

- ▶ Développer des campagnes d'information sur les risques du tabagisme.

**Pilote de l'action :** Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Améliorer la qualité de l'aide à l'arrêt par de nouvelles recommandations professionnelles.

**Pilote de l'action :** HAS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### **10.3 Rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac.**

- ▶ Renforcer le suivi des mesures de lutte contre le tabac par l'établissement d'un baromètre annuel.

**Pilote de l'action :** Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### **10.4 Mettre en œuvre les mesures de protection des mineurs face au tabagisme adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».**

- ▶ Assurer l'effectivité de l'extension de l'interdiction de vente du tabac aux mineurs de 16 à 18 ans.
- ▶ Rendre effective l'interdiction des cigarettes bonbons.

**Pilote de l'action :** DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### **10.5 Aboutir à l'interdiction de la vente des produits du tabac par internet par la signature d'un protocole additionnel à la Convention-cadre de la lutte antitabac en 2011.**

**Pilote de l'action :** DGDDI (douanes).

En partenariat avec les acteurs concernés.

## Mesure 11.

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

#### CONTEXTE

Le rôle des facteurs nutritionnels comme facteurs de protection ou de risque des cancers est de mieux en mieux connu comme l'atteste la publication du dernier rapport du WCRF/AICR « Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer : a Global Perspective » en novembre 2007. Ce dernier, considéré comme un document de référence internationale dans le domaine, a réévalué les niveaux de preuve des relations entre la nutrition et le risque de cancers. Il montre ainsi que certains facteurs comme l'activité physique, la consommation de fruits et légumes et l'allaitement peuvent réduire le risque de cancers. D'autres, en revanche, peuvent augmenter le risque de leur apparition ; c'est le cas du surpoids et de l'obésité, des boissons alcoolisées, des viandes rouges, de la charcuterie ou encore du sel. L'activité physique a un effet préventif sur le cancer du côlon, probable sur le cancer du sein (après la ménopause) et celui de l'endomètre. Par ailleurs, pour les patients atteints de cancer, pendant et après le traitement, une activité physique adaptée d'intensité faible à modérée améliore la qualité de vie et diminue la sensation de fatigue. À l'inverse, la sédentarité a été identifiée comme un facteur de risque pour certains cancers, à l'origine d'environ 2 200 décès par cancers par an en France. Or, il est à déplorer l'insuffisance de pratique d'activité physique par les enfants et les adultes notamment des zones urbaines sensibles, liée en particulier à un environnement immédiat peu propice. Adapter l'environnement urbain, poser la question de la conception des immeubles, afin de faciliter la pratique d'activité physique dans de bonnes conditions de sécurité est donc essentiel.

#### OBJECTIF

- ▶ Contribuer à rendre l'environnement favorable à l'adoption et au maintien d'une activité physique régulière, d'une alimentation saine pour tous les publics et particulièrement les personnes atteintes de cancer ou à risque.

---

## ACTIONS

---

**11.1 Informer les élus et fonctionnaires territoriaux sur les liens entre nutrition et cancers et sur le rôle de l'activité physique dans leur prévention.**

Pilote de l'action : INCa.  
Copilote : DGS.  
En partenariat avec les acteurs concernés.

**Liens avec les autres plans de santé publique.**

PNNS.  
PNSE2.

**11.2 Soutenir des études sur les freins ou difficultés pour le développement d'une pratique d'activité physique, perçus tant par les habitants que les professionnels (architectes, urbanistes, animateurs sportifs et socioculturels...).**

Pilote de l'action : DGS.  
En partenariat avec les acteurs concernés.

**Liens avec les autres plans de santé publique.**

PNNS.  
PNSE2.  
Plan national de prévention par l'activité physique (PNAPS) (rapport, octobre 2008).  
Plan national « bien vieillir » 2007-2009.  
Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.



### **11.3 Promouvoir des actions de sensibilisation sur l'activité physique auprès des futurs retraités, auprès des employeurs et des comités d'entreprise.**

Cette action sera réalisée avec l'appui des organismes complémentaires de l'Assurance maladie.

**Pilote de l'action :** Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

#### **Liens avec les autres plans de santé publique.**

PNNS.

PNSE2.

Plan national de prévention par l'activité physique (PNAPS) (rapport, octobre 2008).

Plan national « bien vieillir » 2007-2009.

### **11.4 Améliorer la connaissance sur le risque nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de cancer.**

- ▶ Lancer des appels à projets de recherche sur les risques nutritionnels et sur la prise en charge (nutritionnelle, activité physique, psychologique) des personnes atteintes de cancers, l'obésité étant notamment l'un des facteurs de risque de rechute du cancer du sein.
- ▶ Poursuivre le développement de la connaissance et de l'information sur le lien nutrition- activité physique et cancers dans le cadre du PNNS.
- ▶ Financer des études et réaliser des documents d'information sur l'état des connaissances.

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

#### **Liens avec les autres plans de santé publique.**

PNNS.

PNSE2.

Plan national de prévention par l'activité physique (PNAPS) (rapport, octobre 2008).

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.

**11.5 Préciser sur les contenants de boissons alcooliques la quantité d'alcool contenue afin de faciliter l'estimation de sa consommation.**

Pilote de l'action : DGS.  
En partenariat avec les acteurs concernés.

**11.6 Renforcer les aides aux personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool.**

- ▶ Améliorer l'accès aux soins pour les personnes les plus en difficulté avec leur consommation d'alcool par le renforcement des moyens des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Pilote de l'action : DGS.  
En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer l'aide à distance (téléphone, internet) pour les consommateurs à risque.

Pilote de l'action : Inpes.  
En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Réévaluer les stratégies de formation du médecin traitant pour la diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève.

Pilote de l'action : DGS.  
En partenariat avec les acteurs concernés.

**Liens avec les autres plans de santé publique.**

Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011.  
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

**11.7 Mettre en œuvre les mesures relatives à l'offre d'alcool adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » destinées à limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs, dans les points de vente de carburant ainsi que les dispositions relatives aux « happy hours » et à la publicité encadrée sur internet.**

Pilote de l'action : DGS.  
En partenariat avec les acteurs concernés.



## Mesure 12.

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

#### CONTEXTE

Selon les sources, 2,3 à 5 millions de salariés seraient exposés en France à des agents cancérigènes et la part des cancers liés au travail est estimée entre 5 000 et 10 000 nouveaux cas par an. En 2006, 1 857 cancers ont été reconnus d'origine professionnelle, dont 1 619 dus à l'amiante. La difficulté d'une connaissance de la part attribuable à une exposition professionnelle tient au délai d'apparition des cancers, à leur origine plurifactorielle, à la méconnaissance de l'exposition et à la sous-déclaration des maladies professionnelles, aux moyens de recherche et de surveillance épidémiologiques insuffisants. S'y ajoutent la méconnaissance du lien entre travail et cancer et la difficulté d'identifier, en pratique médicale quotidienne, les personnes ayant un cancer pour lesquelles la recherche d'une étiologie professionnelle serait pertinente.

En matière de prévention du risque cancérigène en milieu professionnel, la France dispose d'un arsenal juridique complet, inscrit dans le cadre général du droit communautaire dont les directives fixent des prescriptions minimales. La stratégie de protection des travailleurs est fondée, en premier lieu, sur l'obligation de substitution particulièrement stricte s'agissant du risque chimique des produits cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR). En cas d'impossibilité technique, les expositions aux agents cancérigènes doivent être réduites au minimum par la mise en œuvre de protections adaptées.

Le cancer représente la première crainte de maladie liée à l'environnement. Selon l'InVS, 5 à 10 % des cancers seraient liés à des facteurs environnementaux. Confrontés à une demande d'information croissante, les médecins déplorent le manque de connaissances fiables et facilement accessibles sur cette thématique. En 2008, la lutte contre ces risques a fait l'objet d'un engagement des ministres de la santé de l'Union européenne à réduire l'exposition professionnelle, environnementale et alimentaire aux agents cancérigènes, dans les conclusions du Conseil de l'Europe « Réduire la charge que représente le cancer », reprenant la préoccupation exprimée par les ministres de l'environnement de l'Union européenne lors du Conseil « Environnement et santé » fin 2007. L'exposition aux rayonnements UV est la cause principale des cancers cutanés. Leur prévention s'articule avec les actions du PNSE2 dont l'un des objectifs est de réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé.

## OBJECTIFS

- ▶ Mieux connaître les cancers professionnels.
- ▶ Garantir un suivi médical préventif pour les travailleurs exposés aux agents cancérigènes en élaborant des référentiels pour les médecins du travail.
- ▶ Améliorer le diagnostic des étiologies professionnelles des cancers.
- ▶ Réduire l'incidence des cancers cutanés et l'exposition aux UV naturels ou artificiels.
- ▶ Contrôler l'application de la réglementation.
- ▶ Contribuer à développer la traçabilité des expositions environnementales, notamment professionnelles, en lien avec les actions du PNSE2.

## ACTIONS

### 12.1 Améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle.

Cette action s'appuiera sur la coordination des bases de données existantes (recensement et optimisation de l'utilisation des bases de données existantes), sur l'amélioration des outils statistiques existants et sur le croisement des approches par risque, par population et par répartition géo-spatiale.

**Pilote de l'action :** DGT.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 12.2 Effectuer des campagnes de contrôles renforcés de l'application des réglementations auprès de toutes les entreprises en ciblant sur les cancérigènes les plus utilisés et faire évoluer la réglementation.

Il s'agit de poursuivre les campagnes de contrôle afin de mesurer les évolutions, d'étendre à d'autres produits chimiques CMR (cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques), de faire évoluer les dispositions existantes notamment par la poursuite des travaux de transposition de la directive 2006/25/CE relative aux prescriptions minimales de sécurité et de santé sur l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (rayonnements optiques artificiels).

**Pilote de l'action :** DGT.

En partenariat avec les acteurs concernés.



**12.3 Élaborer à l'attention des médecins du travail et des médecins traitants des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR.**

Ces recommandations seront élaborées par la Haute autorité de santé et applicables à l'ensemble de la population des travailleurs quel que soit leur statut (suivi en médecine du travail ou en suivi post-professionnel) et quel que soit le professionnel de santé.

**Pilote de l'action :** DGT.

En partenariat avec les acteurs concernés.

**Évolution législative.**

Projet de loi en fonction des résultats de la négociation entre les partenaires sociaux sur la réforme des services de santé au travail.

**12.4 Expérimenter et évaluer l'intérêt de la mise en place de consultations spécifiques « cancer professionnel » pour améliorer le diagnostic des étiologies et la déclaration des cancers professionnels.**

Cette expérimentation s'appuiera sur un appel à projets de recherche-action pour valider la pertinence du concept de consultation spécifique « cancers professionnels ».

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

**Liens avec les autres plans de santé publique.**

Plan Santé Travail 2.  
PNSE2.

**Évolution législative.**

PLHPST.  
LRPSP 2010.

**Autre :** projet de loi en fonction des résultats de la négociation entre les partenaires sociaux sur la réforme des services de santé au travail.

### 12.5 Renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV.

- ▶ Mettre en place un dispositif d'information et de prévention sur les risques liés au rayonnement UV en 2009, en particulier le risque solaire et le risque induit par la fréquentation des cabines de bronzage. Ce dispositif ciblera plus particulièrement les jeunes enfants (via leurs parents), les adolescents et jeunes adultes, populations qui s'exposent le plus au rayonnement UV.
- ▶ Restreindre la mise sur le marché des produits de protection solaire n'offrant qu'une protection limitée aux seuls UVB, soit par l'interdiction – dans le respect des règles européennes – soit sur une base volontaire et des produits qui ne proposent pas une protection suffisante. De plus, des dispositions réglementaires devront être prises pour imposer une information sur les risques liés aux UV naturels et artificiels.
- ▶ Faire évoluer la réglementation européenne et nationale encadrant l'offre en matière de bronzage artificiel en limitant l'autorisation aux seuls appareils de type UV3 et contrôler le respect des dispositions, en rendant obligatoire le remplissage d'un formulaire de consentement éclairé par le client et en imposant l'information sur support écrit.
- ▶ Poursuivre les travaux de transposition de la directive 2006/25/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006 relative aux prescriptions minimales de sécurité et de santé relative à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (rayonnements optiques artificiels).

**Pilote de l'action : DGS.**

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 12.6 Mieux informer sur les risques liés au radon dans l'habitat.

Bien que le radon, gaz radioactif naturel, soit un cancérigène avéré auquel sont attribués 9 % des cancers du poumon et 2 % de tous les cancers en Europe, près de 62 % des personnes interrogées dans le baromètre Inpes-IRSN déclarent n'avoir jamais entendu parler de ce risque et seulement 12 % estiment être plutôt bien informées.

Un plan de gestion inscrit dans le deuxième plan national santé-environnement vise à la prise en compte du risque radon dans les règles de construction et au renforcement des mesures incitatives pour faciliter le repérage et la résolution des situations d'exposition dans l'habitat existant. La réussite de ce plan passe par une communication renforcée sur le risque lié à l'exposition au radon.

- ▶ Établir un plan de communication sur trois ans pour augmenter l'indice de notoriété national des dangers liés au radon dans l'habitat. Associer cette communication aux dangers liés au tabac dans l'objectif général de diminution des cancers du poumon.

**Pilote de l'action : DGS.**

En partenariat avec les acteurs concernés.

**Liens avec les autres plans de santé publique.**

PNSE2.

## Mesure 13.

### Prévenir les cancers d'origine infectieuse.

#### CONTEXTE

Plusieurs maladies infectieuses sont directement liées aux cancers ou contribuent à leur développement (cancers du col de l'utérus, cancers de l'estomac, du foie...). Pour d'autres cancers (par exemple les lymphomes), le lien avec des infections, notamment virales, est fortement soupçonné ; au cours de l'infection par le VIH, c'est l'immunodépression induite qui semble être le facteur principal dans la fréquence accrue de survenue de cancers. Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour la prévention primaire (vaccination : VHB et HPV, réduction de la transmission des infections dans la vie courante et lors des soins) ou pour la prévention secondaire ou tertiaire (dépistage et traitement des infections).

Les infections chroniques par les virus des hépatites B et C touchent environ 500 000 personnes adultes âgées de 18 à 80 ans en France métropolitaine. Elles sont susceptibles d'évoluer vers une cirrhose et/ou un cancer du foie (4 000 décès par an dont environ un tiers par carcinome hépatocellulaire). Les données épidémiologiques montrent que le cancer gastrique le plus fréquent survient presque constamment au terme de l'évolution d'une inflammation de la muqueuse gastrique provoquée par l'infection chronique par une bactérie.

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme par sa fréquence, avec plus de 3 000 cas estimés pour l'année 2005, le quinzième cancer le plus meurtrier chez la femme avec plus de 1 000 décès estimés.

Deux vaccinations contre le VHB et les HPV sont disponibles. Elles ont fait l'objet de recommandations par le CTV-HCSP, sont intégrées dans le calendrier vaccinal et prises en charge par l'Assurance maladie. Toutefois, les couvertures vaccinales sont insuffisantes pour ces deux vaccinations, notamment pour les populations ciblées en priorité. Le dépistage des infections chroniques par le VHC ou le VHB, de même que la prise en charge des infections chroniques souffrent encore d'insuffisance.

#### OBJECTIF

- ▶ Prévenir les cancers d'origine infectieuse, ce qui implique la prévention, le dépistage et le traitement des infections elles-mêmes.



## ACTIONS

### 13.1 Améliorer les taux de couverture vaccinale contre le HPV des jeunes filles de 14 ans.

- ▶ Diffuser une information publique et adaptée sur la vaccination anti-HPV, destinée aux jeunes filles de 14 ans et à leurs parents tout en soulignant que le dépistage par frottis cervico-utérin reste indispensable dès l'âge de 25 ans.
- ▶ Étudier les conditions du remboursement par l'Assurance maladie de l'achat des vaccins réalisés dans les centres de vaccination.
- ▶ Étudier les conditions d'amélioration de l'accès à la vaccination pour les mineures dont les parents n'acceptent pas la vaccination.

Pilote de l'action : DGS.

Copilote : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 13.2 Contribuer à la mise en œuvre des mesures du plan de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 notamment :

- ▶ Relancer la vaccination contre le VHB des populations ciblées (nourrissons, personnes exposées aux risques) par des informations auprès des médecins et des populations.
- ▶ Inciter au dépistage des porteurs chroniques des virus B et C.
- ▶ Améliorer l'accès aux soins et à la prise en charge des personnes infectées chroniques.

Pilote de l'action : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 13.3 Élaborer des documents d'information à l'attention des médecins pour améliorer le dépistage de personnes présentant une infection chronique à *Helicobacter pylori*, à l'origine de certains cancers de l'appareil digestif.

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 13.4 Favoriser la prévention par une détection précoce et la prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

- ▶ Poursuivre la veille épidémiologique et entreprendre des recherches sur les facteurs de risque de survenue des cancers au cours de l'infection au VIH.
- ▶ Renforcer le dépistage des lésions anales chez les personnes vivant avec le VIH : organiser l'accès aux consultations spécialisées au sein des établissements de santé membres des COREVIH.
- ▶ Lutter contre le tabagisme des PVVIH : améliorer et soutenir les collaborations entre équipes spécialisées pour le VIH et équipes d'addictologie et de tabacologie ; former les équipes soignantes du VIH au repérage et à la prise en charge de la dépendance tabagique.

**Pilote de l'action : DGS.**

En partenariat avec les acteurs concernés.

#### **Liens avec les autres plans de santé publique.**

Plan national de lutte contre les hépatites 2009-2012.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011.

Stratégie nationale pour l'amélioration de la protection vaccinale : en cours d'élaboration.

Plan VIH/IST 2009-2012.

#### **Évolution législative.**

LRPSP 2010 : ajouter un dernier alinéa à l'article L.3111-11 du code de la santé publique (CSP).

Compléter le deuxième alinéa de l'article L.3112-3.

Compléter l'article L.3111-5 du CSP.

## Mesure 14.

### Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

#### CONTEXTE

---

Deux programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal ont été mis en place et généralisés progressivement, et un programme pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus est également soutenu.

Le médecin traitant est au cœur du dispositif de dépistage du cancer colorectal puisqu'il recueille le consentement du patient, évalue les situations d'exclusion et remet le test, en expliquant les modalités de réalisation et conséquences en cas de positivité. Il est également en première ligne dans la gestion des faux positifs et faux négatifs du dépistage. Pour le dépistage du cancer du sein, il s'est investi grâce aux engagements conventionnels conclus depuis 2006 et son rôle est important concernant l'identification des niveaux de risque. Un programme intégré de dépistage du cancer du col utérin est en cours d'expérimentation. La formation des médecins doit aussi leur permettre de proposer un dépistage en délivrant une information appropriée sur les bénéfices et limites connus permettant un choix éclairé de la personne.

L'ensemble des populations concernées est invité par courrier personnalisé à participer à ces différents programmes de dépistage. Néanmoins, il existe des disparités de participation sur le territoire et de fortes inégalités, à la fois socio-économiques et culturelles. D'autre part, des inégalités existent en fonction du niveau de risque auquel est exposée une partie de la population ne relevant pas des programmes de dépistage.

Il est donc essentiel, pour rendre plus efficace la politique de dépistage des cancers, de faciliter la participation des médecins traitants, de réduire les facteurs d'inégalité et d'améliorer la prise en compte des différents niveaux de risque.

#### OBJECTIF

---

- ▶ Faciliter la participation des médecins traitants aux programmes de dépistage organisé et l'accès des personnes aux dépistages adaptés.
-

## ACTIONS

### 14.1 Favoriser l'adhésion et la fidélisation dans les programmes de dépistage et réduire les écarts entre les taux de participation.

- ▶ Réaliser des études destinées, d'une part à identifier les freins à la participation et à la fidélisation notamment dans les départements ayant un taux de participation inférieur à 50 %, d'autre part à évaluer le maintien du double accès au dépistage des cancers du sein.
- ▶ Mobiliser les acteurs locaux les centres de coordination des dépistages des cancers et notamment *via* les Agences régionales de santé (ARS) pour relayer et adapter la politique nationale.
- ▶ Évaluer le respect du rythme et des bonnes pratiques de dépistages conformément aux cahiers des charges et recommandations.
- ▶ Informer les professionnels de santé et les populations cibles sur le rythme et les bonnes pratiques de dépistages.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 14.2 Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage (socio-économiques, culturelles et territoriales).

Cette action est mise en œuvre en lien avec les actions 2.1 et 8.1 du présent plan consacrées à la réduction des inégalités.

- ▶ Réaliser des études de géocodage et développer un système d'information géographique permettant une territorialisation du sous-dépistage et des facteurs d'inégalité.
- ▶ Susciter et financer des projets de recherche-action à destination des populations précaires ou en situation d'isolement (actions locales coordonnées par les ARS et le lancement d'appels à projets spécifiques) et organiser des séminaires d'échange et de partage d'expériences.
- ▶ Mobiliser les professionnels de santé pour sensibiliser les personnes ayant des problèmes d'accès aux soins en vue de leur intégration dans les programmes de dépistage (sein, colorectal et col utérin).

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.



### 14.3 Favoriser l'accès aux examens adaptés aux niveaux de risque.

- ▶ Élaborer et diffuser des recommandations visant à améliorer les conditions de dépistage des personnes à risque élevé et très élevé et favoriser l'accès aux stratégies de dépistage adaptées et l'adhésion de la population concernée.
- ▶ Informer sur les niveaux de risque et former les professionnels de santé à mieux orienter les personnes à risque élevé et très élevé en précisant notamment les modalités d'accès aux consultations d'oncogénétique (cancers du sein et colorectal).

**Pilote de l'action : INCa.**

En partenariat avec les acteurs concernés.

---

## Mesure 15.

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



#### CONTEXTE

Au niveau national, la DGS assure le pilotage des programmes de dépistage en lien avec l'Assurance maladie et l'Institut national du cancer. Le financement du fonctionnement des centres de coordination locaux du dépistage (ou structures de gestion) est assuré à parts égales entre la DGS et l'Assurance maladie avec un budget standardisé (Formulaire Apache) et une remontée annuelle. Par ailleurs, pour le fonctionnement des programmes de dépistages, l'Assurance maladie finance la prise en charge des actes de dépistages et l'indemnisation des médecins généralistes.

La généralisation à l'ensemble du territoire des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal est effective. Une évaluation épidémiologique est effectuée régulièrement par l'Institut national de veille sanitaire. Des expérimentations relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus sont en déploiement.

À l'échelon régional, les GRSP et les caisses d'Assurance maladie assurent la gestion et l'animation des programmes en lien avec le PRSP. Les Agences régionales de santé (ARS) devront prendre le relais. Au niveau local, le déploiement des programmes de dépistage organisé s'appuie sur les centres de coordination départementaux ou interdépartementaux (au nombre de 89 pour 100 départements). Nouveaux dans le champ de la santé, ces structures ou centres sont en grande majorité des associations.

#### OBJECTIF

- ▶ Consolider le dispositif des programmes nationaux de dépistages organisés des cancers.



---

## ACTIONS

---

### 15.1 Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion appelées centres de coordination des dépistages des cancers.

- ▶ Poursuivre et améliorer la participation des populations cibles aux programmes nationaux de dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal. En lien avec la mesure 14.1 du présent plan, la participation aux deux programmes devrait augmenter au cours de la période couverte par le Plan cancer de 52,3 % en 2008 à plus de 65 % en 2013 pour le dépistage du cancer du sein et de 43 % en 2006 à plus de 60 % en 2013 pour le dépistage du cancer colorectal. Le déremboursement du dépistage individuel du cancer du sein réalisé en dehors du programme national pourra être étudié.
- ▶ Établir des référentiels de bonnes pratiques et de bonne gestion financière, en optimisant et professionnalisant le fonctionnement des centres de coordination des dépistages des cancers.
- ▶ Renforcer le pilotage du dispositif des programmes nationaux de dépistage par la mise en place d'une conférence nationale des acteurs du dépistage permettant d'avoir un retour d'information sur la perception du fonctionnement du programme.
- ▶ Effectuer des analyses sur les aspects juridiques et organisationnels du dispositif des dépistages pour identifier les obstacles au bon fonctionnement et les tâches confiées aux centres de coordination des dépistages et les pratiques qui peuvent être optimisées ou mutualisées en lien avec l'Assurance maladie et assurer leur ancrage dans le dispositif de prévention français.

**Pilote de l'action :** DGS.

**Copilotes :** INCa et Assurance maladie.

En partenariat avec les acteurs concernés.

---

### 15.2 Améliorer le suivi des résultats du dépistage.

- ▶ Finaliser la mise en place des tableaux de bords d'indicateurs de pilotage du programme de dépistage organisé sur le sein et mettre en place ceux relatifs aux autres localisations, colorectal et col de l'utérus.
- ▶ Lancer un appel d'offres destiné à mettre en place un espace partagé d'information qui permettra la transmission automatisée et régulière des résultats communiqués par les centres de coordination du dépistage et destinés aux instances de pilotage régionales et nationales.
- ▶ Poursuivre la construction et assurer l'évolution d'un système d'information national partagé impliquant les différents partenaires, par la recherche de méthodes optimisant la qualité et l'exhaustivité des données dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

## Mesure 16.

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

#### CONTEXTE

Le cancer colorectal se situe au 3<sup>e</sup> rang des cancers dans la population (37 400 nouveaux cas par an) et au 2<sup>e</sup> rang des décès par cancer (17 000 décès).

Parmi les cancers féminins, le cancer du sein est le premier cancer en termes d'incidence (49 800 nouveaux cas) et demeure la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes (11 200 décès annuels). L'incidence annuelle des cancers du col de l'utérus est en recul depuis 30 ans (3 068 nouveaux cas en 2005), mais leur taux de mortalité demeure très important (plus de 1 000 décès par an).

Ces cancers représentent en France un véritable enjeu de santé publique. Il existe des stratégies de dépistage validées, qui ont prouvé leur efficacité en termes d'impact sur la mortalité, ayant conduit à la mise en place de programmes nationaux, en 2004 pour le dépistage du cancer du sein et en 2008 pour le dépistage du cancer colorectal, après des expériences pilotes. Un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est expérimenté dans quelques départements. L'évolution des programmes existants et la mise en place de nouvelles techniques de dépistage (tests immunologiques pour le cancer colorectal, mammographie numérique pour le cancer du sein, test HPV pour le cancer du col de l'utérus) s'appuient sur l'évolution des connaissances et les recommandations des agences sanitaires, des sociétés savantes et de la HAS.

#### OBJECTIFS

- ▶ Faciliter l'inclusion par le médecin généraliste des personnes ciblées, dans les programmes de dépistage organisés ou à une stratégie de détection précoce adaptée à chaque niveau de risque.
  - ▶ Faire évoluer les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers en fonction des techniques les plus performantes et de nouvelles stratégies, dans les meilleures conditions d'efficacité et de qualité.
-

---

## ACTIONS

---

### 16.1 Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a confirmé le rôle pivot du médecin généraliste. Il importe donc de confier au médecin généraliste une mission clé dans la participation de la population aux dépistages des cancers.

- ▶ Renforcer dans le cadre conventionnel, des mesures incitatives, contractuelles et réalistes, visant à améliorer l'inclusion des personnes dans les programmes de dépistage des cancers par les médecins traitants en fonction des objectifs nationaux négociés et reconnaître leur rôle de santé publique dans la prévention des cancers.

#### **Pilote de l'action : DSS.**

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Assurer la mise à disposition des médecins traitants d'outils de formation, d'information, d'inclusion dans les programmes de dépistage.

Ces outils doivent permettre aux médecins généralistes de proposer la stratégie de détection précoce et de dépistage adaptée à chaque niveau de risque, les aider à l'inclusion dans les programmes de dépistage des personnes ciblées et leur assurer un retour systématique d'informations personnalisées sur la pratique de dépistage dans leur patientèle.

#### **Pilote de l'action : INCa.**

En partenariat avec les acteurs concernés.



**16.2 Définir les modalités d'évolution vers de nouvelles techniques de dépistage et des stratégies des programmes nationaux de dépistage.**

- ▶ Soutenir des expérimentations portant sur de nouvelles modalités de dépistage des cancers. Ces études devront répondre à l'intérêt que pourrait apporter une extension de la tranche d'âge de la population invitée à participer au dépistage du cancer du sein. Elles prendront notamment en compte les aspects médico-économiques, les enjeux éthiques et déontologiques.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

**16.3 Déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire.**

Il s'agit de définir des modalités d'utilisation optimale des tests immunologiques et publier des référentiels de bonnes pratiques et d'assurance qualité (achat, envois postaux, lecture du test...).

- ▶ Élaborer et diffuser des outils de formation et d'information, en direction des médecins traitants, adaptés aux nouvelles modalités du programme de dépistage organisé du cancer colorectal, notamment axés sur l'intérêt et la réalisation du test immunologique.
- ▶ Assurer la continuité, la qualité et la sécurité du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par l'intégration progressive des centres de coordination des cancers candidats et par la mise en place du dispositif de suivi de l'impact de l'utilisation du test immunologique sur la performance et la qualité du programme.

Pilote de l'action : INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

**16.4 Définir les modalités techniques permettant d'exploiter pleinement les possibilités offertes par les mammographes numériques pour le dépistage du cancer du sein.**

- ▶ Étudier la faisabilité de la transmission et de l'archivage numérique.
- ▶ Expérimenter et évaluer sur sites pilotes les différentes options d'exploitation dématérialisée offertes par les mammographes numériques afin de définir une stratégie nationale.

**Pilote de l'action : INCa.**

En partenariat avec les acteurs concernés.

**16.5 Étudier l'impact des nouvelles technologies de recherche du *papillomavirus* et de la vaccination sur l'ensemble de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus.**

- ▶ Définir par des expérimentations, les modalités pratiques, les algorithmes décisionnels en cas de positivité du test et évaluer l'opportunité d'organiser le dépistage en fonction notamment des expériences pilotes ainsi que le rapport coût efficacité.

**Pilote de l'action : INCa.**

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer des actions d'information à destination des professionnels de santé accompagnant la vaccination HPV, en les adaptant aux personnes les plus vulnérables, dans le cadre d'une stratégie intégrée de lutte contre le cancer du col, tout en rappelant la nécessité d'un dépistage régulier.

**Pilote de l'action : INCa.**

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Contribuer au suivi de l'évolution de l'écologie virale en lien notamment avec le Centre national de référence des *papillomavirus* et les centres de coordination des dépistages déployant un programme de dépistage du cancer du col utérin.

**Pilote de l'action : INCa.**

**Copilote : DGS.**

En partenariat avec les acteurs concernés.



- ▶ Établir des recommandations de bonnes pratiques en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus : tests, fréquence, conduite à tenir selon les situations.

Pilote de l'action : HAS.

Copilote : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

#### **16.6 Expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès au dépistage des femmes peu ou non dépistées.**

- ▶ Expérimenter sur quelques sites, en complément des expérimentations réalisées sur trois sites pilotes, l'application d'un cahier des charges d'une organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis, la réalisation d'expériences innovantes vers les populations non dépistées et la constitution d'un réseau de surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Pilotes de l'action : DGS, INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

## Mesure 17.

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

#### CONTEXTE

Pour de nombreux cancers, un diagnostic précoce est associé à des traitements moins lourds et à de meilleures chances de guérison, en limitant les séquelles. Ce diagnostic précoce repose sur le dépistage lorsqu'il est possible, par la pratique d'examens en l'absence de symptômes, et sur la détection précoce des signes d'alerte dès leur apparition. Cependant le bénéfice du dépistage varie en fonction des localisations et certaines actions peuvent s'avérer plus efficaces en ciblant les personnes à niveau de risque élevé.

Le cancer de la prostate est le plus fréquent de tous les cancers avec 62 245 nouveaux cas par an. Avec 9 202 décès, ce cancer se situe au 2<sup>e</sup> rang des décès par cancer chez l'homme. D'importantes questions autour du dépistage de ce cancer restent aujourd'hui posées, en particulier l'impact du dépistage en termes d'amélioration de la survie, mais aussi les risques du surdiagnostic et surtout de surtraitement principalement en cas de cancer peu agressif diagnostiqué à un stade très précoce. Le mélanome malin cutané est à l'origine de 1 500 décès annuels en France. Son incidence estimée est de 7 500 cas en 2008. Les cancers de la cavité buccale sont estimés à 7 500 nouveaux cas en France et causent 1 875 décès chaque année. Les cancers du poumon, les plus mortels, sont estimés en 2005 à 30 650 nouveaux cas et sont responsables de 26 600 décès.

Les actions relatives à la détection précoce de ces cancers, plus ou moins applicables selon les localisations concernées, comportent : le renforcement de l'information de la population générale, la formation et l'implication de plusieurs catégories de professionnels de santé, l'amélioration du diagnostic précoce et la mise au point des marqueurs d'évolutivité, la validation de nouveaux tests ou stratégies de dépistage. La mise en place d'une veille scientifique et de programmes de recherche doit permettre de faire évoluer les dispositifs de dépistage organisé, les recommandations et les stratégies de dépistage ou de détection précoce pour les cancers faisant l'objet d'un dépistage à titre individuel ou ne faisant pas encore l'objet de préconisation de dépistage.

#### OBJECTIF

- ▶ Améliorer les conditions de détection précoce de certains cancers et de prise en compte des nouvelles opportunités de dépistage adaptées à l'évolution des connaissances.



## ACTIONS

### 17.1 Définir une stratégie de détection précoce du cancer de la prostate.

- ▶ Définir de nouvelles stratégies nationales de prévention et de dépistage des cancers de la prostate s'appuyant sur un programme d'actions intégrées de recherche, qui tiennent compte des données scientifiques, du rapport bénéfice/risque et des aspects éthiques et organisationnels.
- ▶ Élaborer et assurer la diffusion par les prescripteurs d'une information claire sur les bénéfices/risques du dépistage des cancers de la prostate, en fonction des modalités de prises en charge (surveillance active, traitements locaux, traitement radical).

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Élaborer, le cas échéant, des recommandations en matière de dépistage du cancer de la prostate à destination des professionnels de santé, adaptées à l'état des connaissances et aux différents niveaux de risque identifiés afin de préciser les modalités d'utilisation des tests notamment chez les hommes à plus haut risque, en cas d'antécédent familial au 1<sup>er</sup> degré, et chez les hommes d'origine antillaise ou africaine.

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 17.2 Améliorer la détection précoce des cancers de la peau.

- ▶ Analyser l'évolution des stades au moment du diagnostic des mélanomes et de la prise en charge des patients (parcours avant le diagnostic, de la détection jusqu'à la prise en charge) pour identifier les pistes d'amélioration.

**Pilote de l'action :** INCa.

**Copilote :** InVS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer des partenariats avec les professionnels de santé concernés afin d'améliorer, par une approche intégrée, la cohérence et l'articulation entre les campagnes de prévention et les actions de détection précoce du mélanome ainsi que la compréhension des messages par le public.

**Pilote de l'action :** Inpes.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Élaborer et diffuser auprès des professionnels de santé (médecins généralistes, paramédicaux) des outils d'information, de formation initiale et continue sur la détection précoce des cancers de la peau, sur l'identification des terrains à risque et les modalités spécifiques de prévention et de surveillance nécessitant notamment la consultation anticipée du dermatologue.
- ▶ Informer le grand public sur la détection précoce des mélanomes et sensibiliser les professionnels au dépistage précoce.

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 17.3 Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale.

- ▶ Suivre l'évolution des stades au moment du diagnostic des cancers de la cavité buccale et réaliser des études sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des patients, leur parcours depuis la détection jusqu'à la prise en charge ainsi que les difficultés d'accès aux soins.

**Pilote de l'action :** INCa.

**Copilote :** InVS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Développer ou adapter les différents supports notamment de formation à distance sur le repérage des cancers de la cavité buccale.
- ▶ Élaborer et diffuser des documents d'information sur les cancers de la cavité buccale pour le public, notamment par le biais des professionnels de santé plus directement concernés (médecins généralistes, ORL, stomatologistes, chirurgiens-dentistes, etc.).

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Promouvoir, par des appels à projets dédiés, des expérimentations d'action de détection précoce ciblant les populations à risque identifiées.

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

#### **17.4 Prendre en compte les nouvelles opportunités de dépistage en fonction de l'évolution des connaissances et des traitements.**

- ▶ Organiser la veille scientifique sur l'épidémiologie des cancers, sur les facteurs et niveaux de risque, sur les populations cibles, et promouvoir la recherche sur les nouveaux tests et les nouvelles stratégies de dépistage et de détection précoces adaptées aux différents niveaux de risque, en vue d'élaborer des recommandations.

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

- ▶ Organiser une concertation sur les évolutions et les enjeux des dépistages et publier un état des lieux annuel des dépistages des cancers.

**Pilote de l'action :** INCa.

Copilote : DGS.

En partenariat avec les acteurs concernés.



# Axe Soins

---

## Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace

**L**e plan 2009-2013 devra pérenniser et renforcer les avancées permises par le Plan cancer 2003-2007 en termes de qualité et d'organisation des soins, mais il s'attachera également à améliorer le parcours de soins des personnes atteintes par le cancer, qui manque trop souvent encore de continuité entre l'hôpital et le domicile. Une vraie coordination est aujourd'hui nécessaire pour éviter des sentiments de rupture ou d'abandon, pour mieux accompagner les malades durant leur traitement et préparer avec eux la période de l'après cancer. Le médecin traitant est le référent médical légitime pour coordonner les soins à domicile, aux côtés des autres professionnels de santé de proximité, que sont les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les acteurs des réseaux de santé. Cette coordination sera renforcée par des compétences spécifiques sous forme de postes infirmiers, chargés prioritairement de l'articulation entre la ville et l'hôpital. En ce sens, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a mis en place des mesures de nature à favoriser la coordination des soins et à améliorer la qualité de la prise en charge.

Un égal accès aux traitements et à l'innovation constitue également une priorité ainsi que le développement de certaines prises en charge très spécialisées pour les cancers rares et les cancers chez les enfants et les adolescents. L'augmentation attendue, dans les années qui viennent, des cancers chez les personnes âgées renforce l'importance à accorder à l'oncogériatrie. Il faudra également mieux répondre aux questions et au suivi des personnes atteintes de prédispositions génétiques aux cancers.

---

## 7 MESURES

MESURE 18 : PERSONNALISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADES  
ET RENFORCER LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT.

---

MESURE 19 : RENFORCER LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE  
POUR TOUS LES MALADES ATTEINTS DE CANCER.

---

MESURE 20 : SOUTENIR LA SPÉCIALITÉ D'ANATOMOPATHOLOGIE.

---

MESURE 21 : GARANTIR UN ÉGAL ACCÈS AUX TRAITEMENTS  
ET AUX INNOVATIONS.

---

MESURE 22 : SOUTENIR LA RADIOTHÉRAPIE.

---

MESURE 23 : DÉVELOPPER DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES  
POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCERS RARES  
OU PORTEUSES DE PRÉDISPOSITIONS GÉNÉTIQUES  
AINSI QUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES, LES ENFANTS  
ET LES ADOLESCENTS.

---

MESURE 24 : RÉPONDRE AUX DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES  
DES PROFESSIONS ET FORMER À DE NOUVELLES  
COMPÉTENCES.

---

L'information donnée aux patients sera fortement développée car elle est un levier essentiel du processus de démocratie sanitaire.

Deux disciplines font l'objet de mesures spécifiques : l'anatomocytologie et la radiothérapie.

En parallèle, pour accompagner l'évolution des pratiques, il est essentiel de renforcer le nombre et la formation des professionnels et de leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences.



## Mesure 18.

### Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

#### CONTEXTE

La complexité des parcours de soins en cancérologie et la multiplicité des acteurs nécessitent une meilleure coordination pour que les malades soient mieux accompagnés pendant et après la phase aiguë de leur traitement. Les patients demandent un parcours de soins plus fluide pour éviter tout sentiment de rupture, en particulier entre l'hôpital et la ville. Le médecin traitant dont le rôle de pivot a été confirmé dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » est un acteur essentiel de la prise en charge en ville et doit être mieux informé et associé à ce parcours afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient. Un relais concret entre les équipes hospitalières et les professionnels de proximité, que représentent, en particulier aux côtés des médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les réseaux territoriaux de santé poly-thématiques, est un facteur clé de la réussite de cette coordination. Des formations seront développées pour ces professionnels de santé de proximité, afin qu'ils disposent de l'accès à une actualisation de leurs connaissances ainsi que d'outils pour faciliter la continuité des prises en charge sur le terrain *via*, en particulier, le dossier communicant de cancérologie (DCC).

#### OBJECTIFS

- ▶ Améliorer le parcours de soins des malades, par la mise en place de postes de soignants chargés de coordonner ce parcours entre l'hôpital et le domicile.
- ▶ Mieux impliquer les médecins traitants ainsi que les autres acteurs de proximité, infirmiers libéraux et pharmaciens en particulier, pour qu'ils accompagnent les malades atteints de cancer pendant et après leur traitement.
- ▶ Développer les outils de coordination et de partage entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux.
- ▶ Élaborer et mettre en œuvre un plan d'actions conjoint entre l'INCa et l'Agence des systèmes d'information en santé (ASIP) pour développer l'usage et les services du DCC dans le contexte du déploiement du Dossier médical personnel (DMP).

## ACTIONS

### 18.1 Coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement grâce à des coordonnateurs de soins.

- ▶ Élaborer un cahier des charges précisant les missions attendues des infirmiers coordonnateurs de soins. Les acteurs de la ville, de l'hôpital et de l'université ainsi que les représentants des patients seront associés à cette élaboration.
- ▶ Expérimenter la mise en place des infirmiers coordonnateurs de soins *via* des appels à projets, qui s'adresseront aux établissements de santé. Ces projets impliqueront les médecins généralistes, les structures de coordination ville-hôpital du territoire de santé et les centres de coordination en cancérologie.
- ▶ Personnaliser les parcours des malades en déployant la coordination réalisée par des infirmiers coordonnateurs de soins en s'appuyant sur l'évaluation des expérimentations. Les postes d'infirmiers d'annonce pourront être élargis pour intégrer ces nouvelles missions.
- ▶ Faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins (cf. mesure 19).

Pilote de l'action : DHOS.

Copilote : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 18.2 Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance.

- ▶ Élaborer des recommandations sur la surveillance partagée entre médecins hospitaliers et médecins traitants, avec une première priorité concernant les cancers du sein et les cancers colorectaux.
- ▶ Développer la formation médicale continue en cancérologie pour les médecins généralistes.
- ▶ Lancer des expérimentations régionales de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels libéraux, menées par les Agence régionales de santé (ARS) sur la base de l'article 44 de la LFSS 2008, en s'appuyant sur les recommandations de surveillance partagée et les résultats des expérimentations d'infirmiers coordonnateurs (cf. action 18.1).

Pilote de l'action : DHOS.

Copilotes : DSS, INCa, CNAMTS.

En partenariat avec les acteurs concernés.



### 18.3 Partager les données médicales entre professionnels de santé.

Le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en particulier le médecin généraliste, ainsi que la mise à disposition de services spécifiques, aidant en pratique les professionnels (annuaire et gestion des RCP par exemple), sont des facteurs d'amélioration de la qualité en participant à une meilleure coordination du parcours de soins des malades. Le DCC et le DMP constituent à cet effet le support logique de cet échange en cancérologie.

- ▶ Formaliser et tester le contenu minimal du courrier récapitulatif de sortie adressé au médecin traitant.
- ▶ Déployer le DCC dans le cadre de la relance du DMP et élaborer un cahier des charges spécifique et un programme d'actions.

**Pilote de l'action :** INCa.

**Copilotes :** ASIP, GIP DMP.

En partenariat avec les acteurs concernés.

## Mesure 19.

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

85

#### CONTEXTE

La mise en place du dispositif d'annonce et la généralisation des concertations pluridisciplinaires sont largement reconnues comme des mesures ayant amélioré la qualité des soins en cancérologie. Cependant, il convient d'aller plus loin en étendant ces dispositifs à tous les établissements dans le cadre d'une démarche de qualité transversale et en accompagnant la mise en œuvre du dispositif d'autorisation, appuyé sur des critères qui assurent à tous un niveau de sécurité, de qualité et d'accessibilité équivalent sur le territoire. Le renforcement de la pluridisciplinarité, de la transversalité, grâce notamment à l'usage de supports de communication nouveaux, est un des gages de cette qualité des prises en charge. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » permet un meilleur maillage des ressources de santé au sein des territoires et favorise la transversalité d'actions des différents acteurs de santé.

#### OBJECTIFS

- ▶ Améliorer la qualité des prises en charge pour tous les malades.
- ▶ Accompagner la mise en place du dispositif des autorisations de traitement du cancer, en préparant son évolution.
- ▶ Mieux connaître les délais de prise en charge afin de réduire les inégalités d'accès aux soins que constituent les retards éventuels.
- ▶ Mettre à disposition des patients une information de référence sur les cancers.

#### ACTIONS

##### **19.1 Généraliser l'accès aux mesures transversales lancées par le Plan cancer précédent, améliorant la qualité de toute prise en charge en cancérologie.**

La généralisation de la mise en œuvre des mesures qualité (dispositif d'annonce, pluridisciplinarité, programme personnalisé de soins, accès aux soins de support) devra être effective d'ici la fin 2011, puisque ces éléments sont constitutifs de l'autorisation donnée aux établissements de santé pour traiter les malades atteints de cancer.

- ▶ Préparer un plan de montée en charge du dispositif d'annonce au niveau de chaque établissement de santé autorisé et le mettre en œuvre d'ici 2011.
- ▶ Faire valider par un comité de patients le format du Programme personnalisé de soins (PPS) dont chaque malade dispose. Ce PPS



sera complété par un programme personnalisé de l'après cancer prenant en compte la période qui suit la première phase du traitement (cf. mesure 25.2).

- ▶ Définir un cadre de référence national pour les réunions de concertation pluridisciplinaire (INCa) et systématiser leurs audits qualité, pilotés par les réseaux régionaux de cancérologie.
- ▶ Renforcer les soins de support en intégrant mieux la lutte contre la douleur et le recours à la démarche palliative quand il s'avère nécessaire.

**Pilote de l'action :** DHOS.

**Copilote :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 19.2 Conforter le financement des mesures qualité.

Le déploiement pérenne des mesures qualité sera soutenu par de nouvelles modalités de financement.

- ▶ Mettre en place à compter de 2010 de nouvelles modalités de financement des mesures qualité transversales en cancérologie (dispositif d'annonce, pluridisciplinarité, soins de support et remise du PPS au malade) pour assurer leur déploiement pérenne.
- ▶ Moderniser, à coût constant, la cotation CCAM (Classification commune des actes médicaux) des actes médicaux de chimiothérapie ambulatoire en secteur privé.

**Pilote de l'action :** DHOS.

**Copilotes :** INCa, ARS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

#### **Liens avec les autres plans de santé publique.**

Plan maladies chroniques. Plan soins palliatifs. Plan douleur.

### 19.3 Accompagner la mise en place des critères d'agrément et des décrets d'autorisation du cancer et clarifier le positionnement et le rôle des organisations existantes.

- ▶ Préparer la version 2013 des critères d'agrément.
- ▶ Mettre en conformité les établissements de santé autorisés à traiter les cancers d'ici 2011 avec l'ensemble des critères prévus par les décrets de mars 2007.
- ▶ Créer un comité national qui suivra le déploiement de ce dispositif et associera, sous le pilotage de la DHOS, l'INCa, les ARS, la CNAMTS, les fédérations hospitalières et les représentants d'usagers et de malades en particulier. Il publiera un rapport annuel sur la mise en œuvre du dispositif.

- ▶ Élaborer un document de référence pour clarifier le positionnement et le rôle des organisations existantes : centres de coordination en cancérologie (3C), réseaux régionaux et pôles régionaux de cancérologie.
- ▶ Élaborer des référentiels spécifiques pour les structures d'hospitalisation à domicile réalisant des chimiothérapies.

**Pilote de l'action :** DHOS.

**Copilote :** INCa

En partenariat avec les acteurs concernés.

**Liens avec les autres plans de santé publique.**

Plan soins palliatifs. Plan maladies chroniques.

**19.4 Mener une étude sur les délais de prise en charge dans plusieurs régions.**

Pour disposer d'un état des lieux objectif sur les délais de prise en charge, il est nécessaire de suivre l'impact du dispositif des autorisations, rendre compte du maintien de l'accessibilité pour tous, y compris pour les patients les plus vulnérables. Une étude spécifique sera réalisée avec l'appui des réseaux régionaux de cancérologie en 2010 et 2011. Cette étude concernera les quatre cancers les plus fréquents. Les parcours de soins des malades, lors des étapes cruciales de la prise en charge, seront analysés ainsi que les inégalités d'accès aux soins.

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

**19.5 Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.**

- ▶ Mettre à disposition des personnes malades et de leurs proches des guides d'information de référence, conçus en miroir des référentiels destinés aux spécialistes et élaborés selon les méthodologies HAS/INCa. Toutes les localisations de cancer seront traitées dans les 5 ans.
- ▶ Mettre en place la plateforme INCa d'information multimédia Cancer info, réalisée en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer, à destination prioritaire des personnes malades et des proches, pour rendre disponible une information de référence, actualisée et exhaustive dans les domaines médical, social, juridique et pratique sur les différents types de cancers.

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.



## Mesure 20.

### Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.

#### CONTEXTE

Le diagnostic du cancer est signé morphologiquement par le médecin anatomopathologiste, qui fournit également aux médecins cliniciens des informations indispensables pour le pronostic de la maladie, voire le caractère prédictif de la réponse thérapeutique. Cette spécialité incontournable pour la qualité des soins, la recherche et l'observation des cancers traverse une période charnière. Tout en devant répondre à de plus en plus d'enjeux sanitaires et de santé publique, l'anatomocytopathologie (ACP) doit faire face à des mutations scientifiques et à des difficultés démographiques qui justifient, en relais du projet Pathologie porté par la profession, la mise en place d'un programme d'actions spécifiques.

#### OBJECTIFS

- ▶ Soutenir l'activité.
- ▶ Accompagner les évolutions techniques et les nouvelles pratiques.
- ▶ Développer les démarches qualité.
- ▶ Stabiliser les métiers de l'anatomopathologie et maintenir le maillage public-privé.

#### ACTIONS

##### **20.1 Soutenir l'activité d'anatomopathologie en renforçant les équipes et en valorisant la discipline au regard de l'évolution actuelle des pratiques.**

- ▶ Inscrire les actes d'anatomocytopathologie dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). Actualiser la CCAM pour tenir compte de l'évolution actuelle des techniques nécessaires au diagnostic des cancers.
- ▶ Former à de nouvelles compétences notamment pour les techniciens pathologistes (cf. mesure 24), et déployer les praticiens hospitaliers et de postes d'ingénieurs qualité pour contribuer à réduire les inégalités géographiques territoriales pour cette spécialité.

**Pilote de l'action :** DHOS.

**Copilotes :** CNAMTS, INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 20.2 Accompagner la nécessaire adaptation de l'anatomocytopathologie aux évolutions technologiques et scientifiques.

- ▶ Accroître la participation des médecins pathologistes dans l'analyse moléculaire des tumeurs par leur implication au sein des 29 plateformes régionales de génétique moléculaire des cancers (appels à projets INCa) et la reconnaissance de leur compétence dans ce domaine.
- ▶ Développer l'accès aux tumorotheques sanitaires quand une cryopréservation de l'échantillon est recommandée à des fins sanitaires.
- ▶ Déployer l'utilisation et la transmission des comptes rendus d'anatomopathologie, contenant au moins les éléments définis par l'INCa, dans le cadre du partage des données porté par le DCC/DMP, en lien avec la mesure d'amélioration du système de surveillance des cancers (mesure 7).

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 20.3 Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocytopathologie.

- ▶ Évaluer la consultation de deuxième avis par la HAS et valoriser en fonction des actes concernés (laboratoire expert et laboratoire demandeur).
- ▶ Systématiser la double lecture de toutes les tumeurs malignes rares et des lymphomes, indispensable à la confirmation diagnostique.
- ▶ Mettre en place l'accréditation des structures d'anatomocytopathologie pour la réalisation des actes de pathologie moléculaire, prévue par la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) dans le cadre de la réforme des laboratoires d'analyse médicale.
- ▶ Développer l'assurance qualité dans le domaine de l'anatomocytopathologie par le soutien de la formation continue et des structures professionnelles engagées sur cette action.

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.



## Mesure 21.

### Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations.

#### CONTEXTE

---

L'accès aux traitements du cancer, et en particulier aux traitements innovants, doit être garanti à tous les malades. C'est l'un des objectifs du dispositif des autorisations cancer. Néanmoins, le maintien de l'accès aux innovations, quels que soient la région et le statut socio-économique des personnes, sera suivi avec une particulière attention : il concernera les molécules innovantes, les tests de génétique moléculaire, les techniques chirurgicale et interventionnelle spécifiques, ainsi que celles permettant la préservation de la fertilité des personnes. De plus, l'accès aux examens de suivi et de surveillance des cancers est nécessaire dans des délais acceptables. En lien avec les mesures de l'axe Recherche, les pôles régionaux de cancérologie conduiront le développement de projets émergents d'expertise sur les nouvelles molécules et les plateformes d'imagerie et de radiothérapie de très haute technicité.

#### OBJECTIFS

---

- ▶ Conforter et structurer les acquis actuels d'accès aux molécules coûteuses et innovantes en cancérologie.
  - ▶ Assurer l'équité d'accès des patients aux tests de génétique moléculaire indispensables pour le diagnostic, la prescription de traitements ciblés ou le suivi de leur maladie et de leur traitement.
  - ▶ Structurer la chirurgie de recours et les plateaux techniques de radiologie interventionnelle et de cryobiologie.
  - ▶ Garantir plus d'égalité géographique au diagnostic et au suivi radiologique des cancers par IRM.
  - ▶ Promouvoir le développement d'actions nouvelles et émergentes au sein des pôles régionaux de cancérologie.
-

## ACTIONS

### 21.1 Faciliter l'accès aux traitements par molécules innovantes.

L'élaboration et la mise à jour des référentiels nationaux de bon usage en cancérologie (RBU) doivent se poursuivre et leur application doit s'imposer sur tout le territoire. L'accessibilité aux molécules innovantes a cependant un coût important, dont 60 % relève des anticancéreux. La Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2009, en instaurant de nouvelles modalités de régulation et un taux prévisionnel d'évolution des dépenses liées à ces spécialités, signe la volonté nationale de garantir l'accès à ces traitements, lorsqu'ils sont prescrits dans un contexte de bon usage, mais aussi l'engagement dans la maîtrise d'évolution de ces dépenses au sein des établissements de santé.

- ▶ Actualiser, au moins annuellement, la liste hors GHS des molécules innovantes et coûteuses.
- ▶ Appliquer et suivre de façon obligatoire au niveau régional les référentiels nationaux de bon usage, qui concerneront toutes les pathologies et seront actualisés au moins chaque année, publiés et diffusés sans délais. Y intégrer l'évolution des dépenses.
- ▶ Intégrer dans le rapport annuel de l'INCa un rapport de situation sur les molécules anticancéreuses.
- ▶ Développer des études cliniques sur les traitements, en particulier dans les situations métastatiques, afin d'analyser leurs rapports bénéfiques/risques et coût/utilité pour les malades et publier des référentiels sur les cancers métastatiques réfractaires (HAS-INCa).
- ▶ Réaliser des études pharmaco-économiques pour mieux évaluer le bénéfice et les risques liés à l'utilisation des nouvelles molécules en post-AMM et pour mieux connaître les rapports bénéfice-risque et coût-utilité de ces nouvelles molécules en cancérologie (Afssaps-HAS).
- ▶ Suivre les ATU nominatives par le développement des protocoles d'utilisation thérapeutique (PUT), le recueil d'informations pour les molécules anticancéreuses en Autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et la production de guides sur le recours aux ATU nominatives (Afssaps).
- ▶ Faire accéder au financement des molécules de la liste hors T2A les établissements qui participent, en tant qu'établissements associés, à la prise en charge des malades atteints de cancer.

Pilote de l'action : DSS.

Copilotes : DHOS, INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.



### 21.2 Développer les plateformes de génétique moléculaire des cancers et l'accès aux tests moléculaires.

Cibler les caractéristiques biologiques de la tumeur permet de prescrire des traitements individualisés moins toxiques et plus efficaces et évite de donner un médicament s'il est inutile. Pour cela, il faut identifier des biomarqueurs de la tumeur, le plus souvent par des tests de génétique moléculaire. L'importance de ces tests et leurs coûts rendent nécessaires de concentrer ces nouveaux examens au niveau des seules plateformes régionales de génétique moléculaire.

- ▶ Saisir l'Igas en 2010 pour analyser les conditions d'attribution d'un statut réglementaire aux tests moléculaires, qu'ils soient prédictifs ou de suivi.
- ▶ Rendre accessibles à tous les malades les tests moléculaires innovants : les plateformes régionales effectueront gratuitement l'ensemble des tests pour tous les malades de leurs régions *via* les prélèvements envoyés par les laboratoires publics comme privés.
- ▶ Mettre en place dès 2009 au niveau de l'Afssaps et de l'INCa une veille et un suivi sur les nouveaux tests afin de disposer d'un avis éclairé et indépendant sur l'intérêt de ces tests (recherche ou diffusion).

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### 21.3 Faciliter l'accès aux techniques chirurgicales et instrumentales, complexes et innovantes en particulier.

Le déploiement des nouvelles techniques chirurgicales, instrumentales et endoscopiques, et celui de plateformes techniques de référence est indispensable pour structurer, au sein des pôles régionaux de cancérologie, une offre de soins de recours adaptée à la prise en charge de certaines tumeurs, venant compléter l'offre territoriale.

- ▶ Définir des critères de qualité pour la prise en charge chirurgicale des tumeurs de l'ovaire, du pancréas, du foie, de l'œsophage et du rectum sous-péritonéal et pour les tumeurs rares, en lien avec les centres de référence et de compétences des cancers rares.
- ▶ Évaluer le coût médico-économique des actes de chirurgie carcinologique lourde et complexe et maintenir une veille sur l'innovation chirurgicale.
- ▶ Soutenir les techniques innovantes par appels à projets INCa.
- ▶ Identifier des sites et des équipes effectuant les actes de radiologie interventionnelle à visée thérapeutique et actualisation, si nécessaire, de la CCAM.

- ▶ Reconnaître, en lien avec l'Agence de la biomédecine, des plateformes régionales de cryobiologie (gamètes et embryons), associées aux Centres d'études et de conservation du sperme (CECOS) et/ou aux Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), pour améliorer l'accès à la préservation de la fertilité des personnes atteintes de cancer.
- ▶ Garantir un accès équitable et des tarifs accessibles pour les techniques de reconstruction, de symétrisation et de plastie mammaire.

**Pilote de l'action :** DHOS.

**Copilote :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

#### **21.4 Faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie et les TEP.**

L'accès à une imagerie de qualité est indispensable au diagnostic et à la surveillance de nombreux cancers. Le nombre et la répartition des scanners et des TEP (tomographes à émission de positons) sont aujourd'hui adéquats. En revanche, le nombre et la répartition des appareils d'IRM restent insuffisants. De plus, les IRM et les TEP constituent des outils importants pour la progression de la recherche en cancérologie. À ce titre, l'accès à une machine IRM dédiée au niveau des établissements universitaires à forte activité cancérologique permettra d'inscrire l'imagerie dans la politique de site portée par la recherche et de développer des réseaux d'imagerie permettant la transmission d'images.

- ▶ Modifier les SROS 3<sup>e</sup> génération pour intégrer l'objectif de 10 machines IRM/million d'habitants dans chaque région en mars 2011, soit 74 machines supplémentaires par rapport aux SROS actuels.
- ▶ Augmenter le parc d'IRM à 12 machines/million d'habitants d'ici 2013, soit 39 machines supplémentaires, dans les 10 régions ayant la mortalité la plus élevée par cancers.
- ▶ Élaborer des recommandations sur les indications et les techniques d'imagerie en cancérologie, prenant en compte la nécessité de mieux contrôler la douleur liée aux actes guidés par l'imagerie (Société française de radiologie, labellisation HAS/INCa).
- ▶ Mettre à disposition en région, d'ici 2013 dans le cadre de l'existant ou des prévisions ci-dessus, soit une IRM disposant de larges plages dédiées à la cancérologie, soit une IRM dédiée, permettant d'implémenter des programmes de recherche en utilisation conjointe CHU/CLCC.
- ▶ Suivre les délais d'attente pour les examens scanner et IRM réalisés



en ambulatoire par une enquête pluriannuelle spécifique, étudiant l'impact sur la prise en charge des malades.

- ▶ Suivre les dépassements d'honoraires sur les actes d'imagerie en ambulatoire.

Pilote de l'action : DHOS.

Copilote : ARS.

En partenariat avec les acteurs concernés.

### **21.5 Promouvoir au niveau des pôles régionaux de cancérologie des actions nouvelles et émergentes.**

En relais des recommandations portées par le rapport de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), les pôles régionaux de cancérologie ont vocation à promouvoir au niveau de leur région des actions nouvelles innovantes et émergentes. En lien avec les mesures de l'axe recherche, trois thématiques seront ciblées en priorité :

- ▶ identifier des équipes expertes sur les nouvelles molécules et renforcer le partage des connaissances en termes de chimio-vigilance par des appels à projets ciblés de l'INCa dès 2010 ;
- ▶ développer une imagerie de haute technicité, dédiée aux examens complexes, et de recherche chez les malades atteints de cancer (cf. mesure 21.4) ;
- ▶ centraliser au niveau des pôles régionaux des appareils de radiothérapie de très haute technicité (Cyberknife® - RCMI par tomothérapie - ions lourds) (cf. mesure 22.1).

Pilote de l'action : INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

## Mesure 22.

### Soutenir la radiothérapie.

#### CONTEXTE

Au cours de leur parcours de soins, 60 % des patients atteints de cancer sont traités par radiothérapie, ce qui en fait une technique majeure dans le traitement des cancers. Sa place dans les protocoles de traitement, le nombre et le niveau de formation des professionnels qui la réalisent, la complexité des matériels utilisés, la sécurité obligatoire des pratiques nécessitent d'accompagner et d'anticiper les développements à venir. Pour répondre à ces défis, des mesures nationales ont été mises en place en novembre 2007 et un comité national a été chargé par la ministre de la santé et des sports, en décembre 2008, d'orienter et d'animer la mise en place de ces mesures. Il assurera le suivi des actions relatives à la radiothérapie durant le Plan cancer 2009-2013.

#### OBJECTIFS

- ▶ Assurer à tous les patients la qualité et la sécurité des pratiques.
- ▶ Soutenir les professionnels de la filière.
- ▶ Accompagner l'évolution des pratiques et la structuration des centres de radiothérapie.

#### ACTIONS

##### 22.1 Soutenir la qualité et la sécurité des pratiques dans les centres de radiothérapie autorisés.

- ▶ Élaborer des référentiels INCa sur la typologie et les niveaux de prise en charge adéquats pour des plateaux techniques territoriaux (standards) et régionaux (haute technicité).
- ▶ Accompagner les coopérations entre centres de radiothérapie et expérimenter de nouveaux outils pour permettre aux équipes de radiothérapie de réussir cet enjeu.
- ▶ Appliquer un cadre de fonctionnement pérenne à des situations d'exception géographique reconnues sous forme de Groupement de coopération sanitaire avec un centre d'appui.
- ▶ Suivre le dispositif en faisant évoluer l'observatoire actuel des données de radiothérapie pour recueillir de façon pérenne des données quantitatives et qualitatives.
- ▶ Adapter le financement de la radiothérapie aux enjeux actuels.

Pilote de l'action : Comité national de suivi de la radiothérapie.

Copilote : ARS.

En partenariat avec les acteurs concernés.



## 22.2 Renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie.

Le renforcement quantitatif et qualitatif des postes au sein des centres de radiothérapie constitue un enjeu crucial malgré la difficulté du contexte démographique actuel. La réforme du financement et les enveloppes spécifiques, dont disposeront les ARS pour les coopérations, permettront de soutenir les renforcements en nouvelles compétences et le lancement de recrutements prioritaires. Ces renforcements, qui devront s'appuyer sur la redéfinition des tâches et des missions de chacun, concernent l'ensemble des professionnels de la filière.

- ▶ **Les oncologues radiothérapeutes.**
  - Renforcer l'attractivité de la spécialité d'oncologie/radiothérapie en prévoyant des postes de post-internat et d'assistants spécialistes ainsi que des postes de praticiens hospitaliers partagés à temps partiel. (cf. mesure 24.1).
  - Élaborer des critères d'agrément INCa pour les sites formateurs en radiothérapie et renforcer de façon ciblée des moyens d'encadrement.
- ▶ **Les radiophysiciens.**
  - Renforcer l'attractivité de la filière de radiophysique médicale en maintenant l'effort sur le recrutement et en ouvrant la possibilité aux radiophysiciens de concourir pour l'obtention d'une valence universitaire.
  - Créer une obligation de formation continue en radiophysique médicale, avec participation au projet DOSEO du CEA.
  - Faire évoluer les conditions d'exercice dans les centres de radiothérapie en encourageant la reconnaissance d'unités ou de pôles de radiophysique médicale, placés sous la responsabilité d'un radiophysicien.
  - Renforcer les effectifs en s'appuyant sur la formation pour mieux sécuriser les pratiques et accompagner l'évolution de la discipline.
- ▶ **Les manipulateurs en électroradiologie.**
  - Redéfinir le contenu de la formation en cohérence avec la réforme du Licence-Master-Doctorat (LMD).
  - Ouvrir l'accès à la formation pour la compétence de dosimétriste permettant des évolutions de carrière.
- ▶ **Les qualitiens.**
  - Redéfinir les tâches et les missions de chacun des professionnels au sein des centres de radiothérapie grâce notamment à l'apport de qualitiens pouvant être partagés entre plusieurs centres.

**Pilote de l'action :** Comité national de suivi de la radiothérapie.  
En partenariat avec les acteurs concernés.

**22.3 Actualiser les recommandations de bonnes pratiques concernant les techniques de traitement en radiothérapie et leurs indications.**

- ▶ Traiter dans leur région d'origine tous les patients dont le traitement implique une irradiation corporelle totale (ICT).
- ▶ Produire un rapport d'expertise sur la place de la curiethérapie en termes d'indications et de techniques et publier un référentiel national.
- ▶ Élaborer des référentiels sur la mise en œuvre des irradiations stéréotaxiques intracrâniennes en dose unique (radiochirurgie).
- ▶ Actualiser l'avis de la HAS sur les indications des techniques innovantes.
- ▶ Mettre à jour le guide des procédures par la Société française de radiothérapie.

**Pilote de l'action : INCa.**

En partenariat avec les acteurs concernés.

## Mesure 23.

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

#### CONTEXTE

Des filières de soins spécifiques doivent être développées pour mieux répondre à certaines prises en charge de malades et assurer le lien optimal avec l'innovation et la recherche.

Les cancers rares et les tumeurs qui touchent les enfants et les adolescents doivent être traités et suivis au sein de centres de référence clairement identifiés. Par ailleurs, la prise en charge d'un cancer chez une personne âgée nécessite une réelle coordination entre oncologues et gériatres pour offrir aux patients les meilleures chances de guérison tout en conservant une qualité de vie spécifique des personnes âgées. Enfin, les familles et les personnes porteuses de prédispositions génétiques à certains cancers doivent bénéficier, une fois le risque identifié, d'un suivi personnalisé coordonné par des structures d'oncogénétique spécialisées.

#### OBJECTIFS

- ▶ Structurer la filière de prise en charge des tumeurs malignes rares.
  - ▶ S'assurer que les personnes prédisposées héréditairement au cancer sont suivies en fonction de l'évolution des connaissances.
  - ▶ Mieux soigner les personnes âgées atteintes de cancer par une meilleure coordination des prises en charge qui associera les soins et le suivi social, en intégrant complètement le médecin traitant et les professionnels de proximité.
  - ▶ Augmenter le taux de guérison des cancers de l'adolescent et du jeune adulte. Éviter la rupture et contribuer à l'acquisition de l'autonomie et de l'estime de soi en dépit des conséquences physiques, psychologiques et sociales de la maladie à cet âge et favoriser l'intégration sociale des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.
-

## ACTIONS

### 23.1 Labelliser les centres de référence pour les cancers rares.

L'identification des centres de référence pour les cancers rares, en cohérence avec les dispositions du Plan maladies rares, démarré en 2009 par appel à projets de l'INCa, se poursuivra jusqu'en 2011. Ces centres ont une vocation nationale avec des missions clairement identifiées et doivent être adossés à une équipe de recherche reconnue. Chaque centre de référence organisera un réseau avec des centres de compétence à vocation régionale, ce maillage permettant d'assurer une filière de soins optimale à un patient avec à la fois l'expertise du centre de référence et la prise en charge de proximité par un centre de compétence.

- ▶ Finaliser la procédure de labellisation des centres de référence des cancers rares.
- ▶ Élaborer et diffuser des recommandations de pratique clinique labellisées HAS/INCa (centres de référence).
- ▶ Mettre en place par l'INCa une base de données par pathologie rare à partir des données de double lecture en anatomocytopathologie.
- ▶ Diffuser des informations destinées aux professionnels de santé et aux patients atteints de cancers rares (ORPHANET et INCa).
- ▶ Développer des coopérations internationales et s'inscrire dans le réseau européen de référence pour les maladies rares, priorité de la politique européenne 2008 -2013.

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.

**Liens avec les autres plans de santé publique.**

Plan maladies rares.

### 23.2 Favoriser la constitution de bases de données clinicobiologiques (enquêtes transversales répétées avec volet de biosurveillance).

En lien et interaction avec le PNSE2 (notamment l'action 43 : lancer un programme pluriannuel de biosurveillance), la composante cancer des maladies environnementales doit être mieux explorée : la mobilisation des CHU et CLCC où sont soignés de nombreux malades et, notamment pour des tumeurs « rares », invitera à développer de nouveaux projets pour examiner la part de risques environnementaux dans leur survenue.

**Pilotes de l'action :** INCa, ITMO Cancer.

En partenariat avec les acteurs concernés.



### 23.3 Suivre les personnes à risque génétique.

Le rapport Bonaïti, publié par l'INCa fin 2008, prévoit une nette augmentation de l'activité des structures d'oncogénétique dans les 10 ans à venir, en raison d'un doublement des besoins pour les cancers sein/ovaire, et d'un triplement pour les cancers colorectaux.

- ▶ Renforcer les moyens du dispositif d'oncogénétique pour anticiper l'extension prévisible des consultations et des tests d'oncogénétique :
  - élargir les critères de prescription des tests génétiques BRCA1/2 aux cancers de l'ovaire isolés ;
  - appliquer les recommandations de prescription des tests génétiques pour les prédispositions au cancer colorectal ;
  - renforcer les moyens des consultations et des laboratoires pour leur permettre de répondre à l'augmentation attendue de 50 % de leur activité dans les cinq ans (appels à projets DHOS/INCa pour le développement de l'activité d'oncogénétique) ;
  - soutenir des expertises spécifiques en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques sur l'implication de gènes dans la prédisposition héréditaire au cancer (MYH par exemple).
- ▶ Expérimenter des structures pilotes de coordination du suivi des personnes porteuses de prédispositions génétiques puis déployer en fonction de l'évaluation :
  - assurer l'expérimentation pilote 2009-2011 de structures de coordination multidisciplinaires des personnes prédisposées héréditairement au cancer, qui se mettront en place d'ici la fin 2009 (AAP INCa/DHOS) ;
  - assurer le déploiement secondaire sur tout le territoire à partir des expériences qui auront fait leurs preuves pour disposer d'au moins un centre de référence par région d'ici 2013.
- ▶ Étudier et mettre en place un dispositif permettant d'assurer les examens IRM nécessaires au suivi des femmes porteuses de prédisposition BRCA1 et BRCA2 sans reste à charge.
- ▶ Développer les analyses du phénotype tumoral MSI des tumeurs colorectales et de l'endomètre permettant de poser l'indication d'une consultation d'oncogénétique.
- ▶ Renforcer l'information médicale auprès des patients et des médecins généralistes et spécialistes sur les données de prédisposition génétique (gastroentérologues, gynécologues et urologues en particulier).

**Pilote de l'action :** INCa.

En partenariat avec les acteurs concernés.