaires : municipalités, Croix-Rouge, Médecins du Monde, professionnels de santé
Public visé	Femmes ciblées par le dépistage du cancer du col de l'utérus
Résultats	Convocations de 383 femmes dans les communes isolées. 26 jours de déplacements de l'UMD 585 frottis réalisés

Contraintes	<ul style="list-style-type: none"> • Démographie médicale (pas de gynéco, pas de sage-femme) • Difficultés d'accès à la coloscopie • Absence de coordonnées postales et non-distribution des courriers dans les zones/hameaux les plus isolés.
Perspective / Transférabilité	
Budget	Attribué : 190 000 € Payé : 184 531 €
Bibliographie	
Domaine d'intervention /phase du cancer	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage - Renforcement des compétences individuelles - Amélioration du système de santé

Intitulé du projet	Identification des barrières au dépistage du cancer du col utérin à La Réunion et des leviers d'amélioration
Lieu Année – durée Résumé du projet	<p>La Réunion 2014 – 24 mois</p> <p>À La Réunion, le cancer du col de l'utérus est le 3^e cancer le plus fréquent chez les femmes alors qu'il est le 12^e en France métropolitaine. La Réunion a fait partie d'une phase d'expérimentation de dépistage organisé en 2009-2011, durant laquelle le taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) n'était que de 56 % malgré la campagne de sensibilisation réalisée.</p> <p>À La Réunion en 2001, une étude anthropologique qualitative portant sur 20 femmes, a identifié deux profils de comportement vis-à-vis du FCU. Les femmes jeunes, vivant mieux leur sexualité et leur féminité, semblent plus enclines à participer au dépistage et les femmes plus âgées, avec des valeurs plus traditionnelles, se sentent peu concernées par la maladie. De plus, les auteurs soulignent la nécessité d'étudier les influences de la religion dans la représentation du cancer et, plus largement, l'impact du multiculturalisme, particulièrement important sur l'île. D'autres facteurs, tels que les spécificités géographiques et les conditions socio-économiques, doivent être étudiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réalisation d'une étude transversale par enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de 1 000 femmes comportant six parties distinctes et évaluant les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents gynécologiques, les connaissances vis-à-vis de la maladie, les attitudes et comportements face au dépistage, les opinions sur le dépistage (croyances, freins,...) et sur les dispositifs organisationnels susceptibles d'améliorer l'adhésion à ce dépistage ; - analyse des barrières au dépistage par le FCU rapportées par les femmes interrogées, des leviers d'amélioration, et identification des populations les moins enclines à participer à ces campagnes de dépistage.
Objectifs	<p>Objectif principal : décrire les barrières au dépistage du cancer du col de l'utérus par le FCU, rapportées sur un échantillon représentatif de femmes âgées de 25 à 65 ans à La Réunion.</p> <p>Objectifs secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifier les leviers organisationnels qui augmenteraient l'adhésion au dépistage ; - décrire et comparer les caractéristiques des participantes dépistées et non dépistées ; - comparer les données de couverture issues des déclarations des patientes aux données enregistrées dans les bases Erasme locales de l'Assurance maladie.
Acteurs	<p>Projet porté par le CHU de La Réunion</p> <p>Partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observatoire régional de la santé : ORS - La Réunion, ORS-PACA - RUN DEPISTAGES - UMR912 SESSTIM
Public visé	Femmes de 25 à 65 ans, maîtrisant le français, le créole ou le mahorais, domiciliées à La Réunion et en capacité de répondre à un questionnaire téléphonique

Résultats	<p>Les freins au dépistage exprimés par les femmes non-à-jour de leur FCU sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans la moitié des cas, d'ordre logistique : oubli, problèmes matériels ou de temps, problèmes d'accès à un médecin ; - dans plus d'un quart des cas : manque de connaissance et d'information sur le dépistage organisé et le frottis ; - Pour 10 % des femmes : réticences par rapport aux modalités de réalisation de l'examen. <p>Facteurs associés négativement : statut socio-économique défavorisé, âge élevé, origine hors La Réunion et Métropole</p> <p>Axes d'amélioration : information sur le dépistage par le FCU, amélioration de l'accès au dépistage en s'appuyant pour les deux sur le médecin traitant</p>
Contraintes	<p>Difficulté méthodologique de constitution d'un échantillon représentatif de la population cible → taux de participation faible → sous-représentation de certaines populations.</p>
Perspective / Transférabilité	<p>Ces résultats permettront de faire des propositions d'adaptation du dépistage à La Réunion, pour en améliorer l'adhésion. Ces propositions d'adaptation devront faire l'objet d'essais d'intervention, afin d'en évaluer l'efficacité. L'amélioration de l'accès à ce dépistage, dans le contexte socio-économique réunionnais difficile, est un élément important de réduction des inégalités face au cancer du col utérin. Ce projet visant à identifier les barrières au dépistage et les leviers d'amélioration, est essentiel avant la mise en place d'un dépistage organisé tel qu'annoncé dans le Plan cancer 2014-2019.</p>
Budget	<p>Attribué : 195 894 € Payé : 126 955 €</p>
Bibliographie	<p>Bruneau, L., Diane, M. B., Touzani, R., Bouhnik, A. D., Huiart, L., & Chirpaz, E. (2018). Barriers and facilitators related to adherence in cervical cancer screening among women living in the French Island of Reunion : A cross-sectional study. <i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i>, 66, S296.</p> <p>Touzani, R., Bendiane, M. K., Bouhnik, A. D., Bruneau, L., Mancini, J., Chirpaz, E., & Huiart, L. (2018). Connaissances sur le dépistage et le cancer du col de l'utérus à la Réunion : application d'une classification ascendante hiérarchique. <i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i>, 66, S187-S188.</p> <p>Touzani, R., Bendiane, M. K., Chirpaz, E., Bouhnik, A. D., Bruneau, L., Mancini, J., & Huiart, L. (2018, March). 326 (PB-121)-Mammography screening among women living in Reunion Island (South Indian Ocean). In <i>THE 11TH EUROPEAN BREAST CANCER CONFERENCE</i> (Vol. 92, No. 3, p. S90).</p>
Domaine d'intervention /phase du cancer	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage - Observation - Renforcement des capacités individuelles - Amélioration du système de santé

Intitulé du projet	Réception des campagnes de dépistage des cancers chez les populations en situation socio-économique défavorisée (Contrat doctoral en SHS-E-SP)
Lieu	Île-de-France
Année-durée	2015 – 36 mois
Résumé du projet	<p>Face à la pathologie qu'est le cancer, tous les individus ne sont pas égaux. Si le cancer est plus fréquent chez certaines populations, le dépistage ne fait que renforcer les écarts en étant souvent pratiqué chez les populations les plus favorisées.</p> <p>Si les acteurs responsables de la conception des campagnes multiplient en effet les dispositifs de communication à leur égard afin de les inciter à adopter les « bonnes habitudes » en matière de dépistage, les taux de participation aux dépistages recommandés (à savoir les dépistages des cancers du col de l'utérus, du sein, et colorectal) stagnent ou augmentent très faiblement.</p> <p>Cristallisant les enjeux du traitement des inégalités sociales au sein des politiques publiques, cette recherche propose de prendre pour objet les campagnes d'information sur le dépistage des cancers et leur réception par les populations en situation socio-économique défavorisée.</p> <p>Grâce à la mise en place d'une enquête de terrain socio-ethnographique auprès de ces populations désignées comme participant peu au dépistage, l'objectif est de mettre en avant les facteurs intervenant dans le processus de réception et d'éclairer les rapports entre les acteurs publics émetteurs de ces campagnes et ces populations.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - mettre en avant les facteurs intervenant dans le processus de réception - éclairer les rapports entre les acteurs publics émetteurs de ces campagnes et ces populations.
Acteurs	Université Paris-Est
Public visé	Femmes ciblées par les campagnes de communications sur les dépistages organisés des cancers
Résultats	Les premiers résultats de l'enquête ethnographique menée en Île-de-France auprès de femmes dites en situation socio-économique défavorisée, et l'analyse des contributions citoyennes postées sur la plateforme de concertation du cancer du sein permettent d'aborder les formes d'appropriation des discours institutionnels assurant la promotion du dépistage par les publics féminins au travers de leur expérience. L'appropriation oscille finalement entre adhésion, négociation et opposition, et relève de significations socialement différenciées.
Contraintes	
Perspective / Transférabilité	
Budget	90 000€
Bibliographie	<p>PEREIRA DA SILVA, C. (2018). La communication dans le dépistage des cancers. <i>Hermes, La Revue</i>, (3), 162-167.</p> <p>PEREIRA DA SILVA, C. (2018). Prescrire, dire et faire. <i>Politiques de communication</i>, (2), 15-</p>

	<p>41. PEREIRA DA SILVA, C. (2018). La communication dans le dépistage des cancers. <i>Hermès</i>. PEREIRA DA SILVA, C. Communication in cancer screening procedures. <i>Hermès, La Revue</i>, 2018, no 3, p. 162-167.</p>
Domaine d'intervention /phase du cancer	<ul style="list-style-type: none"> - communication - dépistage - renforcement des capacités individuelles

Intitulé du projet	Prévention Auvergne 2.0
Lieu	Auvergne
Année – durée	2014 – 12 mois
Résumé du projet	L'objectif du projet est de prévenir certaines consommations (festives : alcool, cannabis, tabac en particulier) des jeunes auvergnats par l'utilisation de vecteurs innovants (internet via Facebook/auvernight et téléphonie mobile par SMS préventifs). Il est attendu, en comparant un groupe de jeunes bénéficiaires à un groupe de jeunes (groupe « témoin »), que certaines représentations et consommations évoluent dans le sens de la prévention et de la réduction des risques.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Expérimenter et évaluer de nouvelles méthodes de prévention en direction des jeunes utilisant les outils numériques. - Élargir leur utilisation à d'autres zones géographiques françaises en cas de résultats positifs. Contacts pris avec ARS (Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées).
Acteurs	Le projet est porté par Association Avenir Santé France (R. Bouthier) Partenaires :
Public visé	Jeunes de 17 ans et plus.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Création page FB et site web : 6 441 visiteurs uniques / 2 540 « Fans » FB - SMS préventifs : 794 jeunes concernés / 4 578 SMS envoyés / 12 messages de prévention. - SMS : Évaluation avant/après sur groupes « témoin » vs « bénéficiaire » : <ul style="list-style-type: none"> o lien entre fêtes et alcool, impact de la campagne 1 mais pas de la 2 et 3 ; o lien entre fêtes et cannabis, pas d'impact des campagnes ; o consommation déclarée : impact de la campagne 1 mais pas de la 2 et 3.
Contraintes	
Perspective / Transférabilité	
Budget	Attribué 35 000 € Payé : 35 000 €
Bibliographie	Flaudias V, de Chazeron I, Zerhouni O, Boudesseul J, Begue L, Bouthier R, Lévrier C, Llorca PM, Brousse G « Preventing Alcohol Abuse Through Social Networking Sites : A First Assessment of a Two-Year Ecological Approach », J Med Internet Res 2015;17(12):e278 https://www.jmir.org/2015/12/e278
Domaine d'intervention /phase du cancer	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention - Renforcement des capacités individuelles

Intitulé du projet	Inégalités scolaires de prise en charge et de survie des cancers aux Antilles françaises
Lieu Année – durée	Guadeloupe - Martinique 2014 – 36 mois
Résumé du projet	<p>La recherche sur les inégalités sociales de mortalité, d'incidence, de dépistage, de prise en charge et de survie des cancers, s'est intensifiée au cours de la dernière décennie, mais les données disponibles restent dans l'ensemble limitées, notamment pour les territoires ultra-marins, alors que les inégalités socio-économiques y sont plus fortes.</p> <p>Le présent projet vise à examiner les inégalités sociales de prise en charge et de survie des cancers aux Antilles, en utilisant plusieurs indicateurs de position sociale grâce aux données des registres des cancers de Martinique et de Guadeloupe (depuis 2008).</p> <p>Les analyses se font à partir des données individuelles (sexe, date de naissance, niveau d'éducation, statut d'emploi, profession principale, statut matrimonial, caractéristiques du logement, couverture sociale, indice de défavorisation...), des adresses géocodées à l'IRIS, des caractéristiques cliniques (localisation et morphologie de la tumeur, stade au diagnostic, lieu et date du premier traitement, type de traitement, marqueurs spécifiques pour certains cancers ...) avec un retour si nécessaire au dossier médical.</p> <p>L'offre de soins est caractérisée au niveau de l'IRIS par le nombre de médecins généralistes par habitant, les distances et temps de trajet entre le domicile des cas et le centre de soins spécialisé le plus proche ; le médecin spécialisé le plus proche (en fonction du type de cancer).</p> <p>Les analyses portent, dans un premier temps, sur les cas diagnostiqués en 2010, pour lesquels des informations sur la position sociale sont disponibles à la fois au niveau individuel et au niveau de la zone de résidence. Elles sont effectuées pour l'ensemble des cancers (3 000 cas) et pour les localisations les plus fréquentes : prostate (1 000 cas), sein (400 cas), côlon-rectum (350 cas).</p> <p>Afin d'augmenter la puissance statistique et d'être en mesure d'étudier les localisations moins fréquentes, une deuxième série d'analyses sera réalisée. Cette deuxième série d'analyses portera sur l'ensemble des cas diagnostiqués au cours de la période 2008-2012 (15 000 cas) et n'utilisera que l'indice de défavorisation comme indicateur de position sociale.</p>
Objectifs	<p>Les objectifs sont</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'étudier les associations entre position sociale et stade au diagnostic ; - d'examiner les disparités sociales dans le traitement des cancers ; - de décrire les inégalités sociales de survie ; - d'étudier les déterminants des disparités socio-économiques de survie, en particulier d'évaluer dans quelle mesure les différences sociales de stade au diagnostic et de traitement peuvent expliquer ces disparités.
Acteurs	Le projet est porté par l'INSERM U1085, Rennes (D. Luce) Partenaires : CHU Guadeloupe, registre des cancers de la Martinique, IPLESP-UMRS 1136 INSERM
Public visé	N.A / cancers diagnostiqués en 2010

Résultats	<p>Analyse de la survie à 1 an, 3 ans et 5 ans pour trois localisations : prostate, sein et côlon-rectum.</p> <p>Pour les trois localisations, la survie est plus faible pour les patients résidant dans les zones les plus défavorisées et le diagnostic se fait à un stade plus avancé. Aucune association entre délai d'accès au traitement et niveau de défavorisation.</p>
Contraintes	Mise en place de la base de données
Perspective / Transférabilité	
Budget	<p>Attribué : 177 800 €</p> <p>Payé : 176 400 €</p>
Bibliographie	Menvielle, G., Dugas, J., Richard, J. B., & Luce, D. (2018). Socioeconomic and healthcare use-related determinants of cervical, breast and colorectal cancer screening practice in the French West Indies,. <i>European Journal of Cancer Prevention</i> , 27(3), 269-273.
Domaine d'intervention /phase du cancer	<ul style="list-style-type: none"> - Épidémiologie - Observation - Renforcement des connaissances

Annexe 2. Feuille de route pour l'accompagnement des territoires d'outre-mer dans le déploiement du Plan cancer

N° de l'action	Objectif	Domaine	Champs d'intervention	Action	Description de l'action	Échéance	Pilote	Livrable
1	Mieux connaître l'épidémiologie du cancer et son contexte en Outre-mer	Épidémiologie	Analyse de données	Établir un état des lieux de données existantes et le diffuser	Synthèse des travaux issus des registres et des bases médico-administratives, dont ceux sur la mesure des inégalités	2018	INCa-OVE	Rapport de synthèse
2				Développer des études épidémiologiques spécifiques en cas de besoin	Évaluation de la pertinence d'études épidémiologiques spécifiques	2018	INCa-OVE	Note d'opportunité
3		Recherche	Recherche épidémiologie	Élaborer une recherche sur les incidences du cancer par localisation	Évaluation de la pertinence d'un projet de recherche en épidémiologie : précocité incidence cancer du sein, pancréas	1er sem. 2018	INCa-RSHS	Note d'opportunité pour HAP
4		Recherche	Recherche en sciences humaines et sociales	En fonction des orientations de la note d'opportunité, élaborer une recherche sur les biais liés aux comportements des personnes (au regard des facteurs de risque et des pratiques de dépistage)	Mise en place un groupe de travail comprenant les représentants des ARS DOM et des équipes de recherche (notamment en sciences humaines et sociales)	2019	INCa - RSHS	Proposition de protocole
5	Chlordécone et cancer de la prostate	Épidémiologie	Cancer et environnement	Évaluer l'impact de l'imprégnation chronique à la chlordécone	Construction du modèle permettant de reproduire les différentes étapes de la pharmacocinétique de la chlordécone (absorption, distribution, biotransformation, élimination)		DGS-EA	Rapport d'étude
6				Suite à la modélisation de la pharmacocinétique du chlordécone, soutenir la recherche épidémiologique sur la relation chlordécone-cancer de la prostate	Évaluation des déterminants génétiques, environnementaux, nutritionnels du cancer de la prostate --> Proposition d'étude avec protocole	Étude en 2019	INCa	Rapport d'étude
7	Faciliter l'accès à la recherche	Recherche	Soutien à la recherche	Apporter un appui méthodologique et une mise en relation / structuration avec des équipes de recherche pour permettre aux régions des outre-mer de répondre aux AAP de l'INCa (PHRC en particulier)	Note sur l'opportunité d'une enveloppe spécifique pour prise en charge du surcoût (avec DRCI du GIRCI soho et les EMRC Antilles La Réunion) Proposition de processus d'identification et de rapprochement des équipes métropolitaines et des territoires des outre-mer, sur les projets présentés dans les AAP de l'INCa	2018	INCa- PREI	
8	Adapter les dispositifs d'information destinés aux professionnels de santé et au grand public	Prévention	Lutte contre le cancer de l'estomac	Adapter les fiches mémo sur la prévention du cancer de l'estomac aux spécificités culturelles et linguistiques aux territoires des outre-mer	Lors de la mise à jour de la version professionnelle et la fiche patient, proposer une version ultramarine	2018	INCa - PREV Dir Com	

9	Améliorer la lutte contre le cancer du col de l'utérus	Prévention	Vaccination anti HPV	Investiguer la souche HPV 52 (voire 58) dans les territoires d'outre-mer et les pays limitrophes	Évaluation de la pertinence avec le CNR HPV d'un projet d'investigation de la souche HPV 52	2018	INCA-PREV CNR HPV	Note d'opportunité
10				Favoriser le remboursement de la vaccination dans les centres de santé et ainsi permettre l'accès gratuit à la vaccination HPV	Évaluation de la mise en œuvre de la note de département n° DGS/SP/2016/282 du 19 septembre 2016, relative au conventionnement et à l'habilitation des structures réalisant des vaccinations gratuites en application des articles L. 3111-11 et L. 3112-3 du code de la Santé publique	2018	ARS	Suivi du nombre de vaccins remboursés
11				Soutenir le développement des recherches sur les résistances comportementales à la vaccination	État des lieux des connaissances sur les résistances comportementales à la vaccination en général et à la vaccination HPV spécifiquement - Étude acceptabilité vaccination HPV		INCa-RSHS	Rapport d'étude
12				Capitaliser les connaissances sur les stratégies de vaccination mises en œuvre notamment dans les territoires dont l'accessibilité est moindre	Transmission par les ARS à l'INCa des protocoles de stratégie de vaccination et des données d'évaluation (même sur échantillon)		ARS DGS	Recensement des protocoles et données disponibles
13		Prévention-dépistage	Stratégie couplée de lutte contre le cancer du col de l'utérus	Évaluer une stratégie couplée d'intervention reposant sur la vaccination HPV et l'auto-prélèvement comme méthode d'intervention auprès des populations les plus éloignées	Évaluation à l'accès réel à la vaccination et à l'acceptabilité de l'utilisation de l'auto-prélèvement en stratégie complémentaire / de substitution (recours à la vaccination HPV/ auto-prélèvement / équipe mobile)		INCa - RSHS - PREV-DEP	Rapports d'étude
14		Dépistage	Dépistage du cancer du col de l'utérus	Évaluer la pertinence d'équipes mobiles	Évaluation de l'impact d'une équipe mobile sur l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus / à la procédure de courrier d'invitation (recours à la vaccination HPV/ auto-prélèvement / équipe mobile)	2019	INCa -DEP	Rapports d'étude
15	Soutenir les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers	Dépistage	Dépistage organisé des cancers	Soutenir l'adaptation des campagnes de communications aux spécificités culturelles et linguistiques des régions d'outre-mer	Apport d'expertise sur la production de documents adaptés dans l'iconographie Rappel de la possibilité de financement pour l'adaptation des campagnes prévue dans la circulaire budgétaire		INCa dircom	
16	Soutenir les conditions de mises en œuvre de la télémédecine dans les régions d'outre-mer	Dépistage	dématérialisation	Soutenir la mise en œuvre de la dématérialisation des clichés de mammographie dans le DO cancer du sein	Expérimentation de la dématérialisation des mammographies dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein	2018-2019	DGS INCa	

17	Soutenir les conditions de mises en œuvre de la télémédecine dans les régions d'outre-mer	Organisation des soins	télémédecine	Réaliser un état des lieux sur la mise en œuvre de la télémédecine	Analyse de la mise en œuvre de la télémédecine dans tous ses champs d'intervention		DGOM	
18	Faire évoluer le dispositif d'autorisation en respect des orientations nationales	Organisation des soins	Autorisation	Intégrer, dans la réflexion sur le dispositif d'autorisation, la formalisation de l'intégration de la bienveillance des établissements vis-à-vis des patients	Rappel du droit des autorisations		DGOS	Décret sur le dispositif d'autorisation
19				Intégrer dans les conditions d'autorisation des traitements du cancer, des exigences renforcées de qualité/sécurité des prises en charges et d'efficience des organisations	Travaux en cours		DGOS INCa HAS	Travaux préparatoires Décret encadrant l'activité de soins de traitement du cancer soumise à autorisation
20	Soutenir l'attractivité	Organisation des soins	Démographie médicale	Définir les modalités d'un dispositif d'accompagnement à l'installation, en adéquation avec les orientations prises par la stratégie de santé des Outre-mer	Définition d'un socle d'accompagnement à l'installation, en tenant compte des spécialités et des territoires		DGOM DGOS	
21				Soutenir la création de postes de cliniciat en post-internat et de postes d'internat en alternance	Envoi d'un courrier au ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur		DGOS SGMAS	
22				Création de 100 postes d'assistants spécialisés dans les OM	Déploiement des postes	2019	SGMAS	
23				Soutenir le développement de la recherche clinique Mobiliser les OM pour participer aux PHRC	État des lieux de la recherche en outre-mer et en créant des synergies entre les équipes de recherche (en lien avec le GIRCI Sud-Ouest-Outre-Mer).		DGOS-PF4 INCa	
24			Modes d'exercice innovants	Évaluer la pertinence de mode d'exercice innovant dont IDEC, infirmières des pratiques avancées	Évaluation des modes d'exercice innovants mis en œuvre dans les régions d'outre-mer pour appuyer des référentiels métiers		DGOS-R3- RH2 INCa	
25	Favoriser une offre territorialisée des soins en Métropole, permettant de répondre aux enjeux liés à la précarité de certains patients	Parcours	Observation	Analyser les flux de fuite et d'accueil	Analyse des données SNIIRAM et cohorte pour identifier les flux entrant dans les DOM et les fuites vers l'Hexagone Identifier les parcours de traitement pour les ultramarins	2018	INCa-OVE	

26			Filiarisation	Mener une réflexion sur la filiarisation de l'offre de soins en cancérologie entre les territoires d'outre-mer et la Métropole	Incitation à la structuration locale en lien avec les équipes métropolitaines : enjeux de l'équité de l'offre de soins et de la gradation des soins	2019	DGOS	Note d'opportunité
27				Identifier les difficultés d'accès aux droits dans le cadre de la filiarisation afin de veiller à l'équité d'accès aux soins	Identification des freins et leviers à l'accès aux droits lors des évacuations sanitaires		DGOS	
28				Promouvoir l'information auprès des personnes et des professionnels de santé sur les conditions d'accès aux dispositifs existants : PASS, hébergements...			ARS DGOS	
29	Organiser l'hébergement des patients et des accompagnants lors des évacuations sanitaires	Parcours	Hébergement	Favoriser l'hébergement des malades et de leurs proches, lors de traitements dans l'Hexagone et localement, dans les régions d'outre-mer	Inscription notamment dans le cadre de l'appel à projet de la DGOS sur l'expérimentation d'hébergements hospitaliers non médicalisés pour patients		DGOS ARS	
30	Organiser le retour d'évacuation sanitaire dans les meilleures conditions	Parcours	Evasan	Favoriser le retour d'évacuation sanitaire dans les meilleures conditions, notamment pour les personnes en fin de vie et les accompagnants				
31	Évaluer la faisabilité de coopération de traitement avec les pays limitrophes	Coopération régionale	Contractualisation	Accompagner l'expertise des équipes de coopération étrangères en vue d'une contractualisation	Soutien aux ARS dans la démarche d'expertise		DGOS	
32				Soutenir la contractualisation entre des établissements ultramarins et des établissements étrangers	Accompagnement des demandes de contractualisation entre établissement		SGMAS DGOM DAEI DSS CNAMTS	
33	Favoriser l'installation de médecins étrangers	Coopération régionale	Contractualisation	Évaluer l'impact du système dérogatoire de l'article L4131-5 mis en œuvre en Guyane	Analyse de la mise en œuvre du système dérogatoire et de son impact en matière d'accès aux soins		ministère de la Santé ministère des Outre-mer	
34	Favoriser le retour et le maintien à l'emploi	Après-cancer	Retour à l'emploi	Sensibiliser les entreprises au maintien et au retour à l'emploi des personnes	Suivi et bilan des formations		INCa ANACT	

/PLAN CANCER 2014-2019

**BILAN DES ACTIONS DE RÉDUCTION
DES INÉGALITÉS ET DES PERTES DE CHANCE**



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 : 978-2-37219-524-9

ISBN net : 978-2-37219-525-6

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

PLANKRAPP/INEGA20

