

# LE PLAN CANCER

C'est un plan de mobilisation nationale contre le cancer. Il a été institué en 2003 et est en place jusqu'en 2007. Il a été mis en place car le cancer concerne en France, chaque année 280000 nouveaux cas et les décès annuels par cancer sont de l'ordre de 150000. C'est la première cause de mortalité prématurée.

La prise en charge du cancer ne peut se limiter à une prise en charge technique ni se limiter aux malades. Les patients ont besoin d'humanité et les conjoints ou parents proches ont besoin d'information et doivent souvent assurer un soutien du malade.

Grâce aux progrès de la recherche, des traitements et de la prévention, un cancer sur deux est guéri chez les femmes et trois sur quatre chez les enfants.

Trois objectifs sont essentiels : augmenter la guérison, diminuer la souffrance et changer la vision qu'à la population de cette maladie.

Le plan a été institué par le président de la république le 14 Juillet 2002 et est le fruit de réflexion de tous les acteurs : patients, professionnels, animateurs d'associations ... qui participent à la lutte contre la maladie.

Le plan est un plan de mobilisation nationale contre le cancer, la lutte contre cette maladie exigeant un effort de recherche, de prévention primaire, de dépistage, de traitement y compris le soutien psychologique de la maladie.

C'est un programme stratégique sur 5 années qui comporte 6 chapitres opérationnels et prioritaires : prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir afin de faire régresser la maladie.

**L'objectif à 5 années est de diminuer la mortalité par cancer de 20 %**

Le plan doit avoir un impact sur l'organisation de notre système de santé.

## I) LA PREVENTION PRIMAIRE

Elle a pour objectif de diminuer l'exposition à des facteurs causaux de cancer.

Ces facteurs sont essentiellement le tabagisme, l'excès de boissons alcoolisées, l'exposition des jeunes au soleil, ne pas inclure dans l'alimentation de fruits et de légumes.

Les agressions peuvent être directes (comportement de l'individu) ou subies : côtoyer un fumeur, travailler au contact non protégé de substances cancérigènes, respirer un air pollué...

Les cancers induits par les facteurs les plus connus qu'ils soient comportementaux ou industriels sont souvent graves : cancer du poumon, cancer ORL, cancer de l'estomac, mélanome, colon, rectum, mesothéliome, hépato-carcinome, et touchent les plus jeunes.

Ce qui est regrettable c'est que les facteurs causaux étant connus et la part attribuable étant estimée et importante, des changements comportementaux et/ou des mesures de protection en entreprise pourraient éviter une très grande partie de ces cancers.

Quels sont les éléments qui favorisent l'efficacité de la prévention primaire ? On peut se limiter à quatre.

**1) -Mieux connaître la maladie et son évolution : ceci grâce :**

- au soutien des registres de tumeurs qui devaient rapidement couvrir 15% de la population,
- au croisement des bases avec celles du PMSI
- au codage de la radiothérapie libérale
- au développement des analyses épidémiologiques régionales pour assister les politiques régionales de santé.
- au développement des partenariats avec les instances nationales et internationales (InVS-CIRC, OMS...).

**2)- lutter contre le tabagisme par :**

*a) l'accès plus difficile au tabac* (augmentation des taxes, interdiction des paquets de taille réduite ou augmentée, interdiction du tabagisme aux moins de 16 ans),

- faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs (lieux de travail, transports, lieux publics, espaces spéciaux dans les hôtels et restaurants),
- prévention et éducation à la santé à l'école ; faire respecter l'interdiction de fumer dans les écoles pour les élèves et les adultes, permettre aux infirmières scolaires de délivrer des substitutifs nicotiques,
- faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac (publicité, sanctions, ...)
- mobiliser les associations de lutte contre le tabagisme aussi bien au niveau des sanctions des infractions que des programmes de formation des professionnels, ceci en les finançant (Etat ou Assurance maladie),

*b) - aider à l'arrêt du tabac par* : des actions volontaristes d'éducation à la santé,

- prise en charge partielle par l'assurance maladie de substituts nicotiques dans le cadre d'un protocole d'arrêt,
- mettre en place dans chaque département une consultation hospitalière anti-tabac,
- enseigner en première année de médecine la prévention et l'éducation à la santé ceci avec un volet tabac,
- inclure ces conseils dans la consultation de prévention prévue par la loi d'orientation en santé publique,

*c) - lutter contre le tabagisme des femmes enceintes* (information, consultation de sevrage, ...)

*d) - financer la campagne grand public* et passer des partenariats avec les médias TV pour supprimer le tabagisme sur le plateau,

*e) - utiliser l'augmentation des taxes* pour financer les actions de prévention contre le cancer ainsi que des actions de soins

**3)-renforcer la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux** grâce à une meilleure implication des services de santé :au travail dans la prévention des cancers.

- systématisation de la surveillance épidémiologique des personnes exposées aux risques cancérigènes
- meilleure identification des cancers professionnels,
- Renforcement des dispositifs de contrôle des substances cancérigènes en entreprise,et des risques à effets différés (amiante, poussière de bois),
- mettre en place un suivi dans le temps du risque d'exposition:  
diminution des seuils d'exposition,
  - valeur limite d'exposition aux rayonnements ionisants diminués de 50 à 20msv par an.
  - valeur limite d'exposition au benzene de 3 à 1 ppm
  - valeur limite d'exposition aux poussières de bois (à définir)
  - renforcement des mesures concernant les substances chimiques dangereuses.
- associer le médecin du travail en mettant en place la notion d'entreprise sans tabac, utiliser des outils pédagogiques, faciliter l'accès aux substituts nicotiniques.
- améliorer le dispositif de connaissance des impacts concernant les agents polluants présents dans l'environnement (repérage des sites contaminés, étude des facteurs de risque: dioxine, plomb, particules, benzène, radon, arsenic, rayonnements électromagnétiques, faibles doses de rayonnements ionisants etc.....),

**4) développer la prévention des autres risques et la promotion des attitudes favorable à la santé :**

- promotion de l'hygiène alimentaire avec des avertissements sanitaires lisibles sur les emballages,
- aider l'arrêt de la consommation excessive d'alcool (repérage des buveurs excessifs, consultation de prévention, campagne d'information grand public),
- à l'école et à l'université renforcer les actions de prévention et d'éducation en fonction du risque notamment carcinologique
- développer dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS)des actions de promotion de l'hygiène alimentaire (augmentation de la qualité diététique des repas y compris à la cantine, campagne pour augmenter la consommation de fruits et légumes, information sur les paquetages des produits alimentaires, le taux de graisses, le rapport graisse saturée/graisse insaturée, l'apport calorique),
- développer des actions de prévention du mélanome: prévention de l'exposition solaire des petits enfants.

**II) - LA PREVENTION SECONDAIRE: METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE DEPISTAGE PRECOCCE POUR LES PRINCIPAUX TYPES DE CANCERS.**

Un cancer diagnostiqué précocement permet de rendre les traitements moins pénibles et moins invalidants.

Dans un certain nombre de cas, les chances de guérison sont bien supérieures quand il y a un dépistage régulier et un diagnostic précoce.

**1)-généralisation de dépistage du cancer du sein à toute la France** avec évaluation pour chaque département et région de la qualité et des résultats du dispositif.

**2)-faciliter le développement du dépistage du cancer du colon** par l'hémocult à partir de 20 sites expérimentaux.

**3)-développer les actions de « dépistage » du cancer du col de l'utérus chez la femme à risque** (frottis chez les femmes marginalisées, information, recherche du papilloma virus).

**4)-développer les campagnes d'information grand public pour la détection des mélanomes et sensibiliser tous les professionnels** à ce dépistage précoce (kinésithérapeutes, coiffeurs, esthéticiennes, ...).

**5)-renforcer les consultations d'oncogénétique et conforter l'accès aux tests de prédisposition génétique des cancers du sein (BRCA 1 et 2) du cancer du colon et des maladies rares** par des laboratoires qualifiés.

### **III) FAIRE EVOLUER L'ORGANISATION DES SOINS AUTOUR DES PATIENTS (transparence, coordination, équité dans l'information, l'accès aux innovations et à une prise en charge globale et personnalisée)**

Recherche d'une équité dans le traitement du patient ; donc nécessité de coordonner les soins, de respecter les bonnes pratiques et d'accéder aux équipements et aux traitements innovants.

Quatre grandes orientations :

#### **1) coordonner les soins en ville et à l'hôpital autour du patient.**

##### *a)-création d'un réseau régional du cancer*

- le réseau doit apporter au patient une prise en charge multidisciplinaire ainsi qu'une continuité des soins depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à son retour au domicile,
- ceci concerne tous les patients,
- les établissements ayant une activité en cancérologie doivent s'assurer que les patients sont pris en charge par le réseau (on peut s'appuyer sur le réseau local : consultation d'annonce, centre de coordination en cancérologie, ...),
- au niveau régional le réseau régional des cancers, intègre le pôle régional de cancérologie,
- ce réseau coordonne les acteurs à l'échelle régionale
  - organise les outils communs : système d'information et partage des données patients, guide de bonne pratique, filière de recours,
  - organise l'évaluation de ses membres et est l'interlocuteur privilégié de l'ARH,
- en 2007, la cancérologie doit s'inscrire obligatoirement dans le cadre de

réseau. Tout praticien qui prend en charge un patient cancéreux doit le faire au sein d'une équipe pluridisciplinaire inscrite dans le réseau.

***b)- mise en place au sein de chaque région d'un pôle régionale de cancérologie.***

- regrouper les établissements assurant des missions de recours et de référence,
- le pôle régional de cancérologie constitue la tête de réseau régional il assure des missions de recherche et d'enseignement,
- les établissements concernés sont les CHU, les CRLC et les centres hospitaliers ou les cliniques hautement spécialisées en cancérologie,
- au sein du pôle régional les établissements mettent en cohérence leur stratégie médicale et l'organisation de leur plateau technique.

A terme, il devra y avoir un projet médical commun avec organisation des missions et des moyens : enseignement, recherche, plateau technique, équipement et activités spécialisées ou onéreuses ceci devant être avalisé par l'ARH.

Au sein du pôle, il faut mettre en place des équipements structurants qui seront ouverts aux autres acteurs du réseau : publics ou privés.

***c)-faire bénéficier 100 % de nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier.***

Ceci conduit à synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette évaluation en un « ***programme personnalisé de soins*** » remis au patient.

***d)-identifier les Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans chaque établissement traitant de patients cancéreux.***

- Coordination médicale de la cancérologie de l'établissement : en particulier ***les réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie*** (en utilisant les nouvelles techniques : télé conférence, visio conférences, ...),
- assurance qualité du programme personnalisé de soins pour chaque patient,
- suivi individualisé des patients avec aide et soutien,
- au sein de chaque établissement données chiffrées d'activité et de qualité en cancérologie.

Le patient pourra donc soit directement, soit pour son médecin traitant contacter le 3C pour des renseignements (par un médecin référent ou une association reconnue à cet effet par la structure).

Les médecins généralistes qui s'occupent de ces patients doivent faire partie du réseau (financement spécifique par la DNDR), doivent participer au pluridisciplinaire et accéder au dossier médical des patients.

***e)-mettre en place (en cours) un dossier communiquant au sein de chaque réseau de cancérologie (dossier qui ensuite devrait couvrir toutes les pathologies).***

***f)-recommandation des pratiques cliniques*** : l'InCa assurera la maîtrise d'ouvrage, ceci doit être facilement accessible aux professionnels et aux patients.

Les supports d'information dont le contenu sera unique pourront être diffusés par les réseaux de soins, les associations et les points d'informations patients (médecin de famille, pharmacie, ...).

***g)-établir des critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie dans les établissements publics et privés.***

La qualité en cancérologie concerne :

- activité et qualité (chirurgie ...),
- équipement et organisation (biologie, chimiothérapie, radiothérapie),
- organisation interne et externe de l'établissement autour de la prise en charge globale du patient.

L'InCa définit les référentiels et identifie les critères de qualité.

L'ANAES assure la méthodologie et valide in fine les référentiels du point de vue de la qualité d'élaboration.

Ceci conduit à des agréments mis en œuvre au niveau régional sous l'autorité de l'ARH.

Les réseaux régionaux de cancer participent à cet agrément par l'évaluation des établissements qui en font partie.

Si un établissement ne peut satisfaire aux référentiels il peut s'inscrire dans un réseau de cancérologie ce qui permettra au chirurgien d'opérer dans une structure qui a l'environnement le plus approprié.

***h)-pour les enfants et les personnes âgées :***

- agréer les sites spécialisés dans la prise en charge des enfants,
- développer le soutien aux familles des enfants,
- conduire des programmes de recherche spécifiques aux enfants,
- en oncogériatrie, une mission est créée pour promouvoir et coordonner les travaux dans les domaines de l'épidémiologie, l'adaptation des traitements et les essais cliniques chez les personnes âgées.

**2) Donner l'accès à l'information notamment pour le patient.**

***a)-rendre le système de prise en charge du cancer transparent et compréhensible*** pour les patients en développant au plus près des lieux de vie les points d'information sur le cancer (coordonnées du site du réseau, cancer info service, pharmacies, internet) ceci essentiellement grâce à l'action de l'InCa.

***b)-définir les conditions d'annonce du diagnostic*** avec si nécessaire recours psychologique avec rémunération des structures pour le temps passé par les médecins.

***c)-faciliter la chimiothérapie à domicile :*** et plus généralement les soins à domicile : après une création et reconversion de lits d'HDA (2000 prévus), définition des règles de qualité de la chimiothérapie à domicile, faciliter l'accès des pharmacies hospitalières aux soins à domicile, définir la dimension médico-légale, assurer le financement des molécules onéreuses à domicile comme à l'hôpital, avec analyse de la traçabilité de la prescription et de la dispensation.

**3) Assurer au patient un accompagnement global de la personne.**

*a)-faciliter l'accès aux soins de support*, prise en compte de la douleur et soutien psychologique et social, kinésithérapeute, nutritionnistes, ...

- création d'équipes mobiles de support,
- formation de soignants et des médecins cliniciens à la dimension psychologique de l'accompagnement du patient,
- financement spécifique des psychologues et psychiatriques au sein du réseau d'oncologie,
- améliorer le soutien aux familles des patients.

*b)-Soutenir le développement de soins palliatifs* dont 80 % de l'activité est consacrée au cancer.

- sensibiliser l'ensemble des soignants et médecins aux besoins et attentes particulières de patient en fin de vie,
- augmenter la capacité de prise en charge en favorisant toutes les formes d'organisation en institution et à domicile (créer au moins une unité de soins palliatifs dans chaque pôle régional de cancérologie).

Financer ces dans le cadre de la T2A.

**4) Offrir l'accès le plus large à l'innovation diagnostique et thérapeutique** (modernisation des modes de financement et programme d'investissement volontariste)

*a)-augmenter le parc d'appareils de diagnostic et de suivi de cancer* (IRM, Scanner, TEP) avec les ressources humaines et de fonctionnement adéquates :

- 1 TEP / 10<sup>6</sup> ha dont au moins 1 par CHU et CLCC
- 2 scanners ou IRM de plus par région pour le cancer.

Tout ceci au sein de structures publiques ou privées.

*b)-rénover les appareils de radiothérapie*

- extension des autorisations
- suppression des « cobalts »,
- remplacer les accélérateurs.

Ceci avec les ressources humaines et de fonctionnement adéquates.  
Equipements localisés dans les structures publiques et privées.

*c)-rapprocher les modes de financement des médicaments et dispositifs onéreux* et innovants dans le public et le privé afin de garantir une équité d'accès à ces dispositifs pour les patients.

- c'est la tonification à l'activité
- ce financement devrait répondre à des règles d'utilité, de bonnes pratiques et d'encadrement de la prescription avec :
  - Respect d'un cahier des charges par les structures,
  - Déclaration individuelle des prescriptions en accord avec les règles des bonnes pratique et le respect de l'AMM, contrôle régulier des prescriptions et des impacts individuels,
  - Prix des molécules acceptables.

L'InCa participera à l'évaluation permanente des dispositifs.

Le programme STIC (Soins Techniques innovants et coûteux) sera recentré sur l'évaluation coût

utilité des dispositifs innovants afin de prévoir éventuellement leur financement.

- développer l'évaluation des nouvelles molécules de cancérologie par un suivi public des études post AMM (ceci car pour les nouveaux médicaments il faut permettre aux patients d'y accéder rapidement) travail de l'InCa avec l'AFSSAPS et les laboratoires pharmaceutiques (notamment pour les ATU).
- répondre à la surcharge en travail des médecins et du personnel soignant :
  - . réseaux et équipes de soutien,
  - . moyens humains correspondant aux activités nouvelles,
  - . renforcement de la formation initiale en cancérologie.
- développer l'anatomopathologie et l'hématologie biologique en favorisant l'implantation hospitalière des innovations diagnostique validées.
- Soutenir, renforcer et créer des tumorothèques hospitalières à visée thérapeutique.
- Moderniser la cotation de certains actes médicaux ou soignants afin de favoriser les meilleures pratiques (surveillance de chimiothérapie, rémunération de participation à la consultation multi disciplinaire...)
- Favoriser des mesures adaptées à la situation des DOM-TOM
  - Rechercher un mécanisme de financement des soins du cancer incitatif aux meilleures pratiques, en conduisant une expérimentation pilote de tarification à la pathologie des réseaux de soins en cancérologie.

#### **IV – ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PLUS HUMAIN ET PLUS SOLIDAIRE :**

- 2) – **Renforcer l'accès des patients aux prêts et aux assurances (convention Belorgey)**
- 3) **Améliorer les dispositifs de maintien de l'emploi, de retour à l'emploi, et prise de congés pour accompagner un proche (mettre à la disposition des réseaux les informations concernant les textes à ce sujet)**
  - a)-favoriser l'insertion professionnelle, le maintien dans l'emploi, et le retour à l'emploi pour les patients atteints de cancer ou d'une autre maladie invalidante*
  - b)-faciliter le maintien à domicile des patients par une possibilité accrue de recours aux soins et aux aides à domicile. (soins infirmiers à domicile pour les phases d'inter-traitement, information sur les structures d'aides à domicile ceci avec les associations)*
  - c)-Faciliter la présence des parents auprès de leurs enfants malades par une amélioration des dispositifs d'aide existants qui ne donnent pas aujourd'hui satisfaction.*
- 4) – **Améliorer la prise en charge de certains dispositifs médicaux et esthétiques**

Associer l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires dans la prise

en charge de ces dispositifs.

**5) – Favoriser la présence des associations de patients et d’usagers dans l’hôpital, en définissant un cadre d’intervention en milieu hospitalier.**

*a)-renforcer le rôle des associations de patients et des associations de parents d’enfants dans la recherche clinique* (CPP, essais cliniques, protocoles de recherche...)

*b)-mieux reconnaître et organiser la présence des bénévoles et associations de patients et de parents d’enfants au sein des structures de soins* (convention association hôpital, référents pour les associations, formation continue pour les bénévoles et vice versa)

### **V – UNE FORMATION PLUS ADAPTEE**

Formation initiale et continue d’un plus grand nombre de professionnels compétents dans la prise en charge du cancer.

**6) renforcer le dispositif de formation initiale en cancérologie afin d’augmenter le nombre potentiel de médecins pouvant prendre en charge le cancer.**

*a)-rendre la filière plus attractive* et former d’avantage de spécialistes compétents dans cette discipline (créer une filière d’hémato-cancérologie, poursuivre la rénovation des DES de cancérologie en cohérence avec les filières européennes, réviser le programme de DESC (faciliter son accès à la chirurgie, l’anatomopathologie, la génétique, la biologie cellulaire,...)

*b)-Augmenter la capacité d’encadrement des services* de formation en cancérologie (augmenter les sites formateurs, augmenter les postes d’internes en oncologie médicale, radiothérapie, spécialistes des DESC d’oncologie), chirurgie cancérologique, anatomopathologique, ouvrir des postes d’assistants, de chefs de clinique dans les services agréés pour la formation en cancérologie)

*c)-Mieux organiser la formation médicale continue en cancérologie.*

**2) Renforcer les filières paramédicales de prise en charge des cancers par une formation plus adaptée.**

*a)-favoriser le développement des activités des professions paramédicales*, des infirmiers dans le domaine des cancers dans le public, le privé et l’activité libérale.

*b)-favoriser l’identification et la reconnaissance des nouveaux métiers en cancérologie* (expl : dosimétristes en radiothérapie, extension de compétences soignantes, revaloriser la radiophysique).

### **VI – RECHERCHE**

Dynamiser et coordonner la recherche en cancérologie, la porter au niveau international notamment dans les domaines de la génomique, les sciences sociales et économiques.

**1) Identifier au niveau régional et « inter-régional » des cancéropôles assurant un**

continuum soins recherche du malade au malade associant les hôpitaux de référence et unités de recherche labellisées

Ces pôles régionaux de cancérologie qui disposent d'un potentiel particulier en matière de recherche et d'innovation peuvent constituer un cancéropôle en associant éventuellement un ou plusieurs partenaires extérieurs.

*a)-Equipes de recherche* : INSERM, CNRS, CEA, Université.

*b)-Les cancéropôles* ont pour vocation de développer un pilotage opérationnel de leurs actions programmées, ils développent les programmes de recherche thématiques promus par l'InCa et peuvent être financés.

Les quatre dimensions principales des cancéropôles sont :

- la constitution de grandes tumorothèques pour la recherche génomique.
- la mise en place de plateformes d'analyse géromique et protéomique à haut débit (compréhension de la maladie, recherche de cibles diagnostiques et thérapeutiques),
- promotion d'essais cliniques de stratégies thérapeutiques,
- promotion d'études en sciences sociales, économiques et humaines.

Développements de partenariats avec l'industrie.

**2) Développer, au travers de l'InCa une politique de recherche orientée par programmes et favorisant les partenariats entre recherche publique et recherche privée.**

*a)-donner une forte impulsion à la recherche sur le cancer* au travers d'une stratégie nationale de recherche et de financements (appels d'offre, co-financements de projets, PHRC)

Ces programmes associeront les grands organismes (INSERM, CNRS, CEA et acteurs actuels de la recherche en cancérologie)

3 grandes thématiques :

- biologie et géromique fonctionnelle,
- recherche clinique : évaluation des stratégies thérapeutiques, médicales, chirurgicales, radiothérapies et études populationnelles (objectif : inclure 10 % de patients inclus dans les pôles régionaux de cancérologie et 5 % dans les autres structures),
- recherche épidémiologique et recherche en sciences sociales (qualité de vie, éducation à la santé, économie de la santé, évaluation coût, utilité sur la totalité de la prise en charge ...).

*b)-favoriser les transferts de technologie* et les collaborations entre la recherche publique ou académique et la recherche privée (avec aide à la création d'entreprises innovantes).

**3) Faire émerger les sites d'envergure internationale et développer les coopérations internationales, en particulier dans le cadre de l'Europe.**

*a)-promouvoir les cancéropôles* comme centre d'excellence européen de cancer.

***b)-Promouvoir les projets au niveau international*** et encourager concrètement les collaborations, notamment européennes, là où la France ne peut avancer isolée.

#### Programme Europe Contre le Cancer

Projets identifiés :

- plateforme européenne de développement technologique TEP,
- site d'intérêt national d'hadro-thérapie par carbone 12 et proton,
- programme collaboratif (InCa, INSERM, InVS, CIRC) autour de l'épidémiologie du cancer et de la performance des divers systèmes de santé face à cette pathologie,
- programme sur l'analyse géromique des tumeurs (Cancéropôle Ile de France et Centre de Cancérologie d'Heidelberg).