

2022 - 2025

Stratégie décennale de lutte contre les cancers

Feuille de route

2022 – 2025

Région Ile-de-France

31 mai 2022

Table des matières

PREAMBULE	4
1. CONTEXTE	5
A. Etat des lieux des besoins	5
→ Données de santé et déterminants sociaux dans la région	5
→ Evolutions épidémiologiques du cancer en France	8
→ Données épidémiologiques du cancer dans la région Ile-de-France	9
→ Cancers évitables	11
→ Focus sur les cancers bénéficiant d'un programme de dépistages organisé	13
→ Données relatives aux facteurs de risques dans la région	15
B. Etat des lieux des ressources	19
→ Panorama des acteurs de la cancérologie en région	19
→ La prévention en région	19
→ Les dépistages organisés des cancers	22
→ L'offre de soins et les prises en charge en région	23
→ Les ressources humaines en santé	26
2. ENJEUX	31
A. Bilans des précédents Plans cancer	31
→ Au plan national	31
→ Mise en œuvre en IDF	32
B. Les problématiques en région IdF	39
3. PLAN D'ACTION REGIONAL	42
A. Priorités d'actions dans la région	42
B. Rappel des objectifs nationaux et des cibles régionales	45
C. Modalité de mise en œuvre	47
D. Evaluation	47
Annexe 1 – Plan d'action	48
Annexe 2 – Indicateurs nationaux	54
Annexe 3 - Contribution de l'ARS IdF à la stratégie décennale	57
Annexe 4 – Glossaire	60

Résumé

Après vingt ans d'une politique nationale volontariste de lutte contre le cancer, s'incarnant à travers les plans cancers successifs, des avancées majeures ont été obtenues.

La structuration de la recherche et son développement ont permis des avancées thérapeutiques et des gains importants en matière de guérison et de survie. La structuration de l'offre de soins a fortement amélioré la qualité des prises en charge. Les équipes sont identifiées et les prises en charge hospitalières sont délivrées selon une organisation graduée. Les interfaces ville-hôpital, la coordination et les dispositifs se développent pour répondre aux besoins des patients tout au long de leur parcours.

Sur ces champs, la feuille de route régionale s'inscrit dans la continuité des précédents plans. En cette période difficile de crise économique et de crise des ressources humaines, il s'agira de garantir les acquis organisationnels et d'accompagner les mutations qui s'imposent (apport du numérique). S'agissant de l'offre de soin, l'attention restera portée, comme le souligne la stratégie décennale, à l'amélioration des organisations et des interfaces entre les acteurs, faciliter les parcours et réduire les inégalités par une meilleure prise en compte des spécificités des populations et des fragilités : entrée dans le parcours et accès au diagnostic, meilleure identification des lieux de prise en charge pour les cancers de mauvais pronostic et les prises en charge complexes, développement des dispositifs et des outils facilitant le suivi, les échanges et la coordination entre les acteurs, accès à l'innovation et à la recherche.

Dans le champ des dépistages organisés (Sein, colon-rectum et Col de l'utérus), malgré des évolutions longtemps attendues (test immunologique plus performant pour le dépistage organisé du cancer colorectal, mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein), et un fort relai de la communication nationale en région, la connaissance des dispositifs et l'adhésion restent très insuffisants. En témoignent les taux de participation de la population aux dépistages organisés des cancers qui restent inférieurs à la moyenne nationale et aux objectifs. En outre, les évolutions récentes telles que la régionalisation de l'organisation, la nouvelle version des cahiers des charges (entrée des pharmaciens dans le dépistage, plateforme de remise de test en ligne), une implication et une collaboration plus active des acteurs du dépistage, des actions adaptées aux situations spécifiques des personnes, devraient permettre des améliorations à court et moyen terme. C'est une priorité majeure des prochaines années que de développer l'adhésion aux dépistages existants et de s'engager dans l'expérimentation des futurs programmes de dépistage.

En matière de prévention des facteurs de risque, au premier rang desquels le tabac, le plan national de réduction du tabagisme a permis d'infléchir la consommation de tabac dans notre région. Il s'agit dès lors de poursuivre les efforts pour conduire à l'éradication de la consommation tabagique en orientant nos actions envers les publics pour lesquels notre action est la plus déterminante. La nouvelle stratégie de lutte contre le cancer souligne les enjeux liés à l'alcool et à l'environnement, à l'accompagnement des personnes tout au long de leur parcours, au maintien dans l'emploi et à l'insertion au travail et dans la société. Ceux-ci sont pris en compte en articulation avec la mise en œuvre du plan santé au travail et du programme alcool annoncé.

L'Ile-de-France fait partie des régions où l'épidémiologie des cancers est globalement favorable mais les disparités intra-régionales sont importantes et s'expliquent par les fortes inégalités sociales.

L'ARS, au travers de cette feuille de route souhaite positionner au centre de l'intervention :

- La prévention des facteurs de risques avec un objectif pour la région de 10 800 cancers évités par an en 2040
- L'adhésion aux dépistages avec un objectif pour la région de 200 000 dépistages en plus à l'horizon 2025 sur les 3 dispositifs organisés en place
- la prise en compte des populations fragiles et ainsi concourir à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé à travers la mise en œuvre d'un universalisme proportionné

PREAMBULE

La lutte contre le cancer est une priorité majeure des politiques de santé publique et de recherche depuis le début des années 2000. Trois plans nationaux se sont succédés depuis 2003 suivis de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 publiée le 4 février 2021¹. Celle-ci est dotée de **1,7 milliard d'euros**.

Les précédents plan cancer embrassaient tout le champ de la cancérologie en allant de la prévention à la prise en charge, en passant par la recherche fondamentale et appliquée. Ils ont permis une bonne structuration de l'organisation, un développement de la recherche et avec la mise en place du plan national de réduction du tabagisme, une réactivation des mesures de prévention. La stratégie décennale, quant à elle, identifie à partir du bilan des précédents plans, les principales priorités avec 4 objectifs nationaux :

- Réduire les cancers évitables de 60 000 par an.
- Réaliser 1 000 000 de dépistages supplémentaires dans le champ des dépistages organisés actuels (Sein, Côlon-rectum, Col de l'utérus)
- Réduire de 2/3 à 1/3 la part de patient souffrant de séquelles à 5 ans.
- Améliorer significativement la survie des cancers de mauvais pronostic.

Elle est construite selon 4 axes :

- Améliorer la prévention
- Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie
- Lutter contre les cancers de mauvais pronostics
- S'assurer que les progrès bénéficient à tous.

La stratégie nationale décennale fait l'objet d'une feuille de route nationale « Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain » pour 5 ans (2021-2025). Celle-ci décline les orientations stratégiques à un niveau opérationnel à travers 236 mesures dont 78 ont été engagées en 2021. L'instruction ministérielle du 16 juillet 2021² précise les modalités et le périmètre de déclinaison par les ARS.

Le plan d'actions en Ile-de-France, édifié dans une période et un temps contraints a vocation à être complété par les éléments issus des travaux d'élaboration du projet régional de santé (PRS-3). Ceux-ci vont être conduits sur la période 2022-2023. La feuille de route régionale pourra être révisée à cette occasion. Elle fera en outre l'objet d'un suivi annuel.

¹ Décret 2021-119 du 4 février 2021 portant définition de la stratégie décennale de lutte contre les cancers - période 2021-2030

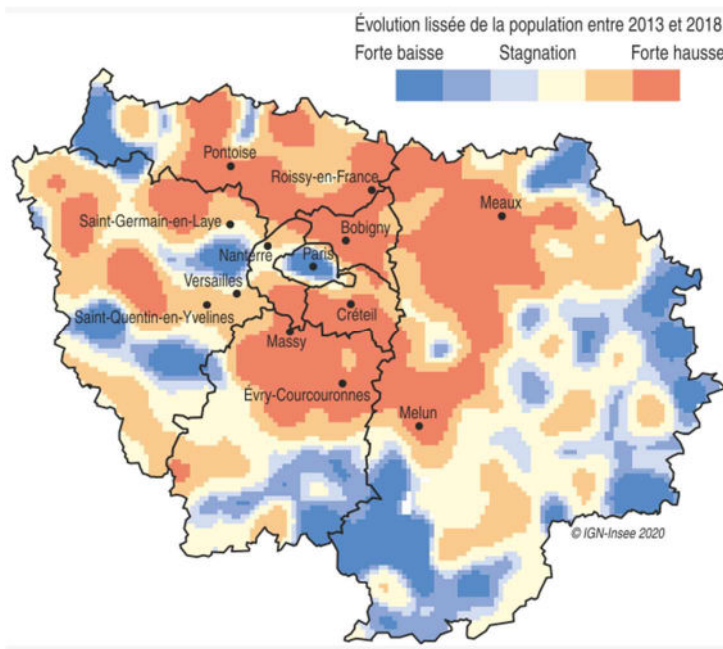
² L'instruction N° DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SG/INCA/2021/156 du 16 juillet 2021

1. CONTEXTE

A. Etat des lieux des besoins

→ Données de santé et déterminants sociaux dans la région

Démographie³



La population francilienne a augmenté de 2% en cinq ans (hausse similaire à celle de la France métropolitaine) portant la population de la région à 12 millions d'habitants (19% de la population française au 1er janvier 2018).

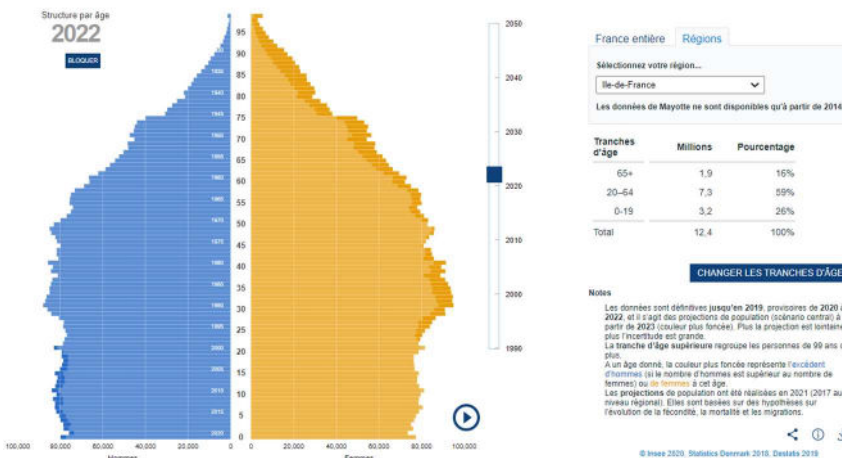
Départements les plus peuplés : Paris (19%), les Hauts-de-Seine (13,3%) et la Seine-Saint-Denis (12,9%)

Paris continue de perdre des habitants ; en revanche, la Seine-Saint-Denis, le Val-d'Oise, le nord de l'Essonne et l'ouest de la Seine-et-Marne en gagnent dans de fortes proportions

L'Île-de-France est composée d'une population plutôt jeune avec un solde naturel qui demeure positif.

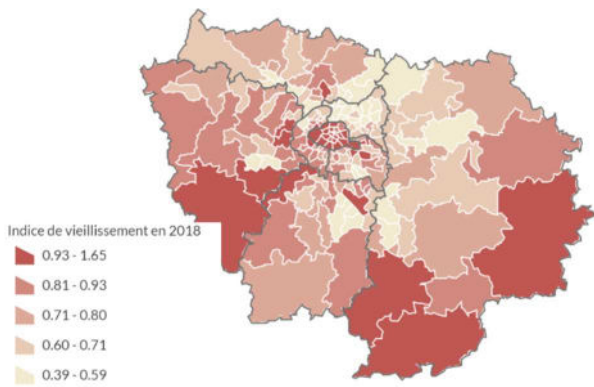
La population de moins de 20 ans est la plus importante en Seine-Saint-Denis (28,9%), dans le Val d'Oise (28,9%) et en Seine-et-Marne (28,4%).

La Seine-Saint-Denis est le département de la région francilienne qui a le taux de natalité le plus élevé et le taux de mortalité le moins fort.



³ Données INSEE

L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées



Moins exposée au vieillissement de la population, l'Île-de-France enregistre une baisse des naissances et une hausse des décès moins prononcées que la plupart des autres régions (données 2018).

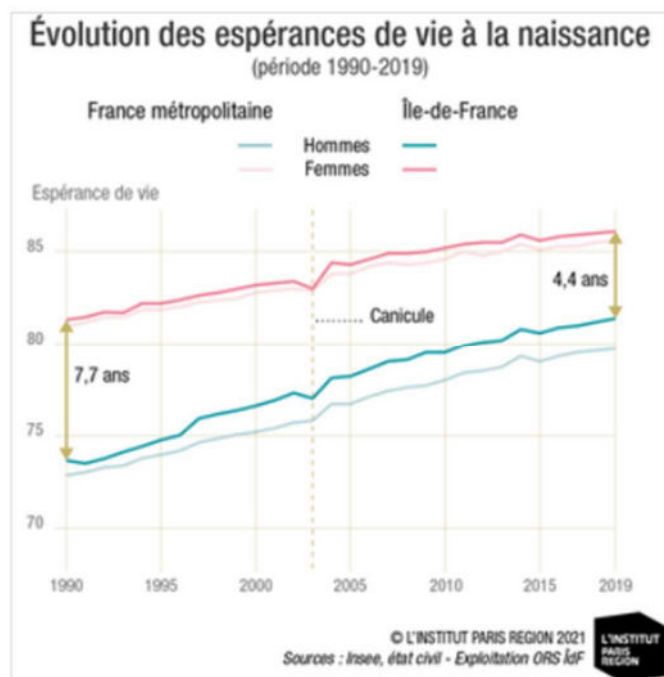
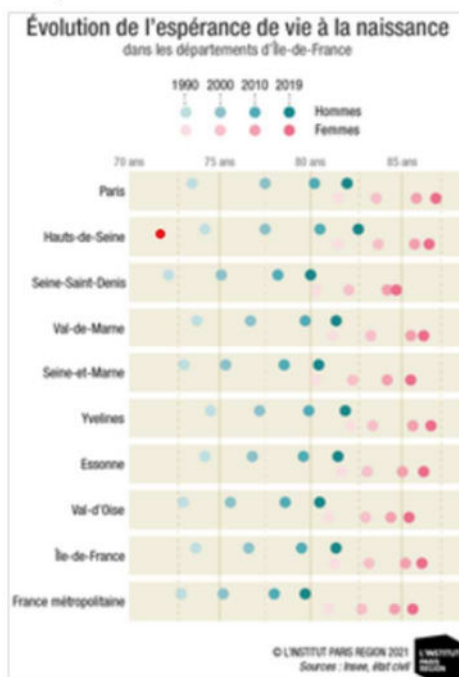
Les évolutions sont contrastées entre les départements. Paris et les Hauts-de-Seine comptent davantage de personnes de plus de 75 ans (respectivement 7,5% et 7,2%). En revanche, les départements de la Seine-Saint-Denis, du Val d'Oise et de Seine-et-Marne sont plus jeunes (indice de vieillissement plus faible*)

*. L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans.

La Seine-et-Marne, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise sont les 3 départements où **l'espérance de vie est la plus basse** (à la naissance ou à 65 ans), pour les hommes comme pour les femmes⁴.

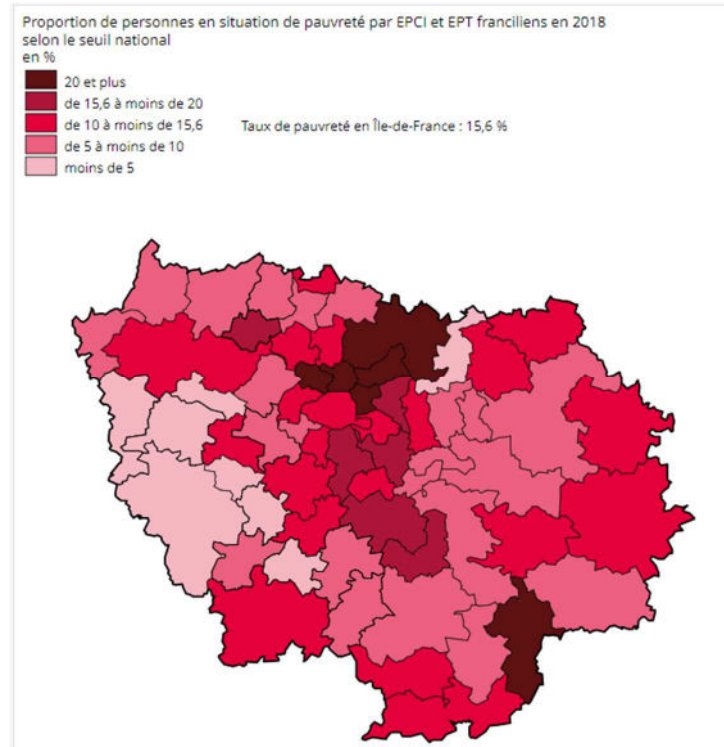
- 2,2 années d'espérance de vie en moins chez les femmes en Seine-Saint-Denis par rapport à Paris
- 2,6 années d'espérance de vie en moins chez les hommes en Seine-Saint-Denis par rapport aux Hauts-de-Seine

L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes se réduit en Ile-de-France.



⁴ https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-02/20180911_COS%20IdF_Publication%20officielle.pdf
<https://www.institutparisregion.fr/societe-et-habitat/lesperance-de-vie-en-ile-de-france-des-progres-importants-mais-inegalement-repartis/>
<https://www.ors-idf.org/pathologies.html#.filtre-cancers>

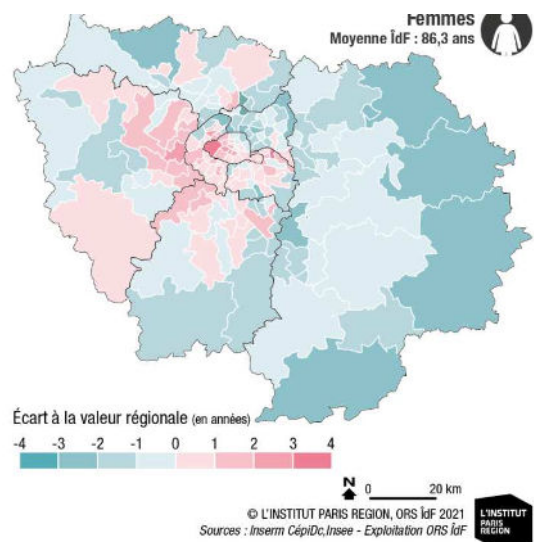
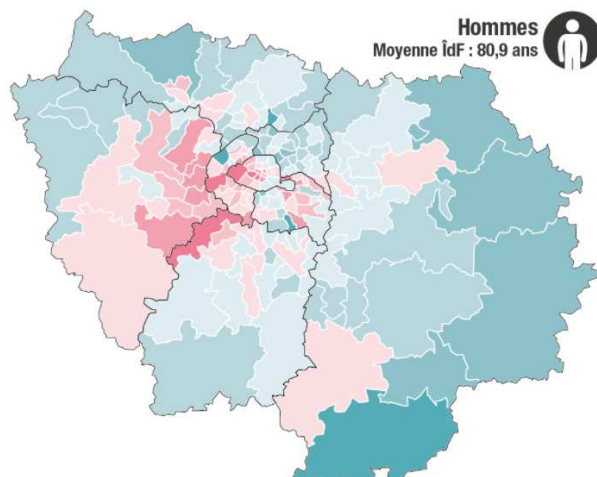
Situation sociale⁵⁶



Le taux de pauvreté en IdF est de 15,6% et supérieur à la moyenne nationale (14,7%). L'Île-de-France, qui produit 30 % des richesses nationales, est la région la plus riche et la plus inégalitaire du pays.

A l'échelle de la région, nous observons que les disparités de revenus appuyées par la répartition des indicateurs de pauvreté se superpose à l'espérance de vie des populations. Par exemple, les banlieues Nord franciliennes particulièrement marquées par la pauvreté recensent des écarts d'espérance de vie plus importants que la moyenne régionale, allant d'une à quatre années.

Écart de l'espérance de vie dans les cantons par rapport à l'Île-de-France (période 2012-2015)



⁵ Insee Analyses Île-de-France • n° 145 • Décembre 2021

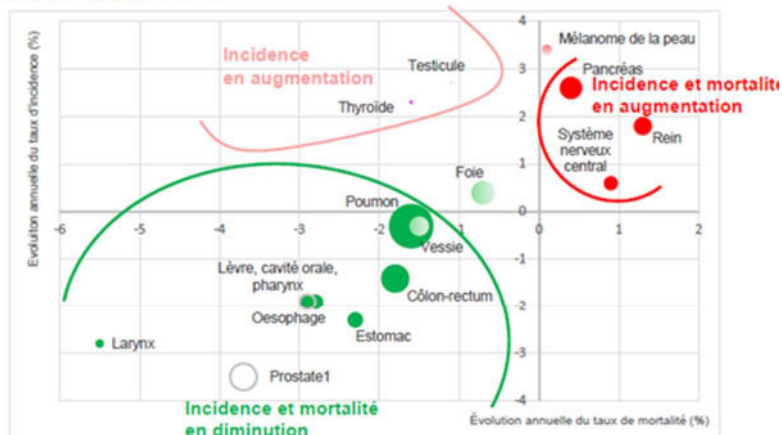
⁶ <https://www.institutparisregion.fr/societe-et-habitat/lesperance-de-vie-en-ile-de-france-des-progres-importants-mais-inegalement-repartis/>

→ Evolutions épidémiologiques du cancer en France

Les progrès diagnostiques et thérapeutiques ont permis une évolution favorable des taux de mortalité pour la plupart des cancers. La diminution de la consommation alcoolo-tabagique, l'amélioration des conditions de vie et de la qualité du suivi médical contribuent à la baisse des taux d'incidence.

Evolution en France métropolitaine entre 2010 et 2018⁷

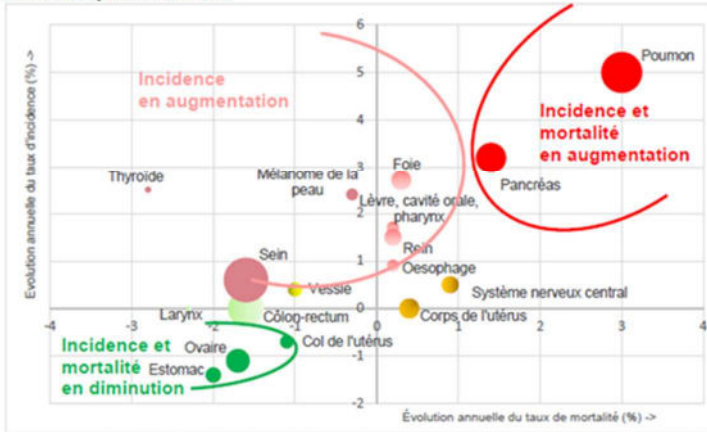
Figure 4 – Évolution annuelle des taux de mortalité et d'incidence des cancers chez les hommes en France métropolitaine 2010-2018



Légende : cercles proportionnels au nombre de décès. - Couleurs pleines : variations d'incidence et de mortalité significatives - Couleurs dégradées : l'une des deux valeurs n'est pas significative. 1 Pour la prostate les valeurs sont à prendre avec précaution les variations étant en grande partie dues aux variations dans les pratiques de dépistage

Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2016. Vol. 1. Tumeurs solides. GPF, 2019

Figure 5 – Évolution annuelle des taux de mortalité et d'incidence des cancers chez les femmes en France métropolitaine 2010-2018



Légende : cercles proportionnels au nombre de décès. - Couleurs pleines : variations d'incidence et de mortalité significatives - Couleurs dégradées : l'une des deux valeurs n'est pas significative

Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2016. Vol. 1. Tumeurs solides. GPF, 2019

ORS - FOCUS SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE - 7 – Épidémiologie des principaux cancers en Île-de-France

Hommes :

- **Marqueurs favorables** : les taux de mortalité et d'incidence diminuent pour la majorité des cancers et notamment le poumon
- **Mais augmentation tant en incidence qu'en mortalité des cancers du pancréas, du rein et du système nerveux central,**
- Le taux d'incidence diminue sans augmentation de la mortalité pour toutes les localisations sauf le mélanome, la thyroïde, les testicules et le rein.

Femmes :

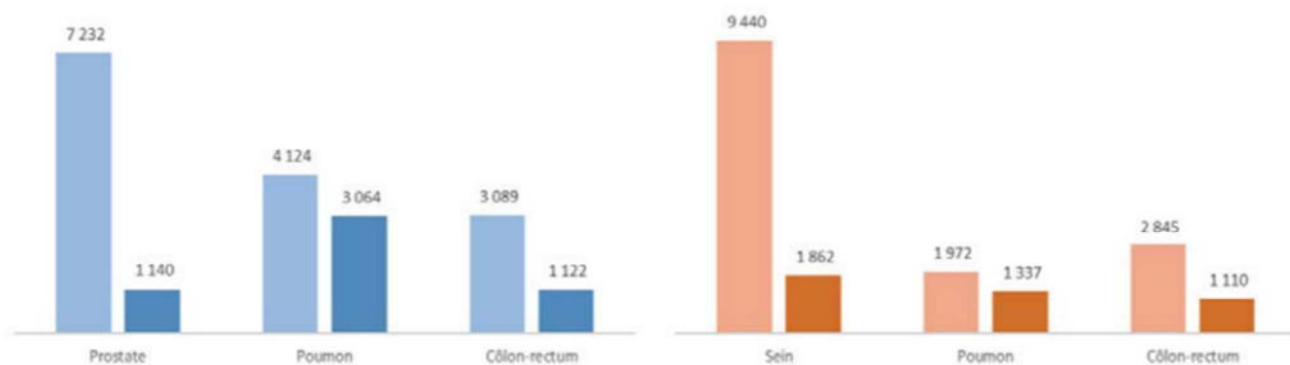
- La mortalité **diminue** pour toutes les localisations de cancer **sauf le pancréas, et le poumon.**
- **Le taux d'incidence augmente** pour le cancer du poumon, de la thyroïde, de la cavité buccale et du pharynx, du larynx, de l'œsophage, de la vessie, du corps de l'utérus du rein et le mélanome.
- Surincidence et surmortalité pour les cancers du poumon et du pancréas.

⁷ Telle-Lamberton M, Ndiaye K. Épidémiologie des principaux cancers en Île-de-France. ORS Focus santé en Île-de-France, 2021. <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/epidemiologie-des-principaux-cancers-en-ile-de-france/>, accédé le 29/03/2022

→ Données épidémiologiques du cancer dans la région Ile-de-France

54 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année. En 2017, 486 000 Franciliens étaient sous surveillance pour la survenue antérieure d'un cancer dont 210 000 en cours de traitement. L'âge médian au diagnostic est de 67 ans chez les femmes et 68 ans chez les hommes⁸.

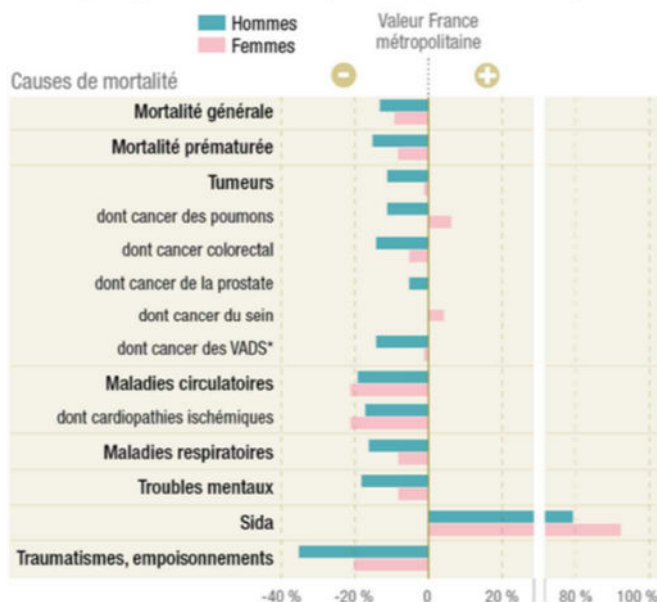
Les principaux cancers sont chez l'homme : prostate, poumon, colon et rectum, chez la femme : sein, colon-rectum et poumon.



Cas et décès annuels exprimés respectivement à partir des cas et décès observés sur la période 2007-2016 et 2007-2014

Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France.

Niveau comparatif de mortalité par causes par rapport à la France métropolitaine (période 2013-2015)



* VADS : voies aérodigestives supérieures

© L'INSTITUT PARIS REGION 2021
Sources : Inserm CépiDc, Insee RP - Exploitation ORS IdF

21 000 décès par cancers qui demeurent la **première cause de mortalité dans la région**.

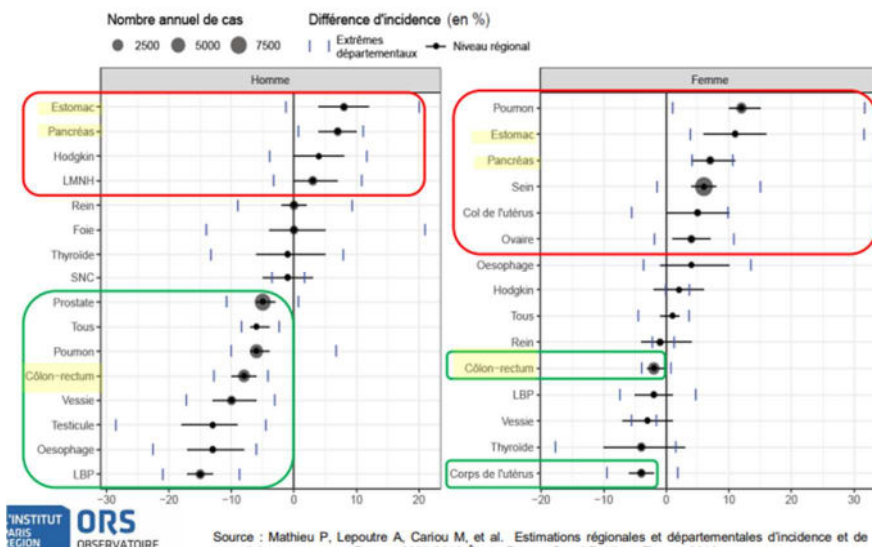
Pour 28 % d'entre eux, ils interviennent avant 65 ans (29% chez l'homme et 22% chez la femme).

Les cancers représentent 48% des décès prématurés chez la femme et 36% chez l'homme.

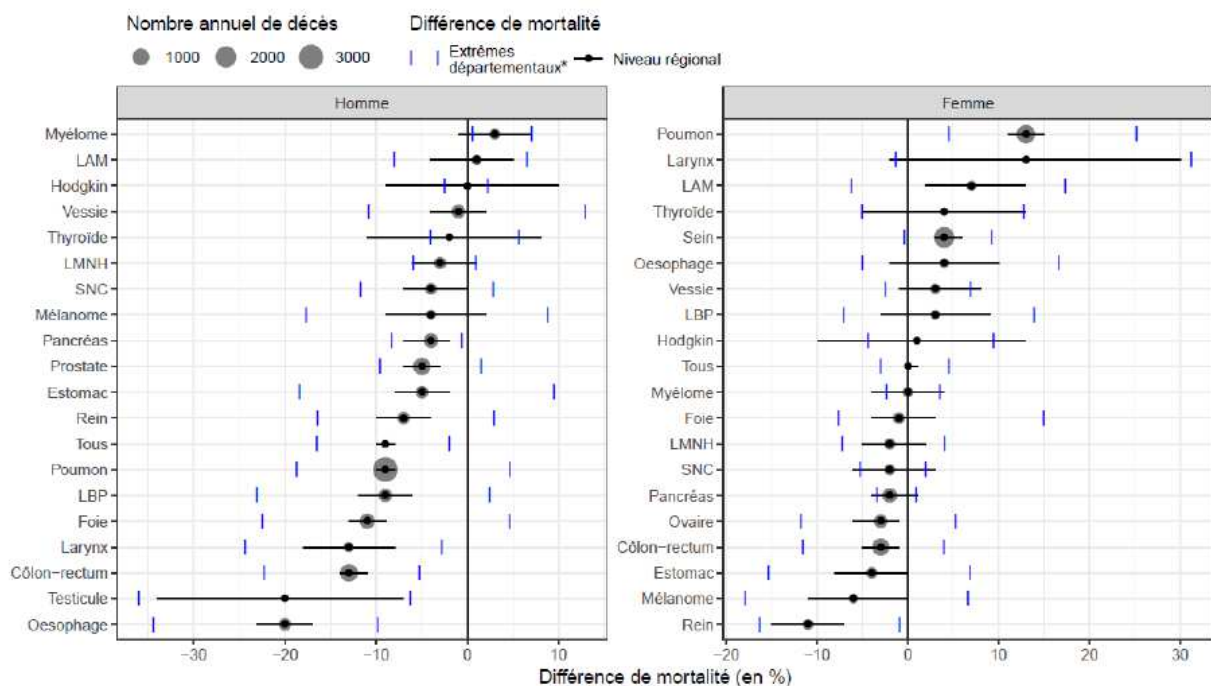
La position de l'Île-de-France est globalement favorable (sous mortalité et sous mortalité par cancer) à l'exception des cancers du sein et du poumon chez la femme.

⁸ Telle-Lamberton M, Ndiaye K. Épidémiologie des principaux cancers en Île-de-France. ORS Focus santé en Île-de-France, 2021. <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/epidemiologie-des-principaux-cancers-en-ile-de-france/>, accédé le 29/03/2022

Evolution de l'incidence entre 2007 et 2016 pour les principaux cancers⁹



- **Position de l'IdF favorable pour les hommes** dans la survenue de nouveaux cas de cancer par rapport à la France métropolitaine. Sous incidence pour toutes les localisations **hormis les cancers de l'estomac, pancréas et lymphome**.
- **Chez les femmes, les cancers du poumon, du sein sont en surincidence et en surmortalité**, les cancers du col de l'utérus et de l'ovaire présentent une surincidence (sans surmortalité), les leucémies aigües myéloïdes sont en surmortalité (sans surincidence).



Note de lecture : les indicateurs nommés différences d'incidence et de mortalité par Santé publique France sont égaux au rapport standardisé exprimé en % moins un. Ainsi, un SMR ou SIR de 1,05 correspond à une différence d'incidence ou de mortalité de 5%. De même un SMR ou SIR de 0,93 correspond à une différence d'incidence ou mortalité de -7%. Les nombres annuels moyens sont calculés sur la période 2007-2016 pour les cas et 2007-2014 pour les décès. *Les extrêmes départementaux sont les extrêmes sur la France métropolitaine.

Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Figure S-1, p. 13

⁹ Santé Publique France – Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016

Approche territoriale :

Globalement une forte hétérogénéité entre les territoires et les populations est observée¹⁰ par rapport à la France métropolitaine

- Chez les femmes, une surmortalité est constatée en Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne, et Val-d'Oise alors que les Yvelines et les Hauts-de-Seine affichent une sous-mortalité ; un seul département, Paris, est en sur-incidence ;
- Chez les hommes, tous les départements de la région présentent une sous mortalité et aucun ne présente de sur-incidence.

En ajoutant la localisation du cancer, la situation apparait est encore plus contrastée :

Tableau : Taux d'incidence et de mortalité par rapport à la moyenne nationale (France métropolitaine) par département, sexe et pour les principaux organes

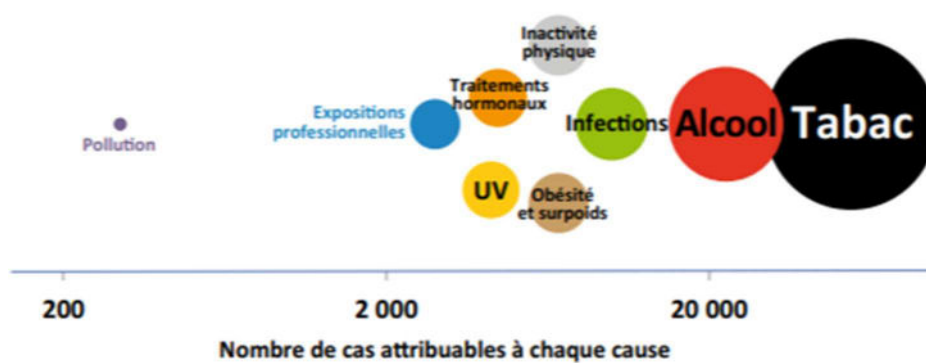
	FEMME						HOMME									
	75	77	78	91	92	93	94	95	75	77	78	91	92	93	94	95
SEIN FEMME	sur	sur	sur	sur	sur	sur	sur	sur								
COLON-RECTUM																
FOIE*																
POUMON	sur	sur	sur	sur	sur	sur	sur	sur								
CANCER LBP																
CCU**																
OVAIRE																
LAM***																
LMNH*																
ESTOMAC																
PANCREAS																

■ sous incidence sous morta
■ sous mortalité uniquement
■ sur morta uniquement
■ sur incidence uniquement
■ sur incidence et surmortalité
■ sur incidence mais sous mortalité

* seule la mortalité est disponible pour les femmes
 ** seule l'incidence est disponible
 *** seule la mortalité est disponible

→ **Cancers évitables**

La part des facteurs de risque dans la survenue des cancers en France¹¹



Nombre de cas de cancers attribuables aux différents facteurs de risque de cancer en France en 2000 publié par le CIRC en 2007. Infections (Helicobacter pylori, Papillomavirus, Hépatites B et C, Epstein-Barr)

¹⁰Telle-Lamberton, M., et al. (2016). *Cancers et inégalités territoriales en île-de-France : analyses spatiales*, Observatoire régional de santé Île-de-France (ORS): 106.

¹¹ La prévention primaire des cancers en France – Fiche repère INCa - juin 2015

En Ile de France :

Le nombre de cancers attribuables à une cause évitable est évalué à 9600 chez les femmes et 12500 chez les hommes, répartis principalement sur 3 localisations pour les deux sexes.

Ile-de-France	Femme	
Période 2007-2016	Nouveaux cas de cancer annuels	Cas de cancers attribuables
Sein	9 440	3 474
Côlon-rectum	2 845	1 135
Poumon	1 972	1 457
Corps de l'utérus	1 019	468
Pancréas	855	196
Ovaire	784	70
Rein	623	176
Col de l'utérus	584	584
Lèvre-bouche-pharynx	478	326
Estomac	438	339
Vessie	305	60
Œsophage	172	108
Lymphome de Hodgkin	170	50
Tous cancers	25745	9577

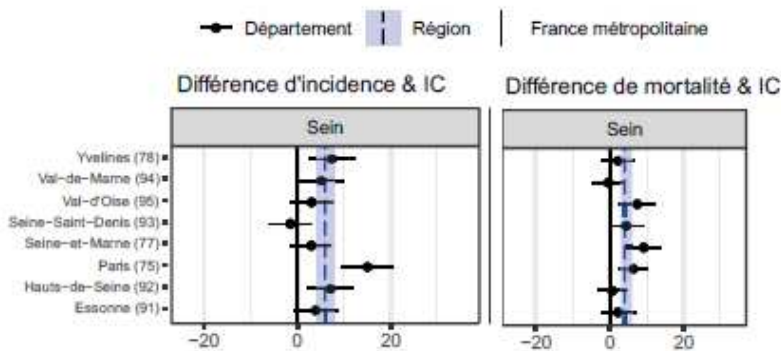
	Hommes	
Période 2007-2016	Nouveaux cas de cancer annuels	Cas de cancers attribuables
Prostate	7 232	43
Poumon	4 124	3 819
Côlon-rectum	3 089	1 724
Lèvre-bouche-pharynx	1 368	1 267
Lymphome malin non-hodgkinien	1 237	54
Rein	1 227	639
Vessie	1 222	534
Foie	1 052	868
Pancréas	900	372
Estomac	773	567
Œsophage	517	431
Lymphome de Hodgkin	221	65
Tous cancers	28 276	12 526

Données ORS

→ **Focus sur les cancers bénéficiant d'un programme de dépistages organisé**

Cancer du Sein, situation défavorable en Ile-de-France

- **9 440 nouveaux cas annuels** estimés chez les femmes d'Île-de-France. **Survie à 5 ans de 88 %**.
- **Principaux facteurs de risque** de cancer du sein : facteurs familiaux (mère, fratrie), certaines caractéristiques de la « vie reproductive » : âge tardif au premier enfant (facteur de risque), alors qu'un nombre élevé d'enfants et allaitement sont des facteurs protecteurs, des facteurs de risque professionnels avérés (rayonnements ionisant) ou suspectés (travail de nuit).
- **Surincidence de 6% et une surmortalité de 4%** : résultat à rapprocher des caractéristiques sociales des franciliennes ci-dessus.



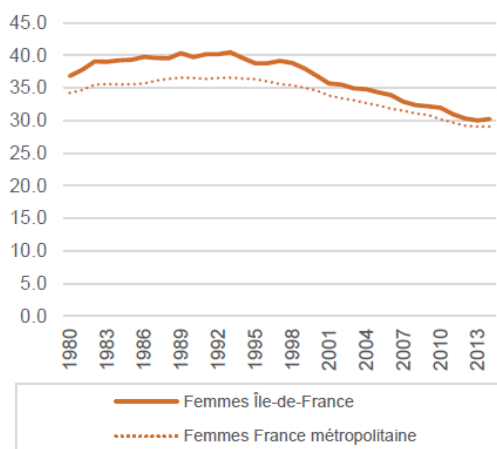
Différence entre l'incidence (2007-2016) des départements de la région et le niveau de la France métropolitaine selon le département.

- Départements les plus touchés par la **surincidence** : **Paris (+15%), Yvelines et Hauts-de-Seine (+7%)**
- Départements les plus touchés par la **surmortalité** : **Paris (+6%), Seine-et-Marne (+9%)** et Seine-Saint-Denis (+4%) alors que leurs incidences sont les plus basses de la région.

Les hypothèses pour expliquer ce contraste entre la distribution spatiale de l'incidence et la mortalité pourraient être un recours tardif aux soins et donc à des difficultés de diagnostic précoce entraînant une mortalité plus élevée. D'autres facteurs d'ordre socio-culturels ou à des problèmes d'offre et d'accès aux soins pourraient également être en jeu.

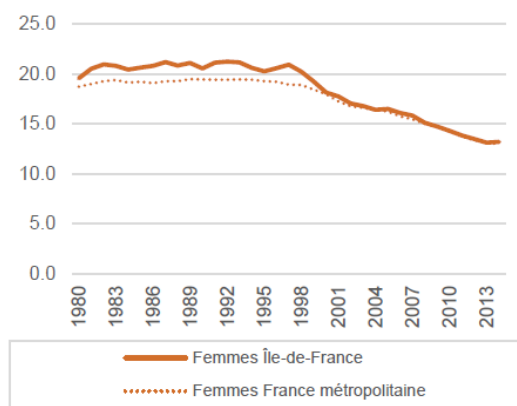
La mortalité par cancer du sein chez la femme a augmenté jusqu'en 1993 et diminue depuis, tant en Île-de-France qu'en France métropolitaine témoins d'une amélioration des prises en charge, du diagnostic au traitement.

- Évolution des taux de mortalité par cancer du sein entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

- Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer du sein entre 1980 et 2014

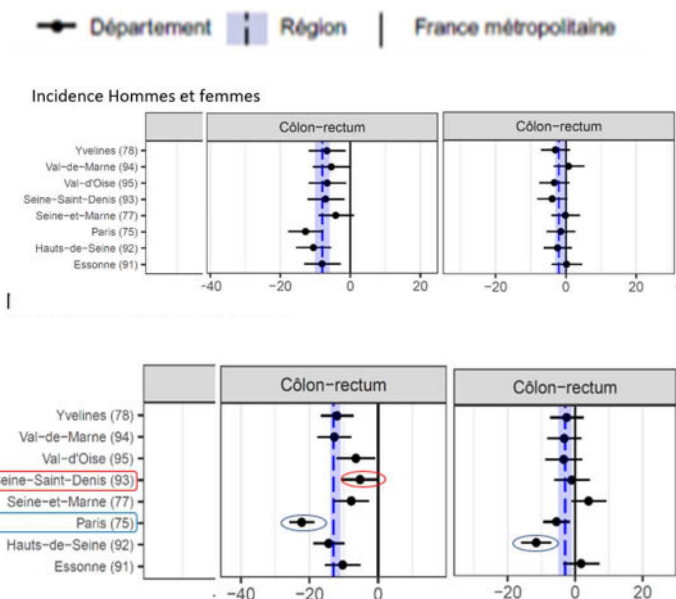


Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Cancer du côlon rectum : Une situation favorable chez les hommes franciliens

5 935 nouveaux cas annuels estimés en Île-de-France pour la période 2007-2016, 52% chez les hommes et 48% chez les femmes. **Survie à 5 ans de 60 %**.

Principaux facteurs de risque de cancer colorectal : les facteurs familiaux ; les facteurs liés au mode de vie (tabagisme, consommation d'alcool, de viande rouge ou ultra-transformée, faible consommation de fibres alimentaires ainsi qu'obésité, diabète et sédentarité).

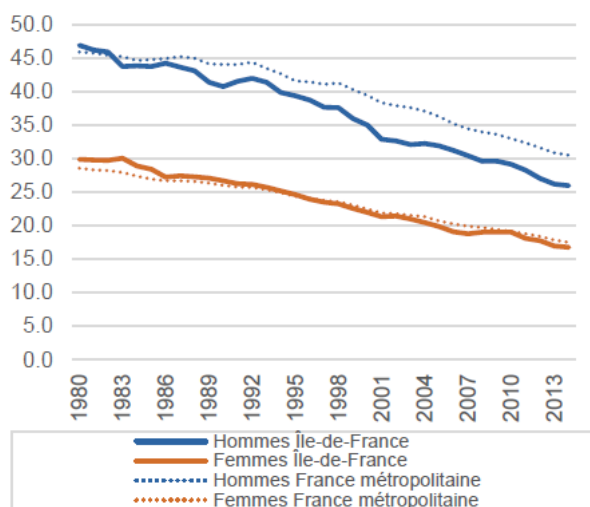


Différence entre l'incidence (2007-2016)

des départements de la région et le niveau de la France métropolitaine selon le département et le sexe :

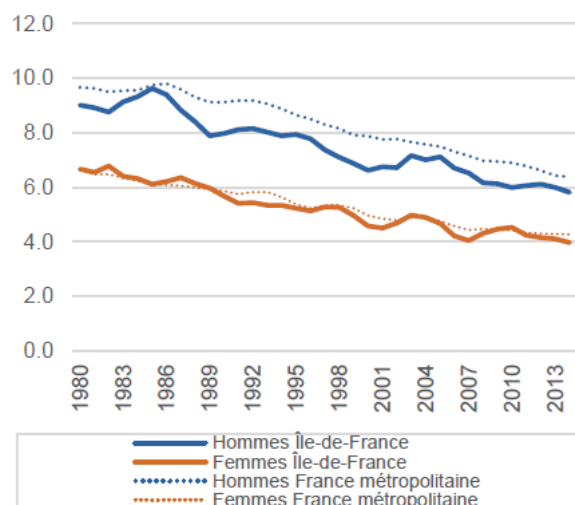
- Distributions spatiales peu contrastées
- **Sous incidence** de l'ensemble des départements chez l'homme.
- Sous mortalité chez les hommes hormis en Seine-Saint-Denis
- Sous mortalité chez les femmes dans les Hauts-de-Seine
- Surmortalité chez les hommes en Seine-Saint-Denis

– Évolution des taux de mortalité par cancer du côlon-rectum entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

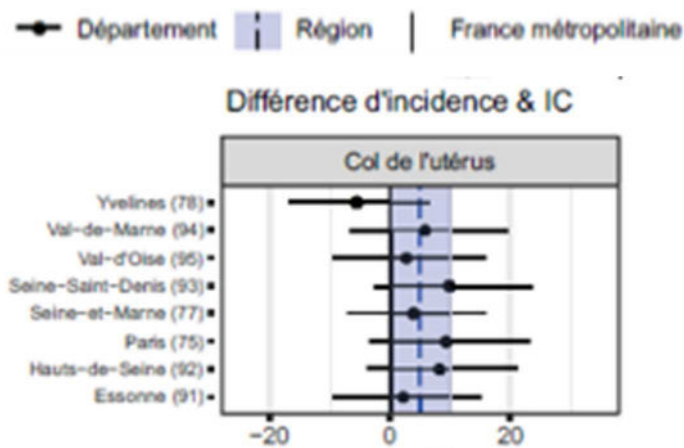
– Évolution des taux de mortalité pré-maturée par cancer du côlon-rectum entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Cancer du col de l'utérus en IDF :

- **584 nouveaux cas annuels** estimés chez les franciliennes (période 2007-2016). **Survie à 5 ans de 64 %**.
- **Un facteur de risque obligatoire : l'infection au papillomavirus** dont la prévalence dans la population est plus élevée dans les zones défavorisées.
- **Surincidence de 5% en Île-de-France** par rapport à la France métropolitaine.



Différence entre l'incidence (2007-2016) des départements de la région et le niveau de la France métropolitaine selon le département :

Disparités régionales surincidence à **Paris (+9%)** et en **Seine-Saint-Denis (+10%)**

La qualité des certificats de décès ne permet pas de distinguer les cancers du col des cancers du corps de l'utérus (endomètre), le diagramme des différences d'incidence par départements n'est pas réalisable.

→ **Données relatives aux facteurs de risques dans la région**

Le tabagisme, première cause de mortalité évitable est responsable de près de la moitié des écarts d'espérance de vie entre les groupes sociaux les plus favorisés et les moins favorisés. En cela, il est révélateur de pratiques différenciées selon le milieu social. La consommation de tabac est également une pratique différenciée selon le lieu de résidence.

- En 2017, la prévalence du tabagisme quotidien était plus faible en Île-de-France que dans le reste de la France métropolitaine (22,0 % contre 28,1 % hors Île-de-France). Les inégalités sociales en matière de tabagisme y étaient moins marquées.
- La forte dépendance vis-à-vis du tabac concerne plus fréquemment les hommes et les personnes les moins favorisées (moins diplômés, avec de faibles revenus ou au chômage).
- Les cancers associés au tabagisme ou à la consommation d'alcool sont moins fréquents chez les hommes franciliens que chez les hommes des autres régions de France métropolitaine. L'incidence est plus faible pour le cancer du poumon (-6 %), de la sphère lèvre-bouche-pharynx (-15 %) et de la vessie (-10 %).
- Contrairement aux hommes, les Franciliennes connaissent une situation défavorable par rapport à celles de la France métropolitaine en termes d'incidence et de mortalité par cancer. Les cancers du sein et du poumon y sont plus fréquents que dans les autres régions de métropole (excès d'incidence de +6% et +12% respectivement). La mortalité associée à ces cancers est également supérieure en Île-de-France par rapport à la moyenne nationale (+4% et +13% respectivement).

La consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France après le tabac.

- La **consommation hebdomadaire concerne 35,3 % des Franciliens** en 2017. La comparaison avec les autres régions françaises montre que la consommation d'alcool (quotidienne, hebdomadaire, alcoolisation ponctuelle importante (API)) est **plus faible en Île-de-France**. Cette proportion est en baisse depuis 2010 chez les personnes de 31-75 ans, celles disposant des revenus les plus élevés, les inactifs et pour tout niveau de diplôme ;

- En 2017, la proportion de personnes déclarant une **consommation quotidienne d'alcool est de 6,0 %**, chiffre en diminution depuis 2005 cependant une **alcoolisation ponctuelle importante** (au moins 6 verres d'alcool en une même occasion) au moins une fois par mois concerne **14,7% des Franciliens** en 2017 ; Cela concerne davantage les hommes, les jeunes adultes de 18-30 ans et les plus diplômés ; Cette proportion est **en augmentation depuis 2005** chez les 18-30 ans, les personnes ayant le bac et les étudiants ;
- En Île-de-France comme dans les autres régions, 12,0% des femmes déclarent une **consommation d'alcool durant leur grossesse**, déclaration plus importante parmi les femmes aisées et diplômées du supérieur.

La prévalence de la surcharge pondérale en Ile-de-France, selon les données INCA, est inférieure à la moyenne nationale. Elle est de de 44.2% pour les femmes en national contre 40.4% pour les franciliennes et de 53.9% pour les hommes en national contre 53.2% chez les franciliens.

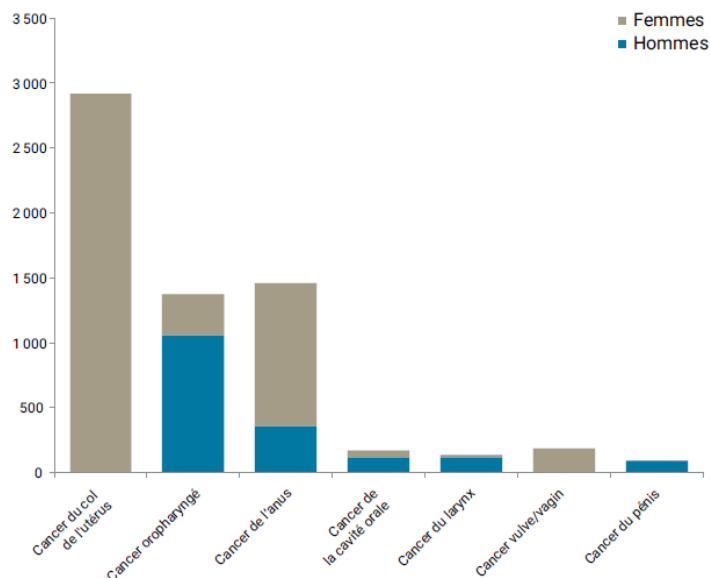
- Le lien avéré entre inégalités sociales et excès de poids est plus marqué pour les femmes. L'ensemble des catégories sociales sont concernées par le surpoids et l'obésité. L'inégalité sociale en matière de surcharge pondérale est particulièrement marquée, et ce d'autant plus que l'excès de poids est important et les femmes sont particulièrement frappées par cette inégalité, ce d'autant qu'elles sont femmes âgées de 18-29 ans et au **chômage**.
- **Les adolescents franciliens adoptent des comportements moins favorables à la santé que leurs homologues hors Île-de-France** (consommations alimentaires, sédentarité). Il existe un gradient socio-économique en lien avec le mode de vie des élèves, les plus modestes étant les plus à risque de comportements peu favorables à la santé et de développement d'un excès pondéral. La Seine-Saint-Denis enregistre une obésité importante et massive chez les jeunes (IMC > 40)

Les facteurs de risque infectieux¹²

- L'Île de France fait partie des régions où le nombre de patients pris en charge pour des infections à hépatite C (VHC) et hépatite B (VHB) est élevé. Au sein de la région, les départements de Paris (75), de la Seine-Saint-Denis (93) et du Val-de-Marne (94) sont ceux où ces deux infections sont les plus fréquentes.
- Une amélioration de la couverture vaccinale vis-à-vis du VHB, un renforcement des dépistages pour le VHB comme pour le VHC sur les dernières années et une diminution de la prévalence chez les nouveaux donneurs de sang est à noter
- Le Papillomavirus (HPV - Human Papillomavirus) serait responsable de plus de près de 2 % des cancers incidents dont 44% pour les cancers du col de l'utérus, (584 en Ile de France), 24% pour ceux de l'anus et 22% pour ceux de l'oropharynx. Si les femmes sont les plus concernées par les cancers liés aux HPV, près d'un tiers de ces cancers touche les hommes.

¹² Bulletin de veille sanitaire - N°28 spécial Hépatites B et C/ 20 juin 2017
Santé publique France | N° 28 spécial Hépatites B et C | 20 juin

**Fiche repère INCA MAI 2018 Papillomavirus et cancers
Etat des lieux et connaissances**



L'HPV est responsable de 100% des cancers du col de l'utérus dont 70% sont en lien avec les HPV 16 et 18 dit HPV à haut risque.

Il est aussi responsable de 90% des cancers de l'anus dont 75% touchent les femmes et de 35% des cancers de l'oropharynx. Ces deux derniers cancers sont en augmentation entre 2005 et 2012.

En 2016, près de 35 000 femmes ont été traitées pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus et 50 % d'entre elles avaient moins de 39 ans. Or les traitements utilisés exposent au risque d'accouchement prématuré.

L'âge médian au diagnostic du cancer du col de l'utérus était de 51 ans en 2012.

Les facteurs de risques environnementaux

La proportion de cancers attribuables à des facteurs environnementaux varient selon les sources. Selon le Centre International de Recherche contre le Cancer, elle serait de 3.6% pour les expositions professionnelles, 3% pour les UV (dont UV en cabine) et 0.4% pour les particules fines. Santé publique France évalue entre 16 000 et 34 000 l'ensemble des cas de cancers professionnels recensés chaque année en France mais seuls 15 % des cancers professionnels seraient reconnus comme tels, laissant ce risque dans l'ombre.

En Île-de-France, selon la dernière étude SUMER 2017, 7% des salariés sont exposés à des cancérogènes professionnels. Ce pourcentage varie fortement selon les catégories socio-professionnelles. Ainsi, cette exposition concerne surtout les ouvriers qualifiés (32%) et les ouvriers non qualifiés et agricoles (14%).

Les salariés les plus exposés sont ceux du secteur de la construction et du transport. Les salariés des TPE (entreprises majoritaires sur le territoire d'Île-de-France) sont plus fortement exposés aux produits chimiques cancérigènes que ceux des entreprises comptant plus de 500 salarié.

Pour les salariés de la construction, les plus exposés, les cancérogènes les plus retrouvés sont la silice cristalline (12 %), les fumées de soudage d'éléments métalliques (8 %), les poussières de bois (bois bruts, stratifiés, contreplaqués, médium...) (8 %) et plus rarement les émissions de moteur diesel, les goudrons de houille et dérivés, les huiles minérales entières et l'amiante.

L'existence de protections collectives ou individuelles respiratoires reste rare (près de 1 salarié sur 10) concernant les émissions de moteur diesel et les huiles minérales entières. La moitié des salariés exposés à des fumées de soudage disposent de protections individuelles respiratoires.

Tableau : Principaux domaines d'activités concernés (Enquête SUMER 2010)

Domaine professionnel	% de salariés exposés
Maintenance	43 %
BTP	32 %
Mécanique/travail des métaux	31 %
Matériaux souples, bois, industries graphiques	30 %
Artisanat	29 %

L'exposition à l'amiante, pour les employés des métiers du bâtiment mais également pour les employés en présence dans leur espace de travail de matériaux amiantés dégradés au cours du temps, est à l'origine de mésothéliome. L'usage réguliers de produits phytosanitaires en agriculture expose les agriculteurs à des excès de risque pour certains cancers. L'activités professionnelle en extérieur est à l'origine d'un excès de risque de cancers de la peau et notamment de mélanome.

Ces risques se potentialisent aussi avec d'autres facteurs cancérigènes. Ainsi, les travailleurs exposés qui fument courent un risque de cancer plus élevé que les travailleurs exposés qui ne fument pas.

B. Etat des lieux des ressources

→ Panorama des acteurs de la cancérologie en région

La mise en œuvre des plans cancers a abouti à une structuration importante des organisations :

- ✓ Des dispositions réglementaires qui précisent les conditions d'autorisation et de fonctionnement de l'activité de traitement du cancer (décrets de 2007) avec des :
 - Mesures transversales de qualité introduites dans les décrets : réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), dispositif d'annonce, programme personnalisé de soins (PPS), soins de support, accès aux essais cliniques et innovations
 - Critères Inca précisés par modalités de prise en charge
 - Seuils opposables : chirurgie (ORL-Maxillo-facial et Gynécologie : 20 actes par an ; Sein digestif urologie et thorax : 30 actes par an), chimiothérapie (80 patients), radiothérapie externe (600 patients)
- ✓ Une structuration de l'organisation issue des différents plans cancers :
 - **Recherche** : **Cancéropôle** IdF sur la coordination et l'animation de la recherche (essentiellement fondamentale et Sciences Humaines et Sociales), **4 SIRIC** (Sites de Recherche Intégrée sur le Cancer) labellisés (Institut Curie, IGR (SOCRATE), Curamus (Pitié-Salpêtrière) et HEGP-Cochin (CARPEM Cancer Research and PERSONALISED Medicine), **4 CLIP** (Centres Labellisés INCa de phase Précoce) labellisés (IGR, Institut Curie, hôpital Saint-Louis/AP-HP et à Pitié-Salpêtrière/AP-HP), **GIRCI** (Groupements Interrégionaux pour la Recherche Clinique et l'Innovation), dispositif non thématique régional ayant pour objet de favoriser l'accès à la recherche clinique
 - **Dépistages** : Le **CRCDC IDF** (Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers d'Ile-de-France)
 - **Prise en charge** : **ONCORIF**, réseau régional de cancérologie, labellisé par l'INCa, pour coordonner les différents dispositifs et veiller à l'information et la formation. Dossier communicant de cancérologie (DCC) demeurant à déployer sur la région.
 - **CANPEDIF**, organisation interrégionale en cancéropédiatrie
 - **UCOG** (Unités de Coordination en OncoGériatrie), 5 unités de coordination en IdF sur le développement de la cancérogériatrie

→ La prévention en région

Offre de soins Addictologie :

De nombreux dispositifs permettent aux personnes ayant des conduites addictives d'avoir un soutien et une prise en charge dans leur parcours.

20 CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de Risques pour Usagers de drogues) mettent à la disposition des usagers du matériel de RdRD, (Réduction des Risques et Dommages) répondent à des besoins d'hygiène de base, de prévention, d'accès aux droits (sociaux, juridiques), d'accès aux soins. Des ateliers collectifs ou individuels de Réduction des Risques et des Dommages alcool y sont organisés

75 CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) accueillent le public soit en ambulatoire, soit en résidentiel (CSAPA avec hébergement). Des interventions sont déployées hors des locaux par le biais de consultations avancées ou d'antennes.

Les CJC (Consultation jeune consommateur) est la ressource dédiée à l'accueil des jeunes entre 12 et 25 ans qui sont confrontés à des problématiques de conduites addictives. L'entourage du jeune est aussi pris en charge dès lors qu'il le souhaite (En Ile-de-France, 40 CJC sont adossées aux CSAPA)

L'offre hospitalière en addictologie est représentée dans ses trois niveaux et est caractérisée par une cinquantaine d'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie), des consultations d'addictologie (parmi lesquelles 49 assurent des consultations de tabacologie et une vingtaine de consultations jeunes rattachées au milieu hospitalier), des unités de sevrage simple, des HDJA (hôpital De Jour en Addictologie), une dizaine d'unités de sevrage complexe, 4 soins de suite et de réadaptation, 5 unités de recherche.

311 Lieux Santé sans tabac recensés en 2019. Un Lieu de Santé sans tabac est un établissement de santé ayant une stratégie de progression dans l'aide aux fumeurs et dans la disparition du tabagisme et au sein duquel on s'abstient de fumer au-delà du simple respect de la législation en vigueur. On y met en œuvre une politique active qui inscrit la prévention et la prise en charge du tabagisme dans le parcours des patients et qui prévoit des mesures spécifiques pour les personnels inscrits dans le Programme National de Lutte contre le tabac (PNLT 2018-2022). De nombreux établissements franciliens sont aujourd'hui engagés dans cette démarche.

520 Espaces Sans Tabac Les Espaces sans tabac dénormalisent le tabagisme afin de changer les attitudes face un comportement néfaste pour la santé. Lancée par la Ligue contre le cancer, la démarche fixe trois objectifs principaux aux communes : protéger les jeunes, encourager l'arrêt du tabac et préserver l'environnement de la pollution des mégots de cigarettes.

Microstructure médicale addictions (MSMA). Ce modèle est actuellement en expérimentation en Ile-de-France. Il est constituée d'une équipe de soins primaires pluridisciplinaires comprenant à minima un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste. L'objectif est d'améliorer le maillage territorial des prises en charge et de l'accès à des soins de proximité pour les patients présentant une situation complexe avec une ou plusieurs conduites addictives. Douze microstructures médicales addictions sont aujourd'hui existantes sur le territoire.

Offre Nutritionnelle en IDF

Offre en Sport Santé en IDF

L'Ile-de-France s'est dotée d'un **Plan Régional Sport Santé Bien-Être 2017-2020 (PRSSBE)**. Le PRSSBE, stratégie conjointe ARS-DRJSCS, se fixe pour objectif de **mobiliser l'ensemble des acteurs de la santé et du sport** en Ile-de-France, afin de promouvoir l'activité physique comme facteur de santé. Y est inclus le dispositif « **Prescri'Forme - l'activité physique sur ordonnance en Ile-de-France** ».

Ce dispositif Prescri'Forme présente trois particularités franciliennes par rapport au cadre législatif :

- La possibilité de prescription est étendue aux médecins de toute spécialité, libéraux et hospitaliers;
- Au-delà des ALD, le dispositif englobe l'obésité et l'hypertension artérielle ;
- Une plate-forme téléphonique régionale.

Le dispositif Prescri'Forme comprend :

- 16 centres de référence-ressources (CRR) agréés par l'ARS et DRJSCS (8 fin 2017, 5 fin 2018 et 3 fin 2019) ;
- 2 centres d'évaluation médicale agréés par les DDARS ;
- 352 lieux de pratiques d'activités physiques « sport sur ordonnance » certifiés par les DDARS et 1 173 lieux de pratique « sport santé » ;
- 341 programmes passerelles dont les 300 ateliers dénommés « Equilibre en mouvement » du groupement prévention retraite d'Ile-de-France, certifiés par les DDARS-ARS ;

Il existe également **58 Maisons Sport Santé (MSS)** en IDF suite aux différents appels à projets nationaux 2019-2020-2021. Ces « Maisons Sport-Santé » sont ouvertes à tous les publics mais plus particulièrement aux personnes souhaitant se mettre à l'activité physique avec un accompagnement à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge et leurs problèmes de santé. Les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) sont là pour faciliter l'orientation des personnes en situation complexe dont cancers. L'expérimentation Art. 59 du Parcours Post cancers est l'occasion pour les Dispositifs d'Accompagnement à la Coordination (DAC) qui la portent d'intégrer à leurs réseaux les dispositifs APA (formation dispensée) pour une bonne orientation des usagers.

2 réseaux régionaux de santé obésité : Adulte (Romdes) et pédiatrique (REPOP) permettant la prise en charge diététique et psychologique via des prestations dérogatoires. Les 2 réseaux sont également financés pour des actions de prévention.

4 Centres spécialisés en obésité : centre, nord, sud, ouest portés chacun par 3 établissements hospitaliers et répondant à la feuille de route Obésité mais encore très axés sur la prise chirurgicale de l'obésité sévère.

Ressources contre le risque hépatites :

L'Île-de-France compte 29 CeGIDD (Centres gratuits d'information de dépistage et des diagnostics des IST) pour 59 sites. Les centres de soins en addictologie (CsAPA, CAARUD) proposent à leurs usagers des dépistages par TROD du VHC, et un accompagnement vers les traitements curatifs spécifiques. Les associations communautaires (telles que SOS Hépatites, AIDES, Afrique Avenir...) proposent également des actions de dépistages (TROD communautaires). Bien sûr, des dépistages effectués par les médecins de ville ou hospitaliers en fonction des facteurs de risque de leurs patients (usage de drogues injectables; origine dans un pays de forte endémicité, pratiques sexuelles à risque) sont aussi effectués.

L'accès au traitement curatif du VHC est facilité par la possibilité de primo-prescription en médecine de ville, avec l'appui éventuel des huit services experts de lutte contre les hépatites virales (formation, cas complexe, co-infection VHC/VIH).

Ressource contre le risque infectieux papillomavirus

La lutte contre le risque papillomavirus repose sur :

- La vaccination : Depuis 2021 celle-ci est recommandée aussi bien les garçons que les filles. L'offre de vaccination repose principalement sur le secteur ambulatoire, libéral et structures publiques. En 2020, 34% des jeunes filles de 15 ans avaient reçu au moins une première dose (sur les 2 doses du schéma complet).
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus qui a intégré les dépistages organisés depuis 2018 pour augmenter la participation à ce dépistage et réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à cet acte de prévention

Les autres cancers en lien avec ce virus ne font pas l'objet d'un dépistage spécifique.

Ressource contre le risque environnemental

Pollution atmosphérique

- La diffusion des messages d'information du public et des professionnels et des consignes de préventions individuelle

Professionnel :

- Le droit du travail prévoit la suppression à la source des facteurs de risque. La prévention relevant de la responsabilité de l'employeur.
- La médecine du travail assure le suivi médical des salariés
- L'assurance maladie est en charge de la réparation.

→ Les dépistages organisés des cancers

Cible 2022 contractualisée dans le CPOM Etat-ARS

- Dépistage du cancer du sein :
 - National : 57,9%
 - Ile-de-France : 52,6%
- Dépistage du cancer colorectal :
 - National : 46,5%
 - Ile-de-France : 42%
- Dépistage du cancer du col de l'utérus :
 - National : 71,9%
 - Ile-de-France : 67,9%

Depuis le 1^{er} mai 2019, la mise en œuvre des 3 programmes de dépistages organisés - cancer colorectal (DOCCR) destinées aux personnes de 50-74 ans tous les 2 ans et reposant sur une recherche de sang dans les selles, cancer du sein (DOCS) destiné aux femmes de 50-74 ans tous les 2 ans reposant sur une mammographie systématiquement relue par un deuxième radiologue expert en cas d'absence d'anomalies détectées en première lecture, cancer du col de l'utérus (DOCCU) destinés aux femmes de 25 à 65 ans selon une fréquence variable de 1 à 5 ans et reposant en fonction de l'âge sur une recherche de cellules anormales ou un test de recherche de papillomavirus,- revient au Centre Régional de Coordination de dépistages des Cancers suite à la régionalisation des structures de gestion des dépistages organisés. Le CRCDC-IDF s'appuie sur 8 sites territoriaux correspondant aux départements franciliens.

Au 31/12/2021 il y avait 368 Centres d'Imagerie Médicale (CIM) agréés pour le dépistage du cancer du sein : 257 dans des centres radiologiques de ville, 43 dans des structures libérales hospitalières, 33 dans des centres de santé et 35 dans des hôpitaux publics. Dans certains départements le délais d'accès est plus long pour une mammographie dans le dépistage organisé à tarif imposé que pour une mammographie en dehors de ce contexte. Le nombre de radiologues relecteurs (ou second lecteurs) est passé de 92 à 97 avec cependant un nombre de vacation de relecture par radiologue qui diminue en lien avec une disponibilité moindre (RA 2021 CRCDC IDF).

En 2021, la région présente une densité de médecins généralistes, tous modes d'exercices confondus, inférieure à la moyenne nationale 111.6/ 100 000 habitants en IDF contre 123.8/100 000 en moyenne nationale. L'écart va de 82/100 000 habitants en Seine et Marne à 105/100 000 dans le Val de Marne si on excepte Paris et les Hauts de Seine. Respectivement à 182/1000 000 et 121/100 000. Paradoxalement alors que la remise de tests dépistage du cancer colorectal repose principalement sur les généralistes, les taux de participation des départements franciliens ne sont pas en lien avec la densité, ainsi Paris a le taux de participation au DO CCR le plus faible de la région.

En Ile-de-France : il a été recensé 4 109 préleveurs libéraux de frottis cervicaux se répartissant de la façon suivante : 1043 gynécologues, 691 sages-femmes et 2375 médecins généralistes. Le taux de médecins généralistes prescrivant/réalisant des prélèvements cervico-utérins seraient de 31%. Du côté des établissements de santé, 493 structures ont été recensées comme réalisant des prélèvements, principalement des centres de santé et des PMI ainsi qu'un certain nombre d'hôpitaux. 287 laboratoires en IDF réalisant des prélèvements cervico-utérins. Si l'on considère non plus le nombre d'effecteurs mais le nombre d'actes réalisés, il apparaît qu'une grande majorité des prélèvements cervico-utérins sont réalisés par des professionnels libéraux (à 78%), au premier rang desquels les gynécologues qui restent les principaux effecteurs de frottis en IDF (81%).

La vigilance porte à la fois sur la disponibilité et l'accessibilité de l'offre et également sur les délais de prise en charge en aval d'un dépistage positif.

→ L'offre de soins et les prises en charge en région

Chez l'adulte, la prise en charge repose sur quelques grands centres ayant une offre en cancérologie diversifiée et un niveau d'activité élevé ainsi que sur un nombre plus important de centres de taille moindre offrant moins de modalités de traitements différentes.

143 structures sont autorisées à l'activité de traitement du cancer comprenant 2 centres de lutte contre le cancer (CLCCC), l'AP-HP sur 19 sites, 28 établissements généraux, 9 ESPIC, 85 établissements privés lucratifs et cabinets de radiothérapie. Les exigences réglementaires qualitatives et quantitatives sont fortes et chaque procédure de renouvellement s'accompagne de retraits ou de caducité d'autorisations (passage de 521 à 422 modalités autorisées entre 2009 et 2020).

Modalités autorisées	Autorisations			Evolution	
	2009	2018	2021	2009-2021	2018-2021
Chir. Digestif	110	96	86	-21%	-10,4%
Chir. Gynéco	63	52	47	-25%	-9,6%
Chir. Sein	89	74	67	-24%	-9,4%
Chir. ORL-MF	52	39	32	-38%	-17,9%
Chir. Thorax	22	19	17	-22%	-10,5%
Chir. Urologique	85	68	64	-24%	-5,8%
Chimiothérapie	93	83	81	-12%	-2,4%
Radiothérapie externe	27	26	26		
Total	541	457	420	-22%	-8%

Au plan départemental, l'offre est inégalement répartie sur la région et prépondérante dans les départements de Paris, des Hauts-de-Seine et du Val de Marne. Le nombre de sites autorisés diminuent afin de garantir la qualité nécessaire au diagnostic et à la prise en charge.

DEPT	Chirurgie												Chimio Chimio thérapie		Radiothérapie externe	
	Mammaire		Digestif		Urologie		Thorax		Gynécologie		ORL		2009	2021	2009	2021
75	24	17	24	15	18	14	6	5	19	14	10	9	19	15	6	6
77	9	6	14	8	10	7	1	1	5	4	4	1	13	10	5	3
78	9	6	13	11	7	5	1	1	9	5	7	4	9	8	2	2
91	11	7	12	8	11	7	2	1	6	4	4	2	10	8	2	2
92	10	9	14	13	10	7	5	5	10	8	9	6	14	13	5	4
93	9	8	14	11	11	8	4	1	6	3	7	5	10	9	3	2
94	9	7	11	12	8	9	-	0	5	4	6	3	11	11	4	4
95	8	7	8	8	8	7	3	3	6	5	5	2	7	7	3	3
Total	89	67	110	86	85	64	22	17	63	47	52	32	93	81	27	26

Les mesures qualitatives nécessaires à la prise en charge sont mises en place avec :

- Le développement de la multidisciplinarité autour de 417 réunions de concertation pluridisciplinaires (**RCP**),
- 58 centres de coordination en cancérologie (**3C**) qui organisent ce dispositif qualitatif. Cependant, le dispositif d'annonce est inégalement mis en place et le programme personnalisé de soins (PPS) est inégalement remis au patient.
- Une bonne dotation en structures de **soins palliatifs** (25 unités de soins palliatifs-USP, 70 équipes mobiles de soins palliatifs-EMSP, 93 établissements disposant de lits identifiés de soins palliatifs-LISP). Le maintien à domicile est facilité par les réseaux et l'hospitalisation à domicile (HAD). Malgré cet équipement, l'accès aux soins palliatifs peut être amélioré, l'intervention des EMSP demeurant tardive et les soins palliatifs à domicile insuffisants.

Au plan diagnostic, le taux d'équipement en imagerie en coupe par IRM autorisés en IdF a fortement augmenté. L'IdF est ainsi au-dessus des recommandations du plan cancer 3 en termes d'équipement (22,1 IRM / million d'habitants). Tous les territoires sont concernés par cette augmentation même si des écarts demeurent.

Début 2022, sur 341 IRM autorisés, 251 sont installés soit 73% du parc autorisé.

IRM	Taux d'équipement par million d'habitants					Nb d'IRM	
	2010	2014	2019	2021	2022		
Région	12,6	16,3	20,9	22,1	27.3	341	
75	23,1	28,5	38,5	38,6	48.6	104	
77	7,2	11,5	14,4	16,9	23.6	34	
78	9,8	11,9	18,2	17,8	23.2	34	
91	9,4	12,5	13,3	15,3	19.8	26	
92	11,9	14,3	18,7	19,7	26.2	43	
93	10,5	13,8	15,7	19	23.8	40	
94	13,1	16	21,9	22,2	25.8	37	
95	9,9	14,8	16,5	18,6	18	23	

Tableau : Equipement IRM par département (données ARHGOS mars 2022).

Concernant les TDM : 319 scanners y compris interventionnels autorisés début 2022, 267 installés. Concernant les scanners interventionnels (-), il y en a 13 en IDF dont 9 dans le 75 (saturation des implantations), 2 dans le 92, 2 dans le 94.

scanner	Taux d'équipement par million d'habitants					Nb scanner	
	2015	2017	2019	2020	2022		
Région	19	19.2	20.1	20.20	25.7	319	
75	29.1	30.6	32.9	34.9	42.1	90	
77	13.5	14.2	15.5	14.75	21.2	31	
78	16.5	17.4	18.8	17.95	19.1	28	
91	13.9	14.7	15.2	14.40	17.5	23	
92	19.1	19.9	19.9	13.63	28	46	
93	15.6	16	17	16.17	22.6	38	
94	18.1	18	17.9	19.20	26.5	38	
95	16.3	16.3	16.9	16.02	19.6	319	

Actuellement, 51 TEP sont autorisés en IdF : 42 sont installés. Les taux d'équipement par million d'habitants pour la région et les différents départements sont les suivants :

TEP	Taux d'équipement par million d'habitants					Nb TEP	
	2010	2014	2019	2021	2022		
Région	2,1	2,7	3,6	3,7	4.1	51	
75	3,6	4,5	5,4	5,6	7	15	
77	1,4	2,2	2,9	2,8	2.8	4	
78	1,4	1,4	2,8	2,7	2.7	4	
91	1,6	1,6	2,3	2,3	3	4	
92	3,1	3,7	3,7	3,7	3.7	6	
93	1,3	2,5	3,8	4,2	4.2	7	
94	1,5	2,2	3,6	3,5	4.2	6	
95	2,5	2,5	3,2	3,7	3.9	5	

Tableau : Equipement TEP par département (données ARHGOS mars 2022).

Le parc augmente mais les modalités d'accès imposent des vigilances en rapport avec :

- Les difficultés RH médicales et MERM
- Les questions d'accessibilité financières limitant l'orientation des patients

La **gradation des prises en charge** est organisée selon les modalités suivantes :

- pour les pathologies les plus rares par l'identification par l'INCa des **centres de tumeurs rares**
- pour l'analyse de la tumeur, trois **plateformes de génétique moléculaire** et la plateforme de séquençage pangénomique SEQOIA

- pour la fluidification des parcours et une prise en charge de proximité, **48 établissements Soins de Suite et Réadaptation et 4 structures d'hospitalisation à domicile**, ayant une reconnaissance au titre d'établissement associé en cancérologie, viennent compléter le dispositif.
- pour la coordination des parcours des patients en situation complexe, la couverture de toute l'Ile-de-France par des **DAC** ou réseaux
- pour améliorer la prise en compte des spécificités liées au vieillissement, cinq unités de coordination en oncogériatrie (**UCOG**) qui déploient leurs actions au niveau territorial.
- Pour l'hématologie, un dispositif de reconnaissances identifiant les sites réalisant les traitements complexes (greffe, aplasies longues) et ceux réalisant des traitements moins lourds.

Suivi des établissements avec des autorisations d'activité soumises à seuil :

L'activité des établissements autorisés augmente sur la période 2013 – 2019 : chimiothérapie +11%, radiothérapie +15%, et pour les différentes modalités chirurgicales hormis pour les chirurgies ORL-Maxillo faciale et digestives (diminutions notamment liées au développement de la chirurgie mini-invasive et des alternatives à la chirurgie non comptabilisées dans la méthode de calcul).

	2013	2015	2017	2019	Evol 2013/2019	2020	2021	Evol 2019/2021
Chirurgie - Sein	14 218	14 318	14 886	14 763	3,8%	13 738	15161	2,6%
Chirurgie - Digestif	10 488	10 654	11 026	10 408	-0,8%	9 270	10243	-1,5%
Chirurgie - Urologie	6 898	7 262	7 426	7 294	5,7%	6 603	7126	-2,3%
Chirurgie - Gynéco	3 538	3 798	4 220	4 012	13,4%	3 849	4117	2,6%
Chirurgie - ORL-MF	4 334	4 369	4 014	3 985	-10,5%	3 487	3778	-5,1%
Chirurgie - Thorax	4 422	4 477	4 405	4 528	2,4%	4 045	3999	-10,6%
Chimiothérapie	51 856	54 145	55 542	57 506	10,9%	58 391	59644	3,7%
Radiothérapie	30 551	33 158	34 112	35 785	14,7%	35 483	*	

Tableau : Suivi de l'activité de traitement du cancer des établissements (mesurée selon la méthode INCa, nombre de séjours pour les différentes modalités chirurgicales et nombre de patients pour la chimiothérapie et la radiothérapie externe). *donnée en attente

Concernant la période plus récente 2020-2021 couvrant les différentes vagues d'infection à SarsCov2, les différentes activités et notamment la chirurgie d'exérèse des cancers ont été fortement impactées en vague 1 (mars 2020). Cette diminution d'activité a été partiellement rattrapée. Lors des vagues suivantes, les capacités diagnostiques et thérapeutiques relatives à la cancérologie ont été sanctuarisées lors des phases de déprogrammation. Cependant, les filières de prise en charge souffrent du manque de personnel et des tensions exacerbées par la crise sanitaire.

Concernant la chirurgie d'exérèse des cancers par rapport à 2019 :

- **Baisse d'activité sur 2020 de 10% en IdF** (-6% au niveau national).
- **Baisse d'activité sur 2021 de 2% en IdF** (-1% au plan national).

Pour les autres modalités, l'activité francilienne a été plus stable. Par rapport à 2019 :

- -0,5% en 2020 en chimiothérapie en séances avec une augmentation d'activité en HAD (+15%). Activité 2021 équivalente à 2019 en séances
- -1% en radiothérapie en 2020 (données en attente pour 2021)

A noter qu'habituellement, l'activité augmente de 1 à 2% par an en rapport notamment avec le vieillissement de la population, le cancer étant une pathologie du sujet âgé.

En pédiatrie, l'organisation de la prise en charge a profondément évolué au travers des deux plans cancer précédents pour aboutir à une bonne structuration :

- **4 centres de référence**, des services de chirurgie spécialisée et des hôpitaux généraux au titre d'établissements associés. Les prises en charge peuvent être relayées en SSR d'hémato-cancérologie et en HAD. Cette organisation garantit un accès à l'expertise tout en permettant une prise en charge de proximité lors de certaines étapes du traitement.
- Cette organisation graduée en Ile-de-France s'appuie sur les actions de coordination et de formation des acteurs à domicile du **réseau de cancérologie pédiatrique RIFHOP** qui couvre toute la région.
- La synergie entre les différents acteurs est renforcée depuis la création de **l'organisation interrégionale en oncopédiatrie de coordination inter-hospitalière CANPEDIF**.
- Des unités adolescents-jeunes adultes ont été identifiées
- Un hébergement temporaire est proposé à l'enfant malade, ses parents et sa fratrie, dans les situations de précarité
- 2 CLIP sont labellisés pour la pédiatrie

→ Les ressources humaines en santé

La France compte 204 000 médecins en exercice en 2021, dont près de 44 000, soit 21,5%, exercent en Ile-de-France. (Densité de 354,5 contre 300,9 pour 100 000 habitant·es en IdF). Paris concentre 39% des effectifs ; les Hauts de Seine, La Seine-Saint-Denis et le Val de Marne en concentrent plus de 10% ; et les autres départements concentrent moins de 10% des effectifs. Le département le moins bien doté est la Seine et Marne avec seulement 5,5% des médecins d'Ile-de-France qui y exercent (densité à Paris de 807 médecins pour 100 000 habitant·es à 167 pour la Seine-et-Marne et 181 pour l'Essonne).

Les effectifs de médecins augmentent plus en Ile-de-France qu'en France entière entre 2011 et 2021, à 8% contre 7%. Cette évolution est cependant très différente selon les départements : tandis que le Val de Marne voit ses effectifs de médecins augmenter de 22,5% sur la période, le Val d'Oise connaît une augmentation de 1% seulement et les Hauts-de-Seine de 5%. La Seine et Marne, les Yvelines et l'Essonne enregistrent une diminution de leurs effectifs, à respectivement -8,5%, -9,3% et -9,8%.

L'augmentation des effectifs observée en Ile-de-France est donc concentrée dans quelques départements, notamment Paris, la Seine-Saint-Denis et le Val de Marne, et concerne principalement les salarié·es. Celle-ci augmente de 24,7% sur 2011-2021, tandis que les effectifs de libérales·aux et mixtes diminuent respectivement de 3,5% et 4,5%.

Professions en rapport avec la cancérologie

L'Ile-de-France concentre 28% des effectifs de spécialistes en cancérologie comparativement aux effectifs France entière. La part des effectifs franciliens sur les effectifs nationaux varie néanmoins selon les spécialités : **l'Ile-de-France concentre 21,5% des effectifs de radiothérapeutes en exercice en 2021, 27% des anatomopathologistes, 29,5% des hématologues et 31% des oncologues.**

Tableau 1 : Répartition par lieu d'exercice et par spécialité des spécialistes en cancérologie en 2021

	ACP*		Hématologie		Oncologie		Radiothérapie		Total	
	Effectifs	Ratio	Effectifs	Ratio	Effectifs	Ratio	Effectifs	Ratio	Effectifs	Ratio IDF
France entière	1 592	100%	906	100%	1 341	100%	966	100%	4 805	100%
IDF	429	26,9%	267	29,5%	420	31,3%	208	21,5%	1 324	27,6%

Source : RPPS. *ACP : anatomo-cytopathologie

La densité des spécialistes en cancérologie en Ile-de-France est supérieure à la densité observée en France entière, avec près de 11 spécialistes pour 100 000 habitant·es contre 7 au national.

Cette densité supérieure en Ile-de-France s'observe dans toutes les spécialités liées à la cancérologie, et notamment en ACP et oncologie, dont la densité est supérieure de plus d'un·e spécialistes en Ile-de-France.

Tableau 2 : Densité de chaque spécialité liée à la cancérologie selon le lieu d'exercice

	ACP	Hématologie	Oncologie	Radiothérapie	Total
France entière	2,3	1,3	2,0	1,4	7,1
	3,5	2,2	3,4	1,7	10,7
75 - Paris	10,0	6,6	8,1	4,5	29,3
77 - Seine et Marne	0,8	0,4	0,9	0,4	2,6
78 - Yvelines	1,0	0,9	1,0	0,0	2,9
91 - Essonne	1,0	0,5	1,0	0,1	2,6
92 - Hauts de seine	3,0	0,8	2,9	1,9	8,5
93 - Seine st Denis	1,4	1,1	0,9	0,5	3,8
94 - Val de Marne	5,5	3,8	8,6	3,8	21,8
95 - Val d'Oise	1,9	1,0	1,6	0,9	5,4

Source : RPPS

La majorité des spécialistes en cancérologie ont un exercice salarié : 71% des spécialistes en France entière et 78% des spécialistes en Ile-de-France. Pour les anatomopathologistes, 72% d'entre elles-eux sont salarié-es en Ile-de-France, contre 60% en France entière, et les hématologues, à 97% salarié-es en Ile-de-France contre 93% en France.

Tableau 3 : Répartition des spécialistes en cancérologie par mode d'exercice en 2021

	ACP		Hématologie		Oncologie		Radiothérapie		Total	
	Libéral / mixte	Salarié exclusif	Libéral / mixte	Salarié exclusif	Libéral / mixte	Salarié exclusif	Libéral / mixte	Salarié exclusif	Libéral / mixte	Salarié exclusif
France entière	39,8%	60,2%	6,7%	93,3%	16,0%	84,0%	48,7%	51,3%	28,7%	71,3%
IDF	28,2%	71,8%	3,4%	96,6%	15,2%	84,8%	47,6%	52,4%	22,1%	77,9%

Source : RPPS

Au global, les femmes représentent 56% des spécialistes en cancérologie en France et 58% en Ile-de-France. Elles sont majoritaires dans chaque spécialité observée, à l'exception de la radiothérapie, où elles représentent 43% des effectifs en France et 47% en Ile-de-France. Elles sont légèrement sous-représentées en Ile-de-France en oncologie, puisqu'elles représentent 54% des effectifs de spécialistes dans la région, contre 57% au national.

Tableau 4 : Taux de féminisation des spécialités liées à la cancérologie selon le lieu d'exercice

	ACP	Hématologie	Oncologie	Radiothérapie	Total
France entière	63%	56%	57%	43%	56%
IDF	67%	60%	54%	47%	58%

Source : RPPS

Les effectifs de spécialistes en cancérologie ont augmenté de 43% en France entière et 55% en Ile-de-France entre 2011 et 2021.

Tableau 5 : Evolution des effectifs de spécialistes en cancérologie entre 2011 et 2021

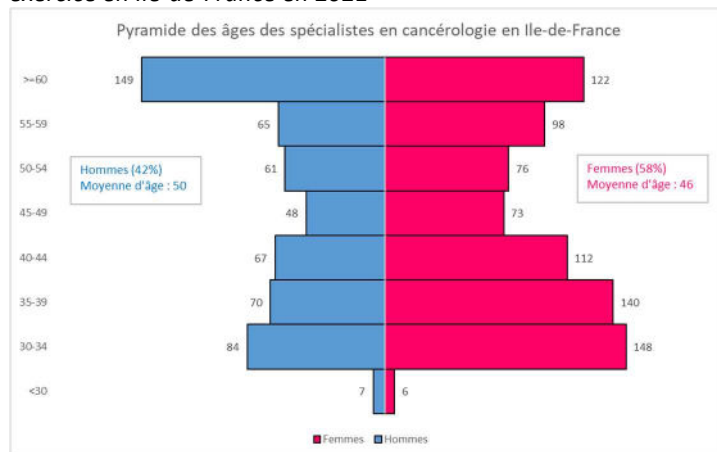
	ACP	Hématologie	Oncologie	Radiothérapie	Total
France entière	8,8%	114,7%	84,0%	29,7%	43,0%
IDF	19,5%	128,2%	91,8%	30,0%	54,9%

Source : RPPS

Le nombre d'oncologues augmente de 84% en France et 92% en Ile-de-France sur 2011-2021. L'augmentation observée en radiothérapie et en ACP est moindre sur la période

Caractéristiques d'âge

Figure 1 : Pyramide des âges des spécialistes en cancérologie en exercice en Ile-de-France en 2021



Source : RPPS

La pyramide des âges observée sur les médecins des spécialités liées à la cancérologie en exercice en Ile-de-France en 2022 présente la même distribution que celle en France entière, distribution en sablier, avec une part comparable de médecins dans les tranches d'âges élevées et basses, et une baisse des effectifs sur les classes d'âge moyenne. La part des moins de 35 ans en Ile-de-France est de 20,4% contre 18,5% en France, et celle des 55 ans et plus est de 30,6% contre 32,7% en France. Le renouvellement des effectifs est donc moindre dans la région qu'au national, mais la perte prévisionnelle d'effectifs liée aux départs en retraite est également légèrement moins importante.

Vacances de postes

Le taux de vacance des postes de PH des spécialités en cancérologie est de 26% en Ile-de-France en 2022. Il est de 23% sur les postes à temps plein et 48% sur les postes à temps partiel. Il est de 18,5% dans les établissements de l'APHP, tous types de postes confondus, et 34% dans les établissements hors APHP.

Ce taux est de 12% pour l'hématologie, 27% pour l'ACP, 33% pour l'oncologie et 44% pour la radiothérapie. Le taux de vacance des postes par spécialité est systématiquement supérieur dans les établissements hors APHP, à l'exception des postes de PH en hématologie, vacants à 14% à l'APHP et à 9% hors APHP.

Tableau 6 : Taux de vacance des postes de PH en Ile-de-France en 2022 selon la spécialité

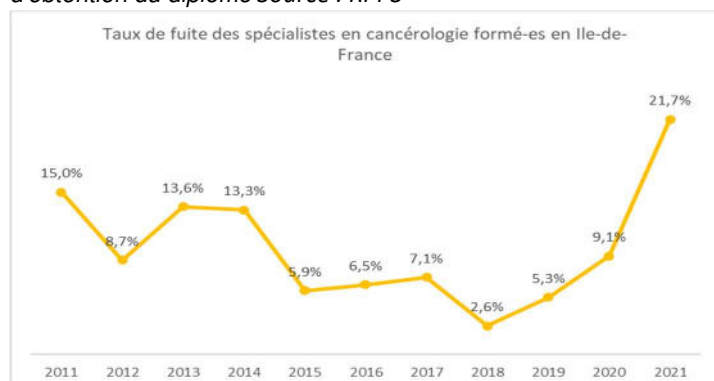
Spécialité	Lieu	PH temps plein	PH temps partiel	TOTAL	TOTAL GLOBAL
		Taux de vacance	Taux de vacance	Taux de vacance	
ACP	APHP	16,1%	30,8%	18,8%	27,3%
	Périphérie	29,4%	66,7%	36,5%	
Hématologie	APHP	14,8%	0,0%	14,3%	12,0%
	Périphérie	9,3%	0,0%	9,1%	
Oncologie	APHP	16,2%	0,0%	14,6%	33,0%
	Périphérie	44,2%	75,0%	46,4%	
Radiothérapie	APHP	30,8%	60,0%	38,9%	44,1%
	Périphérie	38,5%	100,0%	50,0%	
TOTAL REGION		23,2%	47,7%	26,2%	26,2%

Source : SIGMED. Sous le terme « Périphérie », sont regroupés les établissements autres que l'APHP

Une partie de ces postes, et notamment à l'APHP, sont pourvus par des contractuels.

Taux de fuite

Figure 2 : Taux de fuite des médecins formé-es dans une des spécialités liées à la cancérologie en Ile-de-France selon l'année d'obtention du diplôme Source : RPPS



Le taux de fuite d'Ile-de-France des spécialistes en cancérologie augmente avec l'ancienneté du diplôme : plus de 10% des diplômé-es chaque année depuis 2015 ont quitté la région, tandis que c'est 15% des spécialistes ayant obtenu leur diplôme avant 2015 qui sont partis. L'année 2021 fait figure d'exception, puisque le taux de fuite est supérieur à 20% pour les diplômé-es de cette année-là.

Effectifs en formation

Les postes ouverts à la formation des internes et CCA sont pourvus.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anatomocytopathologie												
Postes ouverts IdF	10	12	12	12	12	12	10	9	9	8	8	8
Postes ouverts France	53	61	63	68	66	71	60	57	60	59	59	59
Hématologie												
Postes ouverts IdF	7	7	7	7	9	10	9	8	8	8	8	8
Postes ouverts France	39	41	47	48	45	53	43	44	44	43	43	45
Oncologie - radiothérapie												
Postes ouverts IdF	10	25	25	25	25	27	24	23	23	22	22	22
Postes ouverts France	92	116	126	125	132	138	123	118	120	118	118	121

Tableau 6 : Postes ouverts aux ECN

Points d'alerte

L'IdF, région favorisée sur de nombreux points, rencontre de grandes difficultés sur le champ des ressources humaines en santé.

Concernant les personnels non médicaux, il est noté une vacance de postes pour manipulateurs en électroradiologie (MERM) en imagerie et a fortiori en radiothérapie externe où elle peut atteindre 20 à 30% des effectifs sur certains sites.

Pour les IDE, les tensions sont fortes en oncologie, les taux de vacance pouvant atteindre 20% la journée et 30% la nuit dans certains établissements.

Les progrès thérapeutiques et les évolutions de prise en charge engagent des mutations dans l'exercice professionnel et l'apparition de nouveaux métiers : à titre d'exemple, la pratique avancée pour le suivi des parcours ville-hôpital et des pathologies chroniques, la délégation de tâches pour des actes variés (pose de port-a-cath, macroscopie...), l'élargissement des missions des conseillers en génétique, bio-informaticiens.

Au plan médical, concernant les « métiers du cancer », l'IdF apparaît mieux dotée que la France métropolitaine. Cependant, les tensions sont fortement ressenties dans la fonction publique et pour certaines disciplines

notamment l'ACP dans les hôpitaux généraux. Les tensions s'accroissent quand on s'éloigne du centre de la région pour les effectifs d'hématologie, oncologie et radiothérapie dans les établissements publics.

Plus largement, les activités diagnostiques et thérapeutiques souffrent des tensions globales sur la plupart des disciplines : déficit de radiologues et anesthésistes notamment dans les établissements publics et ESPIC, les spécialistes d'organe ayant une activité de suivi et de diagnostic (exemple de la gynécologie médicale) et ceux ayant une qualification en cancérologie qui assurent près de 30% des prises en charge oncologiques.

2. ENJEUX

A. Bilans des précédents Plans cancer

→ Au plan national

L'évaluation nationale conjointe IGAS/IGESR (Inspection générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche) du plan cancer 3 a conclu à des avancées majeures dans un grand nombre de domaines dans la continuité des 2 précédents plans.

Evaluation nationale		
Niveau d'atteinte	Niveau IDF	Commentaires
« Succès »		
Développement recherche (organisation, programmes) y compris en pédiatrie, et des stratégies innovantes	+++	Développement recherche (organisation, programmes, lieux de recherche, autorisations de GCS)
Amélioration de la survie sauf pour les cancers d'évolution très péjorative. Amélioration des données d'observation	+/-	Observation (ORS, SPF), Tableaux de bord régionaux d'activité. (IdF non dotée de registre des cancers chez l'adulte.)
Plan national de réduction du tabagisme	+++	Plan d'action tabac régional en place
Déploiement médecine de précision	+/-	Génomique en cours de déploiement
Augmentation activité dispositif oncogénétique	+/-	Dispositif oncogénétique en tension
Bascule chirurgie ambulatoire	+++	Cibles nationales pour le cancers du sein atteintes
Nouvelles techniques radiothérapie	+++	Techniques les plus récentes accessibles en région
Qualité de la prise en charge	++	Conciliation médicamenteuse
Droit à l'oubli		Communication nationale
Progression préservation fertilité	++	Plateforme de préservation de la fertilité en place
Structuration de l'offre / recours / cancers rares	+	En place. Améliorer la visibilité des RCP
Prise en charge en pédiatrie	+++	Organisation structurée, graduée et bien coordonnée
Prise en charge des adolescents jeunes adultes	+	Mise en place cellule ressource régionale non finalisée
Rôle de coordination des RRC	+	Montée en charge d'ONCORIF. Hétérogénéité de l'organisation des 3C. Absence de mise en œuvre du DCC
« Pas à la hauteur »		
Coordination INCa-Cancéropôle	+/-	Synergie cancéropôle – GIRCI – ONCORIF à développer
Nutrition et activité physique	+	Accès activité physique adapté
Vaccination HPV	-	Couverture insuffisante
Dépistages organisés loin des objectifs pour cancer du sein	+/-	Expérimentation de la dématérialisation du DOCS. Coexistence d'une offre non organisée
Dépistages organisés : échec pour cancer colo-rectal.	-	Taux de participation insuffisant
Expérimentation du dépistage DOCCU, diffusion 2020	++	Expérimentation du dépistage DOCCU. Généralisation en cours de déploiement depuis 2020
Accès aux soins de support / parcours complexes	+/-	Accès aux soins de support. A développer en ville
Enjeux de Soins palliatifs et de fin de vie absents du plan	++	Bonne couverture du territoire en dispositifs de soins palliatifs. Poursuivre mise en œuvre au domicile et leur introduction plus précoce
Prise en compte des séquelles et remise du programme personnalisé après cancer (PPAC)	-	PPAC non déployé en IdF
Coordination de parcours (IDEC)	+	IDEC essentiellement intrahospitalières. Déploiement des DAC. Région expérimentatrice sur dispositif d'infirmier de pratique avancée
Suivi à long terme	-	non pérenne
Cancer et environnement	-	Pas de projet spécifique antérieur
Maintien et retour dans l'emploi	-	Pas de projet spécifique antérieur
Réduction des inégalités	-	Difficulté accès à avis et évaluation gériatrique
« Régression »		
Lutte contre l' alcool (assouplissement loi Evin)	-	Programme national en attente
Prévention des expositions professionnelles	-	Pas de projet spécifique antérieur
Modalités de financement de la radiothérapie externe		Compétence nationale
Détérioration des délais d' accès à l'IRM	+/-	Augmentation importante du taux d'équipement IRM Pas de mesure des délais
Accessibilité aux médicaments et actes innovants (processus d'AMM)		Compétence nationale
Gouvernance : pilotage interministériel insuffisant, interaction entre niveau national et régional insuffisant	+	Mise en place de séminaires pluri-annuels inter-ARS - INCa

→ Mise en œuvre en IDF

Des efforts soutenus, une exigence de continuité

Au cours des deux décennies passées, les 3 plans cancers ont permis un soutien majeur sur l'ensemble des champs : de la recherche, de la prévention et de la prise en charge. Le dernier plan a plus particulièrement orienté les actions vers les enjeux de prévention, la mise en œuvre du plan tabac étant une illustration.

Cependant, si la dynamique enclenchée répond à un grand nombre d'attentes s'agissant des actions portées, il convient de rappeler une situation francilienne qui demeure contrastée dans la réalité de sa mise en œuvre quel que soit le champ concerné :

- Les actions de prévention
- Les programmes de dépistages organisés
- L'entrée dans la prise en charge
- Dispositif qualité dans les Etablissements de Santé
- La prise en compte des spécificités dans les organisations
- Qualité, fluidité, coordination des parcours
- Qualité de vie, fin de vie, après cancer
- Recherche, Innovation, Observation

Les actions de prévention

La situation francilienne est globalement favorable vis-à-vis des principaux facteurs de risque avec une prévalence du tabagisme, de la consommation d'alcool et de la surcharge pondérale inférieure à la moyenne nationale mais :

Tabac - Si la prévalence contre le tabagisme est inférieure en IDF par rapport au territoire national, il a été constaté un **arrêt de la diminution du tabagisme en 2020 (non uniquement lié au Covid)** et les **inégalités sociales** se creusent pour la première fois depuis 2016 sur le tabagisme. Cela peut être mis en lien avec des **carences de prévention constatées en milieu professionnel et principalement dans le secteur primaire et secondaire**. Une rechute importante existe chez les fumeurs et le manque de recul sur la cigarette électronique représente un frein à sa promotion. En revanche le **marketing social** et les **Traitements Nicotiniques de Substitution** ont montré leur efficacité.

Alcool - Le risque alcool souffre de l'absence d'un plan national de lutte qui est attendu au cours de la présente Stratégie de lutte contre les cancers. En Ile-de-France, **l'alcoolisation hebdomadaire** est en diminution depuis 2005 mais concerne encore **35% des franciliens** en 2017 et **6% des franciliens consomment de l'alcool quotidiennement**. De plus, le nombre **d'alcoolisation ponctuelle importante concerne en 2017 15%** des franciliens. Cette proportion augmente depuis 2005 chez **les jeunes diplômés** et encore plus chez les hommes

La prévalence de l'excès de poids est globalement stable dans le temps et ne diffère pas significativement entre l'IDF et le reste du territoire mais **l'inégalité sociale en matière de surcharge pondérale est particulièrement** marquée et la situation est donc hétérogène sur le territoire. De plus l'excès de poids concerne **plus particulièrement les femmes défavorisées et les jeunes adolescents**, ces derniers le cumulent avec la sédentarité

Activité Physique (AP) et activité physique Adaptée (APA) - Les dispositifs « Maisons sport Santé » et « Prescri'Forme » ne sont pas suffisamment connus et utilisés. Cependant au-delà de la prescription et de la réalisation du bilan et des recommandations adéquates, le maintien de l'activité physique est un vrai enjeu. L'accès à une pratique collective plus motivante peut être freinée par la nécessité d'adhésion et de cotisation annuelle à un club.

Sante environnement

La lutte contre les cancers environnementaux et professionnels reste insuffisante à ce stade, cela a justifié son entrée dans la stratégie de lutte contre les cancers 2021-2030.

L'agence a soutenu le Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle, qui travaille notamment sur les axes suivants :

- La compréhension des risques environnementaux associés aux pollutions industrielles, notamment à travers l'étude de cas d'une usine de broyage d'amiante située à Aulnay-sous-Bois (CMMP), à l'origine de plusieurs dizaines de cas de mésothéliomes environnementaux (Financement principal : PICRI Région Île-de-France 2019).
- Le soutien à une recherche interventionnelle exploratoire visant à mieux comprendre le rapport au travail et aux expositions professionnelles de jeunes apprentis en filière coiffure et automobile (financement principal : RISP 2018, INCa)
- Le soutien à une recherche visant à mieux comprendre le rapport au travail et aux expositions professionnelles de jeunes apprentis situés dans trois CFA d'Ile-de-France et dans sept filières métiers : plomberie, électricité, mécanique, carrosserie, esthétique, coiffure et agriculture (financement principal : RISP 2021, INCa). Ce projet vise à concevoir un kit national de prévention à destination des apprentis. Ces travaux méritent d'être soutenus de manière plus ample de manière à favoriser le portage et la diffusion à venir du kit, ainsi que les liens avec les acteurs professionnels qui pourront le déployer.

L'appropriation des recommandations AirParif et le risque d'exposition en milieu scolaire font aussi partie des leviers à activer par l'agence pour un environnement plus sain.

Facteurs de risque infectieux

La vaccination VHB est devenue obligatoire depuis 2018 et s'applique aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018. La couverture vaccinale fait l'objet d'un suivi annuel. En IDF les taux sont de 99% en première dose et de 88% pour le schéma complet à 3 doses. En parallèle, le dépistage et le traitement des personnes arrivant sur le territoire doit être proposé systématiquement.

L'autorisation récente des TROD VHB devrait se traduire par une augmentation des découvertes de portages chroniques du VHB, et des hépatites chroniques, particulièrement chez des personnes issues de zone d'endémie élevée, et non vaccinées.

La vaccination HPV est disponible depuis 2006 mais la dynamique de vaccination a rencontré une controverse dans les années 2010 et s'est alors arrêtée et inversée. En Ile de France le taux de couverture est faible. L'action 1.2 du plan cancer 2014-2019: « Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées » n'a pas permis à ce jour d'atteindre les objectifs de couverture vaccinale de 85%. Les données de couverture vaccinales indiquent que les départements les moins favorisés sont les moins bien couverts. Les freins d'origine financière mais aussi sociale et de littératie doivent être pris en compte pour améliorer cette couverture. Depuis 2021 la vaccination est recommandée également pour tous les garçons. Les actions en faveur de cette vaccination doivent être relancées. Selon une étude australienne, une ample couverture vaccinale contre les HPV combinée à une forte participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, et à des traitements appropriés, peut permettre l'élimination du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique¹³

¹³<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers#toc-quel-lien-entre-hpv-et-cancer->

Programmes de dépistages organisés

La région Ile de France affiche les taux de participation les plus faibles de France métropolitaine mais la région n'est cependant pas homogène d'un département à l'autre ni à l'intérieur d'un même département ou d'une commune. La pandémie Covid a entravé l'action du CRCDC à peine régionalisé

Concernant le cancer du sein, le taux de participation francilien standardisé était de **36.3%** en 2019-2020, avec un minimum de 28.6% à Paris et un maximum de 45.1% en Seine-et-Marne (France entière = 45.6%). En 2016-2017, la part des franciliennes ayant réalisé un dépistage avait été estimée à **67.8%** en 2016-2017¹⁴. Si on ajoutait les données de mammographies réalisées hors DO dont on estime qu'une grande partie est réalisée en dehors de tout signe d'appel, correspondant de facto à un dépistage. La réalisation de mammographies de dépistage hors programme organisé est une particularité principalement francilienne qui rend difficile l'interprétation des chiffres de participation au DO CS et qui ne permet pas l'évaluation de cette partie des dépistages.

Depuis 2019, les mammographies sont toutes faites au format numérique puis imprimées sur film pour être envoyées au site territorial du lieu de résidence de la patiente. Elles sont relues par un radiologue expert puis renvoyées au CIM ou à la patiente directement. Une expérimentation de dématérialisation de cette deuxième lecture (transfert des images et leur interprétation par voie électronique vers les CRCDC territoriaux) avait été menée en 2016-2017 dans 4 régions dont l'IDF dans 3 de ses départements.

Dans son rapport « La dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique : bilan des expérimentations et perspectives » paru en mars 2022¹⁵, l'INCA reconnaît l'intérêt de la dématérialisation mais pointe aussi des difficultés. Il annonce de nouvelles expérimentations incluant notamment le recours à l'Intelligence Artificielle (IA) et/ou autres évolutions (tomosynthèse), selon différentes combinaisons dont les résultats sont attendus à une échéance de 5 ans. Le modèle actuel de L2 centralisée pourrait également être remis en cause à l'issue de ces expérimentations. En Ile-de-France la seconde lecture contribue selon les départements à la détection de 2.5% à 10.3% des cancers dépistés par le programme et permet ainsi de garantir une offre de qualité homogène, et gratuite, sur tout le territoire. La mise en œuvre de la dématérialisation en IDF permettrait d'anticiper la défaillance des négatoscopes nécessaires aux sessions de relecture, les plus vieux remontant à 2003 (Essonnes et Val d'Oise), d'expérimenter des modèles mutualisés de L2 entre départements et devrait faciliter le recrutement de jeunes radiologues. Des mesures dérogatoires permettant une dématérialisation restreinte devraient être accordées au cas par cas par la DGS selon des critères en attente de publication par l'INCA.

Concernant le cancer colorectal, l'arrivée en 2015 d'un test immunologique plus simple et de meilleure performance a permis d'augmenter le taux de participation, mais pas dans les proportions espérées. Le taux de participation standardisé 2020-2021 est de 31.6%

Le délai d'accès à la coloscopie est en augmentation sur les années 2018 à 2020 (Rapport d'activité du CRCDC-IdF 2020), et pose la question du parcours de soins. La mise à disposition de la plateforme <https://monkit.depistage-colorectal.fr/#/accueil> au 1^{ER} mars 2022 et l'entrée des pharmaciens dans le dispositif de délivrance des tests dont l'arrêté est paru le 7 avril 2022 devraient favoriser la participation en facilitant l'obtention du kit de dépistage.

Concernant le cancer du col de l'utérus, L'originalité pour ce dépistage est d'être un dépistage de rattrapage n'invitant que les femmes non à jour de leur prévention mais devant assurer le suivi de tous les dépistages réalisés, spontanément ou suite à une invitation de rattrapage. Les premières invitations n'ont réellement débuté qu'au deuxième semestre 2020. Le taux de participation francilien 2018-2020, qui intègre les tests réalisés spontanément et ceux effectués après invitation du CRCDC IDF est de **51.2%**, avec un maximum à Paris de

¹⁴ Tableaux de bord ARS-Efect <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/11044/download?inline>

¹⁵ « Dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique: Bilan des expérimentations et perspectives » <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>).

56.5% et un minimum en Seine-Saint-Denis de 43%. (Cible 85%). La montée en charge pour l'invitation de l'ensemble de la population cible francilienne pour la première campagne de rattrapage s'achèvera en 2022.

Ce dépistage se heurte à de grandes difficultés de récupération des résultats des tests nécessaires au travail de suivi permettant notamment l'évaluation de l'efficacité du programme. La communication systématique des résultats des anatomo-cytopathologistes n'est pas en place ou à la marge. La mise à disposition d'une plateforme nationale de résultats des tests annoncée par l'INCA est une attente forte d'autant que cette annonce a freiné les collaborations directes CRCDC-IDF / Laboratoires d'analyses médicale et d'anatomo-cytopathologie. A défaut, le programme ne peut atteindre l'ensemble de ces objectifs.

L'amélioration de la participation aux dépistages pour atteindre les taux minimaux nécessaires à un résultat en terme de santé publique, justifiant la dépense publique, est un enjeu majeur pour la prévention. La réduction des inégalités socio territoriales de santé d'accès à cette prévention fait partie des missions des CRCDC dans leur mise en œuvre des programmes

L'achèvement de la mise en place d'une base de données régionale des 3 dépistages attendue fin 2022, facilitera le suivi des dépistés, notamment en cas de changement de département, l'évaluation régionale des programmes et donc la planification des actions.

Les programmes de dépistages visent à universaliser le recours à la prévention, les CRCDC ont bien intégré les actions d'aller vers les populations vulnérables en QPV et récemment une référente régionale pour les populations en situation de handicap a été formée. Cependant d'autres populations comme les travailleurs indépendants et certaines tranches d'âge de la population méritent elles aussi une attention particulière. Et, certaines zones restent difficiles à mobiliser par absence de relais disponibles tant au niveau des professionnels que des associations¹⁶.

L'entrée dans la prise en charge

IRM, TEP : Les taux d'équipement ont fortement augmenté. Cependant, cette augmentation se heurte aux tensions démographiques médicales et non médicales que les dispositifs existants par ailleurs, la télé santé à titre d'exemple, ne parviennent pas à régler.

Une analyse des besoins caractérisée par le suivi des délais de RDV et de l'accessibilité financière (reste à charge) serait précieuse dans la réponse aux problématiques d'accès au diagnostic et la prise en compte des inégalités.

Diagnostic en circuit court : La mise en place de ces circuits facilite l'orientation du patient vers des dispositifs spécialisés. Ils garantissent un bilan initial et l'accès à la RCP dans des délais courts en 8-10 jours. Ces dispositifs, essentiellement développés en sénologie, ont vocation à diffuser. Une attention particulière sera portée au délai d'accès à la chirurgie dans la suite de ces dispositifs.

Génomique : L'accès aux test est organisé vers les plateformes INCa et France génomique (Sequoia). Les articulations sont en cours de construction entre les acteurs de l'anatomo-cyto-pathologie et de la génomique. Les RCP moléculaires montent en charge. Avec les évolutions des indications des tests, les consultations d'oncogénétiques, labellisées par l'INCa, peinent à absorber la croissance d'activité. Des circuits courts ont été mis en place pour les indications théranostiques (recherche de mutations somatiques dans les tumeurs).

Préservation de la fertilité : la plateforme régionale est en place garantissant une offre toute l'année.

¹⁶ Ref Les cahiers de la LCD, lutte contre les discriminations, N°12, dec. 2020. De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé. Zoe Vaillant, Julia Bardès, Stéphane Rican

Dispositif qualité dans les Etablissements de Santé

Le dispositif qualité est déployé. Les RCP sont généralisées et leurs chartes de fonctionnement en cours de mise à jour au regard de la publication de cadres récents.

Cependant :

Le dispositif d'annonce est fragilisé dans le contexte démographique actuel. Il demeure essentiel notamment pour l'identification des fragilités qu'elles soient sociales, psychologiques ou liées à l'âge et leur prise en compte.

Le PPS (programme personnalisé de soins) n'est pas systématiquement remis au patient.

Les 3C (centres de coordination en cancérologie). Leur fonctionnement sont hétérogènes. Ce dispositif sera évalué à l'aune de la publication des prochaines recommandations de l'INCa.

Le DCC (dossier communicant de cancérologie), dont la mise en œuvre en IdF est fortement retardée, demeure un objectif à court terme. Il a pour objet l'élaboration et le partage de la RCP, du PPS et PPAC. Un outil a été développé en Ile-de-France mais son déploiement est compromis en raison de sa performance et de son ergonomie. La stratégie de déploiement du DCC est donc en cours de redéfinition en lien avec ONCORIF, SESAN et les acteurs concernés.

Les activités autorisées - Le dispositif découlant des décrets d'autorisation d'activité de traitement du cancer n'a pas permis de consolider l'offre dans les territoires. Malgré la diminution du nombre d'autorisations d'activité et l'organisation de la prise en charge sur moins de sites, de nombreuses fragilités demeurent. Ainsi, ce sont en 2021 plus de 51 sites (12% des autorisations) qui avaient un niveau d'activité inférieur au seuil pour les activités de chirurgie soumise à seuil (sénologie 16 autorisations, thoracique 1, urologie 11, digestif 10, gynécologie 7, ORL 6). Ce niveau de fragilité est comparable aux années précédentes. Le centre de la région (Dpt 75, 92 et 94) demeure toujours aussi attractif et les écarts n'ont pas été réduits.

Les enjeux de démographie sont là aussi un facteur d'explication prédominant. En tout état de cause, l'enjeu demeure de parvenir à équilibrer l'offre entre les territoires.

Des évolutions sont d'ores et déjà attendues avec la réforme des autorisations concernant notamment l'organisation de la radiologie interventionnelle, l'identification des prises en charge chirurgicales complexes et l'accès à la reconstruction après chirurgie.

La chirurgie ambulatoire est développée pour les mastectomies partielles et la plupart des sites autorisés dépassent l'objectif inscrit dans le plan cancer 3 de 50% des séjours en ambulatoire.

Pour les autres chirurgies, ce mode de prise en charge demeure confidentiel.

La prise en compte des spécificités dans les organisations

En hématologie, l'offre est structurée et graduée et permet une réponse adaptée aux besoins des patients (greffe, Car-T cells). Des difficultés demeurent dans la filière d'aval et l'accès aux soins de suite et réadaptation (lourdeur des patients avec des prises en charge techniques, cout des traitements, besoins transfusionnels)

Les réseaux tumeurs rares sont identifiés par l'INCa et leur lisibilité au plan régional est à renforcer.

En cancéropédiatrie, l'offre est identifiée, graduée et coordonnée ainsi que l'accès aux essais et innovations. Les programmes de suivi à l'âge adulte de patients traités pour une pathologie tumorale dans l'enfance peinent à se mettre en place en l'absence de modèle médico-économique.

Le dispositif UCOG, constitué de 5 unités, se déploie mais l'accès à l'avis gériatrique demeure un axe d'amélioration.

Les 3 unités AJA répondent aux besoins de prise en charge. Cependant, la mise en place de la cellule ressource AJA n'est pas effective.

Les inégalités sont insuffisamment prises en compte. Les asymétries très fortes dans l'organisation au plan territorial sont difficiles à faire évoluer en raison des tensions RH notamment. Il n'y a pas de travaux engagés sur le reste à charge

Qualité, fluidité, coordination des parcours

La place des médecins traitant reste à renforcer afin que ceux-ci puissent être impliqués au bon niveau. A ce jour, la coordination du parcours de soin, repose sur la mise en place d'IDEC dans les établissements et les DAC en ville.

Des dispositifs innovants émergent avec notamment une expérimentation sur le suivi des patients sous thérapies orales du cancer (Art.51 Oncolink) reposant sur le positionnement des acteurs de ville (pharmaciens et médecins) et dans les établissements de santé, les IDE de pratique avancée et les pharmaciens. (APHP, CLCC et Foch sont expérimentateurs de cet art.51 national).

Concernant la coordination du parcours des patients en situation de complexité médico-psycho-sociale, les DAC se déploient sur le territoire francilien.

Le développement de la conciliation médicamenteuse a été portée par plusieurs appels à projets régionaux.

La chimiothérapie en HAD est accessible sur toute la région. Un développement de cette modalité a pu être constaté pendant la durée de la crise sanitaire. En effet, l'activité a augmenté entre 2019 et 2021 (+22% en journées et +26% en file active). Cette évolution d'activité porte notamment sur la réalisation de chimiothérapies : +14% en journées et +35% en file active). Il s'agit désormais de capitaliser afin de pérenniser la place de la HAD.

En dépit du nombre conséquent de structures SSR et de l'engagement des professionnels, face à certaines situations complexes, notamment celles associant le critère de l'âge, un protocole de chimiothérapie et des besoins en soins palliatifs, la réponse est difficile, les parcours demeurant parfois bloqués.

L'offre d'éducation thérapeutique (ETP) en Ile de France - L'ETP tient une place particulière dans la lutte contre le cancer puisqu'elle intervient aussi bien en prévention primaire (lutte contre la sédentarité et le surpoids-obésité) qu'en prévention secondaire et tertiaire chez les patients diagnostiqués et en post-cancer.

A ce jour il existe en cancérologie une cinquantaine de programmes ETP hospitaliers et 7 programmes ambulatoires. Et, en phase d'expérimentation « Le parcours après cancers » décliné dans chaque département.

L'offre est globalement insuffisante et encore peu développée en ville.

Qualité de vie, fin de vie, après cancer

Les soins de support sont essentiels lors de la prise en charge et les établissements s'organisent pour en faciliter l'accès en identifiant les ressources au sein de plateformes soins de support. Cette organisation, en place sur quelques sites, a vocation à diffuser au sein des différents établissements de la région. ONCORIF a mis en place un système d'identification des ressources, en cours de montée en charge.

Soins palliatifs - La couverture en dispositifs a été améliorée mais la réponse aux besoins, notamment sur le lien ville-hôpital, est fortement fragilisée par les contraintes de démographie des professionnels. L'anticipation des besoins en soins palliatifs se poursuit par la mise en œuvre de RCP spécifiques et l'amélioration de l'identification des besoins éventuels dès le début du parcours.

Après cancer - Pour accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer, un soutien au développement des « parcours après-cancer » a fait l'objet d'un financement. En Ile-de-France, cela s'est traduit par un appel un projet permettant de mettre en place un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnel et psychologique. Dans ce cadre, 9 projets ont été retenus pour un déploiement début 2022.

Ce dispositif accompagne la mise en œuvre du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC), non effectif à ce jour en IdF.

Les dispositifs de suivi à long terme, que ce soit en pédiatrie ou chez l'adulte, sont fragiles, en l'absence de modèles organisationnel et médico-économique définis.

Recherche, Innovation, Observation

Les différents plans ont permis un important soutien aux programmes de recherche et au développement de la recherche clinique. Les lieux de recherche, les GCS ayant pour objet la recherche clinique se multiplient. L'accès aux essais est organisé au travers des RCP. La visibilité des essais ouverts en cours est hétérogène. L'APHP met à disposition un annuaire des essais ouverts sur ses sites.

L'accès aux thérapies innovantes Car-T cells est organisé sur 7 sites. L'ARS soutient un programme de suivi de l'activité de chirurgie assistée par robot réunissant les 30 sites équipés au sein de la région.

Un registre des cancers en pédiatrie est en place mais il n'existe pas de dispositif équivalent chez l'adulte. Les données d'observation sont ainsi partielles et l'absence de déploiement du DCC à ce jour limite les possibilités de recueil d'indicateurs majeurs (ex du stade tumoral au diagnostic).

B. Les problématiques en région IdF

Le manque de personnels médical et non médical

L'IdF, comme la plupart des régions, est confrontée à des difficultés pour pourvoir les besoins en ressources humaines en santé (désaffection, manque d'attractivité, déficit de formation...).

Sujet majeur également en cancérologie, les tensions démographiques sur les professionnels non médicaux ont un retentissement sur les modalités de prise en charge.

Cette contrainte a accéléré des mutations qui, pour certains, étaient en cours tels que le développement de l'hypo fractionné en radiothérapie externe (en réponse au manque de Manipulateurs d'Électroradiologie Médicale (MERM)) ou encore l'augmentation significative du recours à l'HAD.

Toutefois, ces contraintes ont également et principalement générés une altération de nos modes de prise en charge. A titre d'exemple, et potentialisée par la crise COIVD, une augmentation des délais en chirurgie/endoscopie importants en écho aux ressources tendues d'Anesthésie-réanimation. Il en est de même s'agissant des délais d'accès aux examens diagnostics ainsi qu'aux différents traitements

Face à ces contraintes, la gestion des tensions RH conduit à diminuer des effectifs tels que ceux dédiés à la coordination, aux personnels assurant le dispositif d'annonce, les autres missions clés de la qualité du dispositif et des soins.

Dans ce contexte, et afin de répondre à ces défis, l'ARS IdF a d'ores et déjà initié un plan d'action en RHS reposant sur des principes clés et des réponses immédiates aux besoins exprimés par les professionnels concernés. En place depuis 2019, le plan "RH en santé" comprend 12 mesures, auxquelles s'ajoute celle qui fait suite au Ségur. Ainsi, un "observatoire des RH en santé » est initié qui permet de dresser des diagnostics de la formation à l'exercice et ainsi pouvoir être force de propositions. Des mesures portent sur l'attractivité et la fidélisation : communication, CAE (contrat d'allocation d'études), universitarisation, IPA (infirmiers de pratiques avancées) et protocoles de coopération, réingénierie des formations, médiation, dispositifs territoriaux, logement-transport-crèche.

L'augmentation des besoins et le vieillissement de la population

Les évolutions démographiques en rapport avec le vieillissement de la population et celles liées aux progrès médicaux multipliant les possibilités de lignes thérapeutiques contribuent à une augmentation d'activité en nombre de patients et durée de traitements.

En prenant en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, à risque constant de cancer sur la période, les projections suggèrent les évolutions suivantes à dix ans (estimations ORS) :

- Augmentation de 15% du nombre de nouveaux cas de cancer annuels et de 21% du nombre de décès ;
- Respectivement pour les cancers du poumon, colorectal et sein, augmentation d'incidence de 14%, 19%, 9% et augmentation du nombre de décès de 18%, 23%, 14%.

La prise en compte des inégalités

La région Ile de France est une région globalement riche mais très inégalitaire, avec des contextes de milieux de vie très hétérogènes-selon les territoires (enjeux urbains et ruraux, favorisés, défavorisés). Cela se répercute sur les inégalités sociales de mortalité lesquelles résultent d'une succession d'inégalités sociales tout au long de l'histoire naturelle d'un cancer : inégalités d'incidence liées au gradient social que dessinent les expositions aux différents carcinogènes dans les groupes sociaux les plus défavorisés (notamment en matière de tabagisme, d'alcoolisme, d'expositions professionnelles) puis inégalités de survie liées à un recours plus faible aux dépistages, une détection plus tardive des premiers symptômes en soins primaires, un diagnostic plus tardif, un pronostic moins favorable, mais aussi une prise en charge différente dans les catégories sociales les plus basses, puis un suivi moins bon des rechutes¹⁷.

¹⁷ Pierre Chauvin, Sophie Lesieur, Cécile Vuillermoz) ERES, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et Santé Publique (UMRS 1136) Inserm, Sorbonne Universités UPMC

La réduction des inégalités de santé est un enjeu transversal du PRS. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid a fortement mis en lumière ces inégalités et a conduit à des évolutions importantes sur lesquelles il est important de capitaliser. Il s'agit d'offrir une attention et des solutions adaptées aux différentes populations en tenant compte de leur environnement social. La mise en œuvre d'un universalisme proportionné prend toute sa place en Ile de France et vise à garantir l'accès au meilleur état de santé auquel un individu peut prétendre en tenant compte du poids attribué à son milieu social d'appartenance.

L'usage du numérique : des marges de progrès décisives

A l'image de son déploiement dans le secteur de la santé, le numérique reste très peu utilisé dans la prise en charge du cancer. Lors des traitements ou en post-traitement, l'usage du numérique reste relégué à un rôle de stockage et de traçabilité dans les divers dossiers médicaux. Ainsi, il ne contribue que très faiblement à l'amélioration de la prise en charge.

Toutefois un effort important d'investissement reste à réaliser pour que le numérique soit au rendez-vous. Cet investissement doit notamment s'accompagner d'une transformation des modalités organisationnelles, en terme de coopération et de coordination. Pour transcender le numérique et le sortir de son seul usage de stockage, il est indispensable de penser la collaboration autrement et favoriser les relations inter-établissements, les relations ville-hôpital et le suivi à domicile. L'expérimentation 2017-2019 de dématérialisation de la seconde lecture 'des mammographies du DOCS était un début de mise en place d'une telle collaboration, elle avait permis une diminution du délai de rendu des résultats aux femmes en permettant un acheminement électronique des dossiers au centre de relecture. D'autres bénéfices étaient attendus mais l'expérimentation a rencontré des problèmes dont les solutions n'ont pu être déployées dans le temps imparti.

Les principaux outils numériques sur lesquels investir sont :

Le DCC : Après un premier échec de la solution régionale, une nouvelle orientation a été prise avec pour objectif de déployer la solution sur 2023. La mise en place vise notamment à disposer d'une solution qui joue le rôle à la fois d'outil métier pour les ES n'en disposant pas et de concentrateur pour disposer de l'ensemble des RCP et PPS et ainsi pouvoir piloter l'activité et disposer d'une base support d'études épidémiologiques.

L'IA : L'utilisation de l'IA dans le domaine de l'imagerie constituerait une avancée majeure. Déployée de manière encore très restreinte, sa généralisation viserait à soutenir l'activité des professionnels, dont les ressources se font plus rares, en même temps que cela favoriserait la réduction des inégalités d'accès aux soins et notamment permettrait de proposer un diagnostic précoce pour tous. Cependant, cela passe par une collaboration des établissements pour constituer une base d'information commune qui permette d'améliorer grandement la pertinence de l'IA dans ce domaine. Ce qui impliquerait d'investir dans les entrepôts de données à l'échelle régionale. Il existe toutefois des bases importantes qui pourraient être d'ores et déjà utilisées.

Dans le dépistage, l'une des utilisations envisagées, tributaire de la dématérialisation de la L2 précédemment évoquée, serait l'aide à la relecture des mammographies permettant de cibler l'expertise des radiologues experts.

Les EDS : Dans la continuité du paragraphe précédent, l'investissement dans les entrepôts de données doit permettre de construire un socle architectural qui favorise le partage et l'exploitation des données. Cela doit bien évidemment s'accompagner d'une gouvernance adaptée afin de garantir le bon usage de ces EDS

La numérisation des images : Dans le cadre du traitement du cancer, l'imagerie constitue un élément essentiel du diagnostic. La volumétrie engendrée nécessite qu'un investissement important soit fait pour accompagner les établissements et mutualiser les approches (hébergement et plus généralement le cloud). Associé à ce stockage, il est indispensable de proposer des services de partage (devrait être facilité grâce au déploiement de l'INS) et l'exploitation (notamment avec de l'IA). L'ACP numérique constitue en ce sens un des premiers usages

à déployer. Toutefois, le partage des images entre la ville et l'hôpital constitue également une attente forte afin d'éviter les manipulations de CD-Rom et éviter les doubles examens.

La télé expertise : Les solutions de télé expertise sont disponibles aujourd'hui mais encore peu déployées. En effet, cela exige en préalable de définir les organisations et les modèles de fonctionnement associés tant en inter-établissement ou dans la relation ville-hôpital dans le cas des suivis post-hospitalier

La télésurveillance : La télésurveillance rentre dans le droit commun à partir de l'été 2022. Nombre d'établissements ont déjà déployé des solutions pour suivre leurs patients. Avec la généralisation de Mon Espace Santé, nombre de solutions de télésurveillance devraient être référencées dans le « store » pour les patients. Il sera nécessaire de communiquer auprès des professionnels pour qu'ils prescrivent les solutions de télésurveillance. A ce jour, le cancer ne fait pas partie des 5 cas reconnus par l'assurance maladie, mais on peut imaginer favoriser le déploiement de nouvelles solutions qui pourraient être reconnues comme DM ultérieurement.

Le partage et la coordination : Afin d'améliorer la qualité des prises en charge, le suivi du traitement, l'accompagnement, les actions de préventions ou de soins de support ou de soins palliatifs font intervenir de multiples professionnels et structures. La coordination de ces actions est primordiale si on veut que leur efficacité soit maximale. L'utilisation du numérique sous toutes ses formes (plan d'actions partagé, connaissance des intervenants et de calendriers, échanges avec le patient et ses proches et aidants, suivi de l'observance...) constitue un levier majeur dans l'accompagnement et le suivi des patients. L'usage des outils socles du Segur tels que le DMP ou la MSS (dont la messagerie citoyenne), demain l'agenda patient qui sera dans Mon Espace Santé, complété par les outils de coordination de proximité tel que Terr-esanté qui fait office de cahier de liaison numérique et offre des services tels que le Tchat, des formulaires de suivi adaptés et permet également de partager le contexte social du patient doivent faire l'objet de projets de déploiement coordonnés afin que les professionnels progressent ensemble dans leurs usages.

De plus, un effort sera à réaliser pour faciliter l'accès aux différentes ressources du territoire via la mise à jour du ROR (répertoire opérationnel des ressources) en y intégrant tous les dispositifs associés au traitement du cancer. Cette information est accessible sur le site grand public santé.fr.

Le programme Ségur numérique va contribuer fortement à faciliter le partage d'information grâce au déploiement de Mon Espace Santé et à l'INS (Identifiant National de Santé) dont on verra les bénéfices à partir de 2023.

3. PLAN D'ACTION REGIONAL

A. Priorités d'actions dans la région

Des avancées notables sont intervenues sur l'ensemble des champs de la recherche, de la prévention et de la prise en charge grâce au soutien majeur des différents plans cancers.

La stratégie décennale 2021-2030 s'inscrit dans la continuité des précédents plans et porte de nouvelles ambitions : annonce d'un programme de réduction de la consommation d'alcool, renforcement des dépistages actuels des cancers et développement de nouveaux dépistages, une meilleure prise en compte des fragilités et des cancers de mauvais pronostics (diagnostic, recherche), diminution des séquelles, soutien à la recherche et aux innovations.

La feuille de route régionale a l'ambition de porter les nouveaux enjeux de la stratégie décennale ainsi que les évolutions organisationnelles attendues. Elle s'articule avec les différents plans, programmes et feuilles de route et leur déclinaison régionale. Elle intègre également les difficultés conjoncturelles de ressources humaines en santé.

Un plan d'action pour l'Ile de France articulé autour de six priorités :

- La prévention et la prise en compte des principaux risques de cancers
- L'adhésion et l'accès aux dépistages existants et la participation à la mise en œuvre de nouveaux dépistages ou à l'adaptation des programmes actuels
- La pérennité de la qualité du dispositif de prise en charge
- La coordination et la fluidité des parcours sur le territoire francilien
- La prise en compte des spécificités et des inégalités
- L'accès à la recherche et à l'innovation et conforter le niveau d'excellence francilien

Au plan opérationnel, la stratégie décennale de lutte contre les cancers se décline au travers d'une feuille de route nationale comprenant 234 actions dont le pilotage est confié aux instances responsables selon leur champ de compétence. Parmi les 234 actions, 85 actions sont susceptibles de déclinaison par l'ARS.

Au regard du diagnostic régional et des enjeux franciliens, l'ARS-IDF a priorisé, en lien avec les partenaires et parties prenantes, 54 actions à décliner sur la période 2022-2025.

Aussi, compte-tenu des prochains travaux préparatoires du PRS-3 ainsi que des articulations avec différents plans de santé publique et feuille de route, la mise en œuvre en Ile de France aura à intégrer ces évolutions tout au long de la période. Des sujets sont d'ores et déjà identifiés comme l'accès au diagnostic et au traitement pour les personnes porteuses de handicap, le retour à l'emploi après le traitement d'un cancer (coordination avec le plan santé au travail 4 couvrant la période 2021-2025).

A ce stade, trois axes d'interventions sont proposés et sont déclinés comme suit.

AXE 1 : Améliorer la prévention

Priorités relatives à la prévention des facteurs de risques et à la promotion des conduites protectrices	
<p>Des axes d'amélioration en réponse à une situation épidémiologique contrastée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une meilleure prise en compte des facteurs de risques de survenue des cancers et des facteurs protecteurs. - Coordination des politiques publiques avec les plans Santé environnement, nutrition santé. 	<ul style="list-style-type: none"> → Poursuivre la politique de lutte contre le tabagisme. → Mettre en œuvre le programme national de réduction de la consommation d'alcool dès sa parution. Et sans attendre augmenter les compétences des professionnels de santé, faciliter les prises en charges en développant des microstructures de recours, consultations avancées. → Promouvoir et favoriser l'activité physique, tant en prévention primaire avec le développement des compétences psychosociales dès le primaire, la promotion du dispositif Prescriform, les Maisons Sports Santé, qu'en prévention secondaire par les programmes d'ETP. Coordonner les actions avec la mise en œuvre du plan nutrition – santé → Améliorer la protection vaccinale des pathologies infectieuses impliquées dans la genèse de cancers ainsi que leurs dépistages, la rendre accessible à tous → Améliorer la prévention des risques professionnels de carcinogénèse. Mettre en lien la lutte contre les cancers, le plan santé-environnement et le plan santé au travail → Faire en sorte que les professionnels des ESMS n'appartenant pas au domaine de la santé constituent des relais de prévention, faciliter l'accès de leur public à cette prévention → Développer l'offre d'ETP en cancérologie hospitalière et ambulatoire

Priorités relatives aux dépistages des cancers	
<p>Dépistages organisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de participation parmi les plus faibles de France métropolitaine. - Une gouvernance et un pilotage à consolider, renforcement et nouvelles modalités organisationnelles comme gisement d'efficience - Expérimentation de nouveaux dépistages 	<ul style="list-style-type: none"> → Augmenter la participation aux dépistages organisés en mobilisant tous les acteurs impliqués et en diversifiant les points d'entrée. Se doter d'un plan d'action régional. → Disposer d'outils de pilotage régional plus précis → Mettre en œuvre un universalisme proportionné en poursuivant les actions ciblées vers les publics vulnérables mais aussi envers des publics non identifiés comme vulnérables mais ayant des besoins spécifiques (travailleurs indépendants, ruralité...) → Intégrer les dépistages dans la notion de parcours de soins et de santé, faciliter l'échanges d'information → S'inscrire dans la modernisation des dépistages actuels, l'étude de nouvelles modalités de dépistage et la mise en place de nouveaux dépistages

AXE 2 : Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge

Priorités relatives à la consolidation du dispositif qualité dans les établissements de santé	
<ul style="list-style-type: none"> - Des mesures des précédents plans insuffisamment mises en œuvre et demeurant d'actualité - Evolutions des décrets d'autorisation prenant mieux en compte la complexité des prises en charge chirurgicales - Tensions importantes en IdF sur les recrutements et fidélisation notamment des MERM et IDE (plan régional RHS) 	<ul style="list-style-type: none"> → Poursuivre les programmes et actions déjà engagés: harmonisation de l'organisation et du financement des 3C, mise en œuvre du DCC, → Renforcer la structuration d'un accès égal à une offre de qualité, territorialisée, sécurisée, graduée et s'appuyant sur les coopérations, et préparer la mise en place des prochains décrets d'autorisation d'activité de traitement du cancer. → Renforcer l'accès au diagnostic en développant les organisations en circuit court → Accompagner l'évolution des métiers → Anticiper et proposer des mesures limitant l'impact des tensions en ressources humaines
Priorités relatives à la sécurisation et la coordination des parcours	
<ul style="list-style-type: none"> - Des prises en charge le plus souvent en ville avec des épisodes hospitaliers de plus en plus courts - Coordination des déclinaisons avec la feuille de route HAD viendront renforcer les actions - Suite au développement massif de l'imagerie en coupe, une confirmation diagnostique devant répondre aux exigences d'expertise et de délais de rendu. 	<ul style="list-style-type: none"> → Sécuriser le parcours des patients sous thérapie orale du cancer → Améliorer l'offre en ETP, notamment ambulatoire → Poursuivre les expérimentations et le déploiement de la conciliation médicamenteuse. → Développer les chimiothérapies à domicile en HAD → Renforcer l'offre d'éducation thérapeutique en cancérologie en ville → Améliorer la coordination des parcours complexes → Améliorer l'accès aux soins de suite
Priorités relatives à la qualité de vie, aux séquelles et à l'accompagnement de la période après-cancer	
<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des déclinaisons futures du plan national soins palliatifs et de la feuille de route viendront renforcer les actions. - Des appels à candidature nationaux attendus afin d'initier des expérimentations portant sur l'organisation du suivi à long terme. 	<ul style="list-style-type: none"> → Renforcer l'accès aux soins de support → Poursuivre les actions en faveur d'une meilleure anticipation de la démarche palliative → Développer les pratiques RAC / pré habilitation à la chirurgie → Mettre en place le suivi à long terme notamment pour les enfants ayant eu un cancer dans l'enfance. → Mettre en œuvre le forfait expérimental « parcours après-cancer » facilitant l'accès à l'activité physique, le suivi nutritionnel et psychologique et le programme personnalisé de l'après-cancer → Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire.

AXE 3 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous

Priorités relatives à la prise en compte des spécificités	
<ul style="list-style-type: none"> - Sujets identifiés par les précédents plans, organisation qualitative notamment en cancéropédiatrie mais des efforts à poursuivre (AJA, fragilité liée à l'âge avancé, pédiatrie) 	<ul style="list-style-type: none"> → Renforcer la prise en compte les spécificités des populations : personnes âgées, adolescents jeunes adultes, enfants, personnes en situation de précarité. → Prendre en compte les inégalités sociales, les rechercher pour mieux les prendre en compte et créer les conditions favorables à une bonne prise en charge tout au long du parcours de soins. Engager les mesures sur les délais et les restes à charge.

Priorités relatives à l'accès à l'innovation et la recherche	
Région Ile-de-France, très dynamique face aux défis de : <ul style="list-style-type: none"> - Emergence de nouvelles orientations - Garantie de l'accès à tous 	<ul style="list-style-type: none"> → Améliorer la visibilité des essais cliniques pour les professionnels de santé. → Soutenir le développement de l'ACP numérique → Accompagner l'essor de la chirurgie télé assistée par robot pour les indications pertinentes → Améliorer l'accès aux tests génomiques → Améliorer l'accès à la consultation et à l'avis oncogénétique → Garantir l'accès aux thérapeutiques innovantes

B. Rappel des objectifs nationaux et des cibles régionales

La stratégie nationale fixe 4 objectifs ambitieux :

1. Réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables, à horizon 2040.

Le nombre de cancers évitables est ainsi estimé au plan national en 2020 à environ 153 000 par an.

→ **Objectif pour l'Ile-de-France de 10 800 cancers évités par an en 2040**

Soit 18% de la cible nationale en rapport avec le poids démographique de la région.

Au vu du tableau ci-dessous, réalisé d'après des données de l'ORS-IDF, l'atteinte des objectifs de prévention devrait se traduire par une réduction du nombre de cancers évitables au niveau attendu. Cependant l'effort à fournir devra porter majoritairement sur les classes sociales les plus défavorisées n'ayant pas encore intégré les messages de prévention. Les moyens déployés devront être adaptés.

Tableau : Estimation ORS sous l'hypothèse d'une exposition équivalente en Île-de-France et en France¹⁸

FDR évitable	Localisation	Homme	Femme	Total
Tabac	Cancers de la trachée, du poumon et des bronches	3 819	1 457	5 276
Alcool	Cancers du sein	-	3 474	3 474
Alimentation (fibres <25g/j)	Cancers colorectal	1 724	1 135	2 859
Total		5 543	6 640	12 183

¹⁸ Publication ORS à venir

2. Réaliser un million de dépistages en plus à horizon 2025, sur le périmètre des dépistages existants
En 2020, environ 9 millions¹ de dépistages sont réalisés chaque année

→ **Objectif en IdF 200 000 dépistages en plus par an en 2025.**

La région, compte tenu de son retard, retient un objectif de 200 000 dépistages supplémentaires par an, supérieur au poids démographique de la région (18% de la cible nationale).

L'effort est réparti comme suit :

- Dépistage organisé du cancer du sein: compte tenu des dépistages non organisés la marge de progression est la plus faible, elle a été estimée à 40 000 mammographies supplémentaires d'ici 2025 pour un taux de participation au-dessus de 40% auquel il faudra ajouter les dépistages réalisés hors dépistage organisé, l'enjeu étant de faire basculer celui-ci dans le système organisé ;
- Dépistage organisé du cancer colorectal : c'est le dépistage qui présente à priori la marge de progression la plus grande, avec 100 000 dépistages supplémentaires envisageables pour atteindre 45% de participation ;
- Dépistage organisé du col de l'utérus : c'est le plus récent (déploiement initié en 2020), la montée en charge doit permettre d'atteindre le chiffre de 60 000 dépistages (de rattrapage ou spontané) ;

3. Réduire de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic

Modalité de calcul en attente (INCa)

→ **Objectif pour l'IdF en priorité : identification des filières de prise en charge des séquelles.**

La plupart des actions initiées ou programmées contribueront à l'atteinte de cet objectif et notamment celles concourant au :

- Développement des actions améliorant la tolérance des traitements,
- L'observance, la détection des effets secondaires, porter la conciliation médicamenteuse
- Actions d'anticipation avec le déploiement de la RAC dont la préhabilitation
- Accès à la reconstruction dans les situations de chirurgie mutilante.
- Développement des actions d'accompagnement avec l'amélioration de l'accès aux soins de support

4. Améliorer significativement le taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic, à horizon 2030 (en 2016, 7 localisations de cancer présentent un taux de survie à 5 ans inférieur à 33%, à cela s'ajoutent les types, sous-types ou stades de cancers ne relevant pas de ces 7 localisations mais dont l'évolution reste très défavorable)

Modalité de calcul en attente (INCa)

→ **Objectif en IdF :**

La plupart des actions initiées ou programmées contribueront à l'atteinte de cet objectif et plus spécifiquement celles portant sur :

- Qualité du diagnostic,
- Qualité de la stratégie thérapeutique,
- L'accès aux essais cliniques,
- L'identification de filières spécifiques de prise en charge.

C. Modalité de mise en œuvre

Instance de concertation cancers: Comité régional Cancers (COREG) regroupant les différentes parties prenantes au sein de la région et assurant le suivi de la mise en œuvre de la déclinaison de la stratégie décennale cancer et de la mise en œuvre de la valence cancer du projet régional de santé.

Comité de pilotage :

Directeurs métiers + référentes programme Cancers

Equipe projet ARS : référentes programme Cancers, pilote d'actions DM et territorial

Groupes de travail déclinés en fonction des axes d'intervention

Instance de gouvernance : COMEX ARS.

D. Evaluation

Des outils provenant de l'INCa¹⁹ :

A ce jour, les indicateurs sont classés selon deux catégories (liste en annexe 2) :

- **23 Indicateurs socles issus de sources nationales uniformisées à caractère obligatoire.** Ils doivent être intégrés dans la feuille de route régionale et seront transmis à l'ARS par les autorités nationales concernées.
- **48 Indicateurs complémentaires et facultatifs** qui peuvent faire l'objet d'un développement et d'un recueil régional. Le programme, à ce jour, mobilise X indicateurs

La mobilisation des indicateurs « facultatifs » demeure à préciser avec l'élaboration des fiches actions. Seront déterminés :

- Le niveau de mise en œuvre
- Les typologies d'action
- Les données disponibles

Modalités de suivi :

- Revue semestrielle auprès du COREG Cancers de l'ensemble des actions retenues
- Revue semestrielle par territoire à l'échelle des DD en commissions territoriales
- Revue trimestrielle par axe d'intervention / modalité de pilotage
- Reporting national annuel

¹⁹ NOTE D'INFORMATION N° DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SGMCAS/INCA/2022/111 du 18 mars 2022 relative au dispositif de pilotage et de suivi des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre le cancer

Annexe 1 – Plan d'action

Actions régionales	Descriptif des actions déployées en région	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre	Fiches actions INCa
Chapitre 1 - Améliorer la prévention				
1 - Renforcer la stratégie de prévention				
Organiser les instances régionales pour la prévention en cancérologie	Renforcer la place de la prévention au COREG cancer Créer un COREG prévention, en complémentarité de la-CCPP En fonction des besoins, animer des sous-groupes thématiques	ARS Partenaires régionaux		I.2.1
2 – Réduire les facteurs de risque				
Réduire et éviter l'entrée dans le tabagisme et l'alcoolisme	Favoriser le développement des programmes de compétences psychosociales en milieu scolaire et prioritairement dans les QPV.	Fédération Addiction-ARS , Education Nationale, CSAPA, Collectivités Territoriales, PJJ, PMI		I.3.4, I.9.6 I.3.7 I.4.3 IV.3.4
	Poursuivre et renforcer le Mois Sans Tabac	SPF Assurance maladie Collectif Mois Sans Tabac	En cours Annuel	I.3.4
	Favoriser l'hébergement des publics précaires présentant des conduites addictives pour mieux les accompagner	ARS Csapa / caarud	AAP	
	Prévenir et réduire les conduites addictives dans l'enseignement supérieur	ARS-Régions-Directeurs d'établissements Associations étudiantes- AP-HP-Syndicats étudiants	En cours	I.9.6
Mobiliser et coordonner des professionnels dans la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme	<ul style="list-style-type: none"> Développer plus de compétences sur la prise en charge des addictions au tabac et à l'alcool. Expérimenter de nouvelles formes de prise en charge y compris en structures d'hébergement social et en milieu pénitentiaire. Former les PS au repérage précoce et intervention brève 	ARS Csapa / caarud		I.3.2 I.3.6 I.4.4
	<ul style="list-style-type: none"> Accélérer la mise en place des Microstructures Médicales d'Addictologie sur le territoire francilien au sein de QPV de telle sorte à accompagner les patients en situation de précarité, et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé 	CNRMS, équipe article 51 Ministère de la Santé, ARS IDF association PROSES	En cours	
Aider à la lutte contre l'exposition aux facteurs de risque environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la caractérisation des polluants atmosphériques chroniques destinée à faciliter les avis sanitaires et les plaidoyers auprès des collectivités. 	ARS	A initier	I.7.3

	<ul style="list-style-type: none"> Proposer l'élaboration d'un diagnostic polluants : Action auprès des gestionnaires de locaux des établissements scolaires 	ARS	AAP Inca T2 2022:	1.7.4
Mieux reconnaître les expositions professionnelles pour mieux prévenir les cancers professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Développer les interventions auprès des apprentis des filières agricoles, de la voirie et du BTP pour faire connaître le risque cancérigène des UV et promouvoir l'utilisation des EPI Création d'un DIU « Travail, cancers, environnement » 	Giscop93/84 CFA Universités	En cours de réflexion	1.8.5
Prévenir et réduire le risque infectieux	<ul style="list-style-type: none"> Développer les dépistages du VHC et du VHB et du VIH par TROD 	ARS SELHV, Réseaux hépatites, CSAPA/CAAURD/Acteurs communautaires	VHC à relancer VHB en cours	1.6.2
	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'information des populations et personnes les plus exposées au VHB, VHC et HPV lors de la semaine régionale de la Santé sexuelle. 	ARS/Corevih /SELHV Réseaux hépatite /associations / Cegidd...	A initier	1.6.1 1.6.2
	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la vaccination anti-HPV dans les territoires : Recherche action sur la mobilisation d'un territoire à la levée des freins à la vaccination HPV des enfants et des adolescents. Promotion coordonnée auprès des parties prenantes de la vaccination avec offre vaccinale gratuite en CMS. 	ARS CRIPS IDF Assurance maladie	En cours de réflexion	1.6.1
	<ul style="list-style-type: none"> Former et outiller les acteurs des EMS à la promotion du bilan de santé TROD/tests VIH-VH. 		A initier	1.6.3
3 – Développer les conduites préventives				
Diminuer la prévalence du surpoids/obésité et faciliter l'accès à une alimentation favorable à la santé	Expérimenter l'adaptation de l'outil Nutriscore en restauration collective et auprès de public en situation de précarité, épiceries sociales notamment et améliorer la qualité nutritionnelle et les comportements alimentaires	ARS IDF CRESP, , ANSA, , Cnam....		1.5.1 1.5.3 1.5.6
Développer l'accès à l'activité physique	Promouvoir l'activité physique, déploiement des dispositifs Prescriform ; Maisons Sport Santé	ARS / Drajes / Sdjes Maisons Sport Santé Professionnels de Santé et du Sport		1.5.6
4 – Améliorer l'adhésion aux dépistages organisés des cancers				
Faciliter l'accès aux dépistages	<ul style="list-style-type: none"> Multiplier les points d'entrée, rechercher des partenariats auprès des structures de soins comme prescripteurs de dépistages indépendamment des lettres d'invitations 	CRCDC-IDF Assurance maladie. Urps pharmaciens		1.12.1 1.12.2 1.12.3

	<ul style="list-style-type: none"> • Expérimenter les Hub dépistages • Aider à la commande en ligne • Former/Intégrer des nouveaux acteurs du dépistage 	URPS médecins		
Multiplier les actions d'aller-vers	<ul style="list-style-type: none"> • Former les travailleurs sociaux à la culture des dépistages organisés. • Créer des filières vers les centres de soins pour dépistages. • Développer les collaborations avec les foyers de travailleurs migrants, Emmaüs, resto du cœur, le secours populaire • Action de l'AM envers les assurés et les PS 	CRCDC IDF Assurance maladie / ARS Conseil Départementaux Acteurs de l'hébergement social, Associations		1.12.4
Chapitre 2 - Améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge				
1 - Consolider le dispositif qualité dans les ES				
Mettre en œuvre les évolutions du dispositif d'autorisation	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer l'impact des nouveaux décrets sur l'organisation actuelle • Accompagner l'évolution de l'organisation des territoires prenant en compte les nouvelles exigences 	ARS	A déployer	III.3.3
Accompagner l'évolution du dispositif 3C	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre au plan régional l'évolution du dispositif national • Animer le dispositif et accompagner les évolutions 	ARS ONCORIF	En cours	
Poursuivre la mise en œuvre du DCC en IdF adossé au DMP	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un sourcing des solutions ayant fait leurs preuves en France • Rédiger un cahier des charges en vue de la sélection d'une solution adaptée • Elaborer une stratégie de déploiement • Prévoir l'interopérabilité des différentes solutions vers un infocentre régional 	ARS ONCORIF SESAN	En cours	
S'assurer de la qualité des RCP	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un processus de référencement des RCP • Mettre en place une méthode d'auto-évaluation de la qualité des RCP • Mettre en place un processus d'audit externe de RCP 	ONCORIF ES, 3C	En cours	
Faciliter l'accès au diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le développement des diagnostics en circuit court : identifier les différentes modalités d'organisation dans l'objectif de proposer des recommandations d'organisation 	ARS ES	A déployer	III.2.3
	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès aux endoscopies digestives : Pratiquer l'état des lieux de l'accès à l'endoscopie digestive diagnostique et thérapeutique et proposer un plan d'action garantissant un meilleur accès. 	ARS, ES	A déployer	III.2.3
Faire face aux défis des ressources humaines en santé	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner l'évolution des métiers <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le dispositif d'aide au déploiement des IPA - Développer le dispositif IPA en ambulatoire limiter l'impact des tensions en MERM <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités de formation pour les MERM - Lutter contre les abandons en cours de formation 	ARS	En cours	II.9.3

2 – Faciliter le parcours des patients				
Sécuriser le parcours des patients sous thérapie	• Organiser et outiller le parcours des patients sous thérapie orale. Participer au développement des formations pour les IDE s'impliquant dans le suivi des thérapies orales	ONCORIF ARS, ES, Acteurs ville	En cours	II.8.1
	• Promouvoir la conciliation médicamenteuse et déployer des outils transversaux	ARS ES, acteurs de ville	En cours	3.4.3
	• Développer la télésurveillance via le déploiement de mon espace santé	ARS Fédérations, URPS, usagers Assurance Maladie	En cours	II.8.2
Poursuivre la mise en œuvre de programmes ETP en cancérologie notamment en ville	• Expérimenter un AAP destiné à soutenir des programmes en ville intégrant la thématique cancer • Engager une démarche qualité autour des programmes ETP en cancérologie	ARS		II.7.6 II.10.3
Renforcer la coordination des parcours	• Poursuivre de la montée en charge des DAC sur la coordination des parcours complexes et définir les synergies avec les 3C et ONCORIF	ARS FACS / DAC / 3C / ONCORIF	En cours	II.8.2, II.9.1 III.3.5, IV.4.2
	• Promouvoir, à l'échelle territoriale, l'ensemble des services numériques portés par les programme SEGUR numérique et e-parcours.	ARS Sesan, Assurance Maladie		
Développer les chimiothérapies à domicile en HAD	• Renforcer une organisation permettant l'inscription systématique de patients éligibles à l'HAD • Améliorer la connaissance de la chimiothérapie en HAD par les médecins prescripteurs et les médecins traitants	ARS FNEAD, HAD, ES	En cours	II.4.7
Améliorer l'accès des patients aux soins de suite et de réadaptation	• S'assurer des coopérations entre établissements courts séjours et SMR d'oncologie et d'onco-hématologie pour faciliter la prise en charge des patients	ARS Fédérations, ES		III.3.3
3 - Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie				
Développer des pratiques de Réhabilitation Après Chirurgie	• Accompagner, dans une dynamique de pair a pair, les services de chirurgie ORL et de neurochirurgie dans la mise en œuvre de la préhabilitation.	ARS	A déployer	III.3.5
Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire	• Prévoir un engagement CPOM pour les établissements inférieurs à la cible • Intégrer au développement de l'ambulatoire des gestes de chirurgie carcinologique	ARS ORCA, fédérations, ES, associations d'usagers	En cours	II.4.7
Améliorer l'accès à la reconstruction après chirurgie	• Etablir un état des lieux pour mieux appréhender les difficultés et les besoins autour de la reconstruction mammaire après mastectomie totale en IDF • Lier par voie de convention, dans le cas de la mise à plat du dispositif d'autorisation, les activités de chirurgie mammaire et de reconstruction	ARS ORCA, ONCORIF, ES associations d'usagers	A déployer	II.5.3 II.5.6

Renforcer l'accès aux soins de support	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les ressources en soins de support dans la région et communiquer à destination des professionnels de santé et des patients sur les enjeux de la mise en œuvre et sur l'offre de soins de supports • Mettre en place le parcours de soin global après le traitement d'un cancer • Poursuivre la structuration au sein des ES de l'offre de soins de support pendant la phase active du traitement 	ONCORIF FACS, DAC, LCC, ARS, AFSOS	En cours	III.3.6, III.6.3 III.6.1, III.7.1 III.7.3, IV.2.9
Renforcer l'accès aux soins palliatifs	• Poursuivre le déploiement des éléments favorisant l'accès plus précoce aux soins palliatifs	CORPALIF ONCORIF, ARS, ES	En cours	III.3.6, III.4.5 III.6.2
	• Améliorer l'accès aux soins palliatifs et notamment à domicile	CORPALIF ONCORIF, ARS, ES, HAD, EMSPT, DAC, Acteurs ville	En cours	III.6.2
Chapitre 3 - S'assurer que les progrès bénéficient à tous				
1 – Garantir l'accès à la recherche et à l'innovation				
Soutenir le développement de l'ACP numérique	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les workflows numériques dans les laboratoires d'ACP • Mettre en place des entrepôts de données de santé partagés • Améliorer l'accès à l'extemporané par le développement de la télé-extemporanée • Développer la téléexpertise 	ARS ES, SESAN	A déployer	IV.6.4 IV.6.5
Développer et soutenir la recherche clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Déployer l'annuaire des essais cliniques en cancérologie en IDF afin d'améliorer et favoriser l'accès à la recherche clinique • Soutenir la recherche paramédicale – AAP APRESO en soins • Etudier la pertinence de la mise en place de postes de coordination de réseaux d'investigation en cancérologie 	GIRCI ONCORIF, ES, ARS	En cours	III.5.2 III.5.3 IV.2.7
Accompagner l'essor de la chirurgie télé assistée par robot pour les indications pertinentes	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner l'amélioration des pratiques : performance, qualité et pertinence • Piloter l'activité afin d'accompagner l'évolution de l'offre de soins et anticiper le maillage territorial • Soutenir et appuyer la recherche, innovation 	ORCA ARS	En cours	II.3.4
Améliorer l'accès aux tests génomiques	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser cette activité en communiquant régulièrement sur l'organisation des examens de SeqOIA auprès des acteurs régionaux • Améliorer l'articulation entre les pathologistes, les plateformes INCA et les RCP de SeqOIA notamment en terme d'optimisation des circuits des tissus. • Intégrer dans le développement du DCC la possibilité d'un interfaçage avec l'outil de e-prescription de SeqOIA 	Sequoia ES ONCORIF	En cours	II.3.3
Améliorer l'accès à la consultation et à l'avis oncogénétique	• Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique pour absorber les besoins non couverts et les nouveaux besoins	ARS	A déployer	II.3.3 III.2.2

Garantir l'accès aux thérapeutiques notamment innovantes	<ul style="list-style-type: none"> Organiser l'accès aux car-t cells. Améliorer la gestion des médicaments en tension Promouvoir la prescription de médicaments génériques et bio similaires pour générer des gains d'efficacité et permettre le financement des innovations 	ARS ES	En cours	IV.2.7
2 – Prendre en compte les spécificités des publics				
Adolescents – jeunes adultes	<ul style="list-style-type: none"> Finaliser la mise en place de la cellule ressource régionale AJA Améliorer le repérage des AJA (15-24 ans) diagnostiqués d'un cancer en Ile-de-France Augmenter la visibilité des RCP du réseau, des lieux de prise en charge, et des soins de support adaptés à la prise en charge des AJA Assurer une information et une formation des acteurs médicaux et paramédicaux de l'oncologie adulte sur les spécificités de la prise en charge des AJA 	ONCORIF AJA, ES, ARS	En cours	IV.2.4 IV.2.5 IV.2.9
Oncogériatrie	<ul style="list-style-type: none"> Identifier l'offre oncogériatrique sur le territoire et assurer la coopération entre les différents acteurs Améliorer le repérage des fragilités des personnes âgées cancéreuses y compris en EPHAD Améliorer l'accès aux soins de support et aux soins palliatifs à domicile Accompagner les aidants 	ONCORIF UCOG, ES, PS ARS	En cours	III.6.3 II.10.3
Cancéropédiatrie	<ul style="list-style-type: none"> Développer les activités d'oncogénétique et de pharmacogénétique : Renforcer les activités du suivi après cancer Porter une politique de ressources humaines en santé ambitieuse permettant de pérenniser la qualité du dispositif de soins Promouvoir de nouvelles approches thérapeutiques 	CANPEDIF, RIFHOP , ONCORIF, Fédérations, ES, ARS		IV.2.4 IV.2.5 IV.2.7 IV.2.9
Lutte contre les inégalités	<ul style="list-style-type: none"> Mieux faire connaître les indices de défavorisation sociale aux professionnels de santé et autres professionnels. Intégrer le recueil de ces indices pour mettre en place les conditions facilitant le recours aux soins de premier recours, au traitement du cancer et au suivi Améliorer les compétences en santé des publics 	ARS	A initier Assurance maladie / CRCDC IDF...	IV.3.1 IV.3.2 IV.3.4
3 - Gestion de crise				
	Elaborer une feuille de route pour combattre les pertes de chance par une attention spécifique à la continuité des actions de lutte contre les cancers en période de crise	ARS		IV.7.2 à 10

Annexe 2 – Indicateurs nationaux

Indicateur obligatoire	Indicateur facultatif						
Thématiques	Intitulé de l'indicateur		Source des données	Fournisseur de la donnée	Taux national	Taux régional	Cible IDF
Axe 1 – Améliorer la prévention							
1	Stratégies de prévention	Taux d'incidence des cancers	registre et SNDS	INCA			
2	Education à la prévention	Taux de dispositifs d'éducation à la prévention créés et proposés rapporté à la population des moins de 18 ans.	Enquête éducation nationale	INCA			
		Nombre de personnes (élèves / familles) atteintes par les actions, interventions, dispositifs d'éducation à la prévention (intra / péri-scolaire)	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>				
		Nombre de dispositifs, actions, interventions d'éducation à la prévention proposés par les acteurs en région financés ou non par les ARS	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>				
3	Accompagnement en prévention	Evolution des dépenses de prévention cancer par habitant	Etats financiers ARS	SCN			
		Nombre d'acteurs des secteurs santé, social, médicosocial ayant recouru ou bénéficié d'un dispositif d'accompagnement à la prévention	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>				
		Nombre de dispositifs d'accompagnement à la prévention proposés aux personnes acteurs des secteurs santé, social, médicosocial par les acteurs en région financés ou non par les ARS	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>				
4	Société protectrice	Nombre de maisons "sport santé" labellisées rapporté à 100 000 habitants	DGS	DGS			
		Nombre de collectivités ayant recouru ou bénéficié d'un dispositif d'accompagnement pour favoriser des environnements protecteurs et favorable à la prévention	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>				
5	Tabac	Prévalence du tabagisme	Baromètre santé (SPF)	INCA			
		Nombre d'espaces sans tabac	Plan tabac	DSP			
		Nombre d'actions d'accompagnement des fumeurs et/ou des professionnels	Plan tabac	DSP			
6	Alcool	Prévalence de la consommation d'alcool	Baromètre santé (SPF)	INCA			
		Nombre de dispositifs de communication et d'action de marketing social mis en œuvre	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>				
7	Nutrition	Prévalence du surpoids (obésité incluse)	Enquête obépi (INSERM/SPF)	INCA			
		Nombre d'expérimentations / sensibilisations visant à renforcer l'accès aux produits favorables à la santé	PNSE	DSP			
8	Risque infectieux	Taux de couverture vaccinale contre le HPV	SNDS	INCA			
9	Environnement	Taux de cancer liée à une exposition au radon	SNDS/ registre	INCA			
		Nombre de projets visant à réduire l'exposition de la population aux facteurs de risque environnementaux portés par les collectivités soutenus par les ARS	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>				
		Nombre d'actions de prévention et de sensibilisation aux risques et facteurs protecteurs environnementaux mises en place	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>				
10	Cancers professionnels	Evolution du nombre de cancers professionnels déclarés	Bases AM risque AT/MP (CNAM/CARSAT)	INCA			
		Nombre d'actions de prévention en matière d'exposition aux rayonnements UV					
		Nombre d'actions d'accompagnement des acteurs					
11	Accès au dépistage	Nombre de personnes participant aux dépistages	SNDS	INCA			
		Nombre de tests réalisés pour chacun des dépistages organisés		CRCDC			
20	Cancers de l'enfant	Nombre d'enfants bénéficiant des dispositifs créés	Indicateur expé nationale	DOS			
23	Gestion de crise	Dispositif opérationnel et activable de gestion de crise	ARS	ARS			

Thématiques		Intitulé de l'indicateur	Source des données	Fournisseur de la donnée	Taux national	Taux régional	Cible IDF
Axe 2 – Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie							
12	Innovation, pertinence	Evolution de journées d'HAD pour administration de chimiothérapie.	SNDS	INCA			
		Nombre d'actions de formation et/ou d'accompagnement des professionnels sur les sujets d'innovation et de pertinence		DIRNOV			
		Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des patients sur les sujets d'innovation et de pertinence		DIRNOV			
		Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des patients / des professionnels sur les sujets d'accompagnement psychologique et social des personnes		ONCORIF			
		Nombre d'actions d'organisation / d'évaluation de l'activité de reconstruction		DOS			
		Taux de mastectomies partielles réalisés en ambulatoire	PMSI	DOS			
13	Soins de support et séquelles	Taux de réhospitalisation à 30 jour après chirurgie du cancer	SNDS	INCA			
		Nombre de consultations prises en charge au titre de soins de support (psychologue / diététicien / APA)	Parcours après cancer	DIRNOV			
		Nombre de structures soins de support intégrées à la couverture régionale	Parcours après cancer	DIRNOV			
		Indicateurs de satisfaction des personnes bénéficiant des soins de support	Parcours après cancer	DIRNOV			
14	Suivi	Dépendances SSR		scansanté	INCA		
		Nombre de dispositifs de suivi			DOS		
		Indicateurs de satisfaction des personnes sur leur suivi	Enquête nationale VICAN	INCa			
15	Qualité de vie	Taux d'emploi après la maladie	VICAN 5	INCA			
		Nombre de dispositifs de soutien aux aidants mis en place					<i>Indicateur non mobilisé</i>
		Indicateurs de satisfaction des aidants					<i>Indicateur non mobilisé</i>
		Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des patients sur le sujet du droit à l'oubli					<i>Indicateur non mobilisé</i>
		Nombre de bénéficiaires de dispositifs aménagés de type campus connecté					<i>Indicateur non mobilisé</i>
		Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des professionnels sur le sujet du bénéfice du maintien d'une activité professionnelle adaptée					<i>Indicateur non mobilisé</i>
17	Parcours	Nombre de sites expérimentateurs organisant les filières de soin					<i>Indicateur non mobilisé</i>
4	Société protectrice	Nombre de dispositifs d'accompagnement proposés aux collectivités pour favoriser des environnements protecteurs et favorable à la prévention					<i>Indicateur non mobilisé</i>

Axe 3 - Lutter contre les facteurs de mauvais pronostic

13	Soins de support et séquelles	Nombre de patients atteints d'un cancer du sein ayant bénéficié d'un schéma d'irradiation hypofractionnée	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>			
		Nombre de personnes (patients et proches) bénéficiant d'une consultation oncogénétique	Enquête annuelle	INCa		
16	Diagnostic	Pourcentage de la population à plus de 30 min IRM	ARHGOS	DREES		
		Délai d'accès à l'IRM	<i>Demande formulée auprès de l'INCA pour une définition et réalisation des mesures</i>			
		Nombre d'actions d'information / de sensibilisation / de formation des professionnels et des patients sur le sujet des dépistages	-	CRCDC ONCORIF		
17	Parcours	proportion de patients atteints d'un cancer dont le délai entre le diagnostic et le premier traitement est inférieur à 6 mois (indicateurs disponibles pour le cancer du sein et le cancer colo-rectal).	FIR	INCA		
		Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des patients sur le sujet des parcours		ONCORIF		
18	Soins de support plus adaptés	Dépenses en soin de support financées par les ARS	FIR	INCA		
	Soins de support renforcés	Nombre de programmes de soins de support en proximité	Suivi expérimentation	ARS		
19	Accompagnement renforcé	Nombre de patients qui ont bénéficié d'au moins une téléconsultation avec un oncologue	SNDS	INCA		
	Suivi renforcé	Nombre de patients équipés d'un dispositif de télésurveillance		DIRNOV		
		Délai par rapport à la précédente consultation d'IRM	<i>Demande formulée auprès de l'INCA pour une définition et réalisation des mesures</i>			

Axe 4 – S'assurer que les progrès bénéficient à tous

20	Cancers de l'enfant	Taux de survie chez les enfants	Registres et SNDS	INCA		
		Nombre d'enfants bénéficiant des dispositifs de suivi à long terme créés	Suivi expérimentation	DOS		
21	Inégalités	Taux de participation au dépistage organisé cancer du col de l'utérus selon l'indice de défavorisation FDEP	SNDS	INCA		
		Nombre de projets de recherche, d'expérimentations, d'actions soutenus sur les inégalités				
		Nombre d'actions d'information / de sensibilisation adaptées au personnes				
22	Territoires isolés (notamment ultra marins)	Taux de fuite hors région	Scansanté	INCA		
		Nombre de projets adaptés aux territoires isolés soutenus par les ARS	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>			
		Nombre de coopérations avec / entre les territoires isolés soutenus par les ARS	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>			
23	Gestion de crise	Taux d'accès aux équipements (IRM etc.) et à un spécialiste (oncologue, établissement spécialisé en cancérologie).	<i>Indicateur non mobilisé en IDF</i>			
		Nombre d'autorisations temporaires d'activité	ARS	DGOS		
		Dispositif opérationnel et activable de gestion de crise	ARS	ARS		Procédure

Annexe 3 - Contribution de l'ARS IdF à la stratégie décennale

Actions nationales			IDF
AXE 1 : Améliorer la prévention			
Stratégie de prévention	I.2.1	Engager une stratégie opérationnelle, complète, durable et forte mobilisant tous les leviers, en appui du PNSP	X
Éducation à la prévention	I.9.2	Accompagner l'ensemble des acteurs grâce à des dispositifs intégrés	
	I.9.3	Développer des interventions impliquant les familles dans les structures de la petite enfance	
	I.9.6	Engager des actions vers le supérieur, notamment sur tabac et alcool	X
Accompagnement en prévention	I.10.2	Mobiliser les acteurs des secteurs santé, social, médicosocial comme des relais de prévention	X
	I.11.2	Accompagner les collectivités à agir notamment par des politiques d'urbanisme adaptées	
	I.11.6	Promouvoir les actions de communication sur l'activité physique	X
Tabac	I.3.2	Étendre les espaces sans tabac et faire respecter l'interdiction de fumer et de vente aux mineurs	X
	I.3.4	Dénormaliser totalement l'image du tabac	X
	I.3.6	Impliquer l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux à l'accompagnement de l'arrêt du tabac	X
	I.3.7	Renforcer l'accompagnement des fumeurs en développant la communication et le marketing social	X
Alcool	I.4.3	Amplifier les dispositifs de communication et actions de marketing social / le déploiement de cette action devra être conforme au cadre général d'intervention fixé par la DGS dans le cadre du futur Plan national alcool (PNA).	
	I.4.4	Impliquer l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médicosociaux au repérage précoce et à l'intervention brève	
Nutrition	I.5.5	Rendre accessibles à tous les produits favorables à la santé en proposant des expérimentations / sensibilisation. Le cas échéant, une articulation sera recherchée avec d'autres plans ou déclinaisons régionaux (par exemple le Plan Régional Santé Environnement, la déclinaison du Programme national nutrition santé).	X
	I.5.6	Encourager les collectivités à développer des plans et initiatives nutrition et à promouvoir l'activité physique	X
	I.5.7	Promouvoir pour tous et à tous les âges la pratique de l'activité physique et limiter les comportements sédentaires	X
Risque infectieux	I.6.3	Accompagner les acteurs des secteurs santé social médicosocial grâce à des outils adaptés	X
Environnement	I.7.3	Aider les collectivités à intégrer la santé dans l'ensemble de leurs actions	
	I.7.4	Mettre en place des actions de prévention permettant de réduire les expositions aux polluants et aux UV en envisageant un plan zéro exposition à l'école	
	I.7.5	Informar les personnes sur les risques, de façon ciblée et accessible, et sur les comportements de précaution possibles	
Focus cancers professionnels	I.8.3	Accompagner les acteurs des secteurs santé, social, médicosocial par l'information et la formation	
	I.8.5	Améliorer la prévention en matière d'exposition aux rayonnements ultraviolets	
Accès au dépistage	I.12.1	Développer des approches proposant un dépistage après une intervention de prévention ou de soins non programmés	X
	I.12.3	Simplifier l'accès au dépistage (développer des approches de type « aller vers »)	X
	I.12.4	Envisager des partenariats pour réaliser des opérations de sensibilisation	X
AXE 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie			
Accès à l'innovation et pertinence	II.3.3	Rendre la médecine de précision accessible à tous et aider au consentement éclairé	X
	II.3.4	Encourager l'innovation en diagnostic et en thérapies médicales notamment ciblées, radiothérapie, chirurgie, RI	X
	II.3.5	Accompagner les professionnels de santé par une diffusion plus efficace des stratégies thérapeutiques innovantes	
	II.4.7	Proposer chaque fois que c'est possible aux patients la possibilité de soins ambulatoires, au domicile le cas échéant	X
	II.5.1	Organiser un circuit d'accès à la reconstruction	X
	II.5.3	Evaluer l'activité de reconstruction dans toutes ses dimensions (délais, causes de non-recours...)	X
	II.5.5	Renforcer l'information et l'accompagnement psychologique et social des personnes	
	II.11.1	Former les professionnels des secteurs santé, social, médicosocial à l'approche relationnelle avec ces patients	

Soins de support et séquelles	II.6.2	Accompagner les professionnels par des formations et outils d'aide à la pratique, notamment d'évaluation du besoin	
	II.6.5	Assurer aux personnes une information éclairée sur les soins de support	X
	II.6.6	Encourager une offre de soins de support en proximité	X
	II.7.1	Expérimenter un dispositif pluridisciplinaire et intégré de dépistage et de traitement des séquelles	X
	II.7.2	Structurer et faire connaître l'offre existante de prise en charge des séquelles	
	II.7.5	Former les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, de ville et hospitaliers	
Suivi	II.7.6	Améliorer l'information des patients aux temps forts du parcours et développer des programmes d'éducation thérapeutique	
	II.8.1	Accompagner les professionnels de ville sur la chimiothérapie orale afin qu'ils apportent informations et conseils aux patients	
	II.9.1	Mettre en place une gradation du suivi ville / hôpital des patients, s'inscrivant dans une ambition nationale « coordination »	
	II.9.3	Proposer des recommandations et des actions de formation innovantes et communes à l'ensemble des professionnels	
Qualité de vie	II.9.4	Améliorer l'accès à certains professionnels de santé le cas échéant par téléconsultation, impliquant les complémentaires santé	
	II.10.3	Offrir aux aidants un soutien, en termes psychologiques, de lieux de répit, d'information	
	II.12.4	Informers de façon adaptée les personnes sur le droit à l'oubli, au plus tôt dans le parcours	
	II.13.1	Sensibiliser les professionnels de santé au bénéfice du maintien d'une activité professionnelle adaptée pendant et après	
AXE 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostic			
Diagnostics plus rapides	III.2.1	Sensibiliser et former les professionnels de santé, y compris les professionnels du premier recours au repérage précoce des signes d'appel	
	III.2.2	Assurer l'information des personnes, notamment des personnes présentant un risque accru	
	III.2.3	Mettre en place des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée accélérée dans le parcours et les évaluer	X
	III.2.4	Améliorer l'accès à l'offre d'imagerie médicale, notamment IRM corps entier, et de médecine nucléaire sur les territoires pour tous les patients atteints de cancer	
	III.3.3	Optimiser la coordination entre les acteurs pour fluidifier les parcours et réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques pour tous les patients	X
Parcours plus fluides	III.3.4	Offrir aux patients une information complète garantissant un consentement éclairé	
	III.3.5	Assurer aux patients un accompagnement renforcé reposant sur le repérage des fragilités	X
	III.3.6	Permettre une orientation précoce des patients vers des soins de support, notamment soins palliatifs	X
Soins de support plus adaptés	III.6.1	Mettre en place des programmes de soins de support en proximité et d'éducation thérapeutique intégrant les principaux facteurs de risque	X
	III.6.2	Garantir une prise en compte renforcée de la douleur et des soins palliatifs	X
	III.6.3	Systématiser la proposition de soutien renforcé aux aidants et à l'entourage des patients	
Accompagnement renforcé	III.7.1	Garantir un suivi gradué ville hôpital avec une sensibilisation adaptée des professionnels de ville	X
	III.7.3	Offrir aux personnes la possibilité de bénéficier d'un soutien psychologique après la maladie	X
AXE 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous			
Cancers de l'enfant et de l'AJA	IV.2.4	Structurer et consolider une offre de soins d'excellence	X
	IV.2.5	Renforcer la formation des professionnels de santé notamment non spécialistes de l'enfant	
	IV.2.6	Sensibiliser les professionnels au diagnostic précoce des cancers pédiatriques	
	IV.2.7	Garantir l'accès aux thérapeutiques les plus pertinentes, aux essais cliniques, à l'innovation	X
	IV.2.9	Proposer une offre de soins de support adaptée	X
	IV.2.10	Accompagner les familles pour rendre l'accès aux soins plus facile et améliorer la qualité de vie des familles	
	IV.2.11	Mettre en place un dispositif de suivi à long terme des enfants et des adolescents et jeunes adultes	X
Lutte contre les inégalités	IV.3.2	Faire en sorte que chaque contact compte en mobilisant tous les professionnels concernés	
	IV.3.3	Proposer un accompagnement adapté aux personnes (avec référents / en téléconsult / ...)	
	IV.3.4	Proposer une information adaptée aux personnes en prévention, soins, après cancer	
	IV.3.5	Limiter le renoncement aux soins des personnes	
Territoires isolés	IV.4.1	Adapter les actions de lutte contre le cancer dans les territoires d'outre-mer	
	IV.4.2	Garantir la coordination de l'ensemble des acteurs notamment grâce au numérique	
	IV.4.3	Soutenir les coopérations dans les zones ultra marines (prévention, soins, recherche)	
	IV.4.4	Assurer l'équité d'accès des personnes aux soins tout au long du parcours	

	IV.4.5	Développer l'attractivité des territoires pour les patients et pour les professionnels (soutien au numérique, recherche, formation, installation...)	
Gestion de crise	IV.7.2	Permettre aux personnes de continuer à adopter des comportements favorables à leur santé y compris en période de crise	X
	IV.7.3	Assurer la poursuite des dépistages des cancers	X
	IV.7.4	Garantir l'accès à un diagnostic rapide	X
	IV.7.5	Mettre en place des RCP ad hoc, au besoin élargies à d'autres experts, afin de bien prendre en compte les particularités du contexte de crise	X
	IV.7.6	Garantir l'accès aux thérapeutiques pertinentes dans des délais adaptés	X
	IV.7.7	Privilégier les lieux de soins les plus adaptés et notamment les dispositifs de maintien à domicile lorsque nécessaire	X
	IV.7.8	Assurer l'accès à des soins de support le plus en proximité possible	X
	IV.7.9	Garantir un suivi renforcé des personnes	X
	IV.7.10	Permettre la poursuite des essais cliniques	X

L'ARS a souhaité s'inscrire dans des actions non identifiées pour avoir une déclinaison régionale dans l'instruction encadrant la déclinaison. Il s'agit notamment des actions suivantes :

- Promouvoir la vaccination HPV ciblant les enfants de 11 ans, en agissant de manière coordonnée sur tous les leviers possibles (action I.6.1)
- Améliorer l'information des personnes, notamment par la remise de programme personnalisé de l'après-cancer (action II.9.6)
- Garantir la conciliation médicamenteuse à toutes les étapes du parcours du patient (action III.4.3)
- Offrir à tous les patients la possibilité de participer à des essais, ouvrir à plus de centres y compris en outre-mer en s'assurant de la qualité de ces centres pour la recherche clinique (action III.5.2)
- Améliorer la lisibilité de l'offre d'essais cliniques (grâce à un portail mis à jour et accessible) (action III.5.3)
- Mobiliser l'intelligence artificielle pour analyser les données (aide au diagnostic, prédiction de l'efficacité...) (action IV.6.4)

Annexe 4 – Glossaire

ACP	Anatomie et Cytologie Pathologiques
ALD	Affection Longue Durée
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
CLIP	Centres Labellisés INCa de phase précoce
CRCDC	Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers
DO CCR	Dépistage organisé du cancer colorectal
DO CCU	Dépistage organisé du cancer col de l'utérus
DO CS	Dépistage organisé du cancer du sein
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EMSPT	Equipe Mobile de Soins Palliatifs Territoriale
ES	Établissements de santé
FNEAD	Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile
GIRCI	Groupement Interrégional de Recherche clinique et d'Innovation
GISCOP	Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine Saint-Denis
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPV	Human Papillomavirus
INCa	Institut National du Cancer
LISP	Lits Identifiés Soins Palliatifs
MERM	Manipulateur Electro Radiologie Médicale
ONCORIF	Dispositif spécifique régional de cancérologie (DSRC)
ORS	Observatoire Régional de Santé
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
SIRIC	Sites de recherche intégrée sur le cancer
SPF	Santé publique France
SSR	Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
USP	Unité de Soins Palliatifs
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine