



Pr Jean-Pierre Grünfeld,
Néphrologue (AP-HP) - auteur du rapport
« Recommandations pour le Plan Cancer 2009–2013 »
remis au Président de la République

Le Plan Cancer 2009-2013 : pour un nouvel élan

**Jean-Pierre Grünfeld
Hôpital Necker, Université
Paris Descartes**

Rencontres Annuelles de l'INCa , 7 octobre 2009 , Paris

Qu'est-ce qu'un Plan de santé?

- Définir les objectifs
- Identifier les partenaires
- Estimer les moyens nécessaires
- Mettre en œuvre les recommandations
- **Mélange d'audace et de continuité**
- **Mobiliser la population , les Associations et les professionnels : s'approprier les mesures**
- Evaluer les résultats

Des recommandations au Plan

- La recherche , sous toutes ses formes , avec un transfert rapide des avancées vers les patients
- Observation , surveillance , épidémiologie (y compris épidémiologie sociale) : pour mieux comprendre et piloter
- Prévention et dépistages
- Personnaliser et coordonner le parcours de soins ; renforcer le rôle du médecin traitant
- **Vivre après le cancer**
- **Corriger les inégalités de santé face au cancer**

Pourquoi un nouvel élan ?

Comment améliorer les parcours de soins des personnes malades ?

- La démographie et les missions des professionnels de santé
- Mieux organiser le vivre après le cancer
- Identifier , comprendre et corriger les inégalités de santé face au cancer

Les défis démographiques et les nouvelles missions

- Former plus de médecins pour la cancérologie : chirurgie ,oncologie médicale ,hématologie, Rxthérapie,mais aussi anatomo-cyto-pathologie ; répondre aux besoins de l'oncologie des adolescents et des personnes âgées , et de l'oncogénétique.
- Le médecin traitant , pivot du parcours de soins :pénurie et répartition des médecins de premier recours , coordination ville-hôpital , formation, modes de rémunération.
- De nouvelles compétences et missions : coordonnateurs de parcours de soins (Universités Marseille , Besançon ..), radiophysiciens , dosimétristes , techniciens d'ACP.

Voir les documents et rapports de l'ONDPS (Pr Yvon Berland)

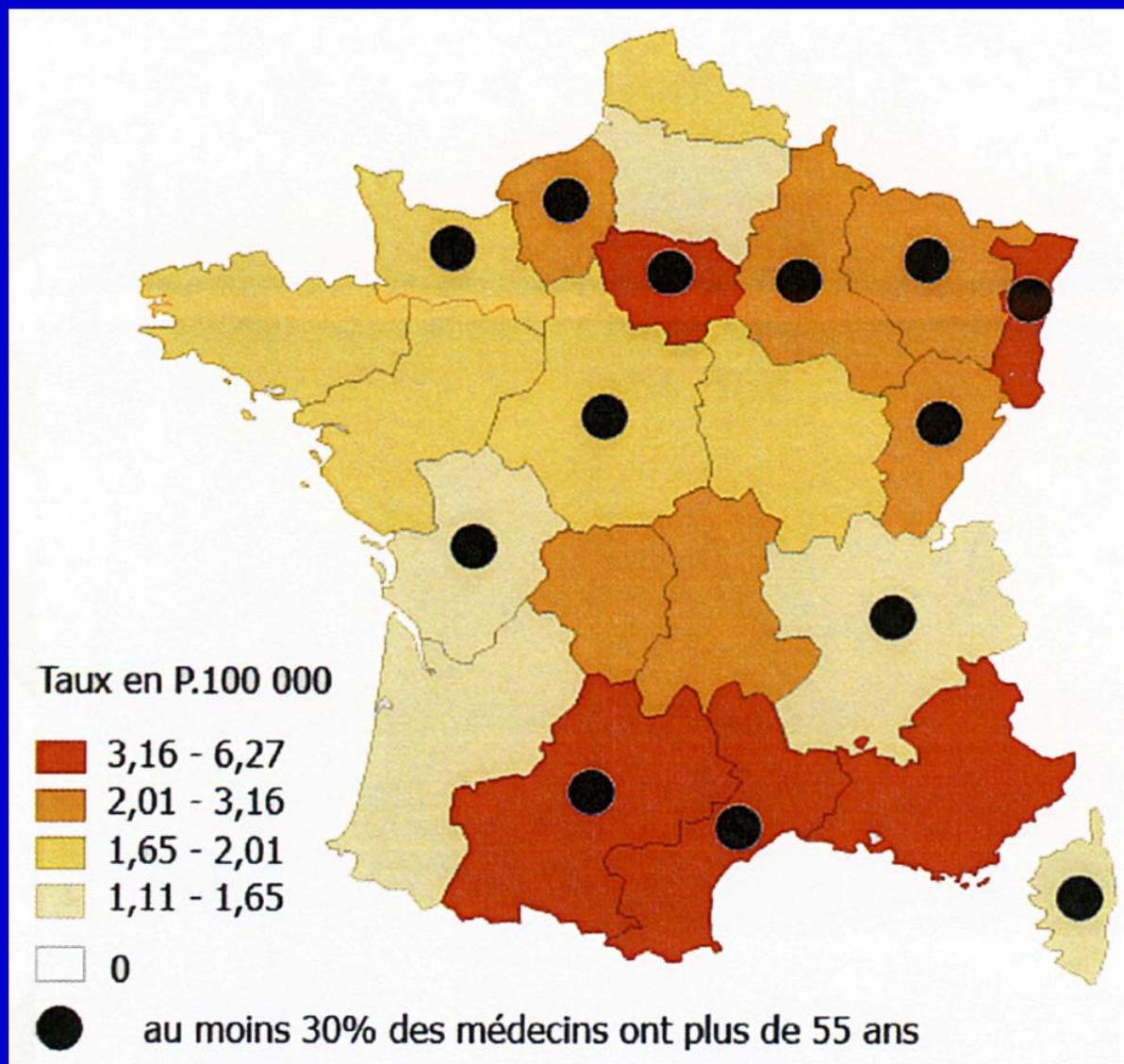
Renforcer le rôle du médecin traitant

1. Participer aux actions de prévention
2. Soutenir et fidéliser les actions de dépistage , organisé ou non
3. Le médecin traitant au sein du parcours de soins :
coordination ville-hôpital , coordination médico-sociale du parcours de soins , cibler les efforts vers les personnes les plus exposées et les plus vulnérables

L'anatomo-cytopathologie

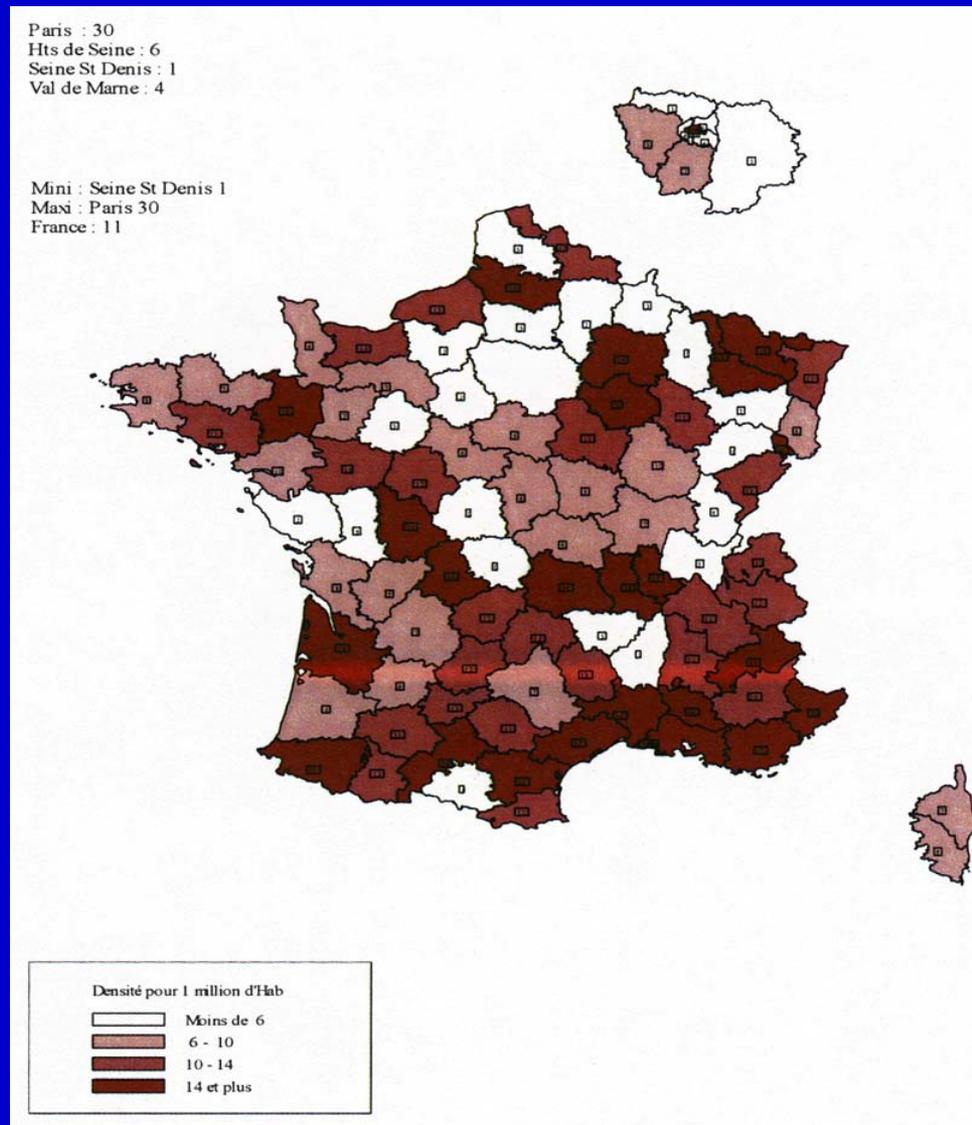
Une spécialité déterminante avec
une triple fonction

Densité d'anatomo-cytopathologistes par région



Source : Adeli DREES au 1^{er} janvier 2008

Densité des anatomo-cytopathologistes libéraux au 31 décembre 2007



Source : CNAMTS 2008

Améliorer la qualité de vie pendant et après le cancer

1. Coordonner les acteurs du soin , du médico-social et du social : faciliter le retour progressif à une vie normale
2. Renforcer la prise en compte des problèmes sociaux dès l'annonce .
Etablir tôt un programme personnalisé d'accompagnement et préparer tôt l'après-cancer.

Améliorer la qualité de vie pendant et après le cancer (II)

- Améliorer l'information locale sur les professionnels du secteur social . Prendre en compte les séquelles , la perte d'autonomie ou l'invalidité créées par le cancer et les traitements
- Faire entrer les personnes atteintes de cancer parmi les personnes prioritaires pour les prochains contrats aidés (extension du RSA)
- Actualiser et développer le dispositif AERAS
- Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle
- Créer un observatoire sociétal des cancers

Le constat sur les inégalités de santé

L'écart d'espérance de vie à 35 ans ; le risque de mourir d'un cancer .

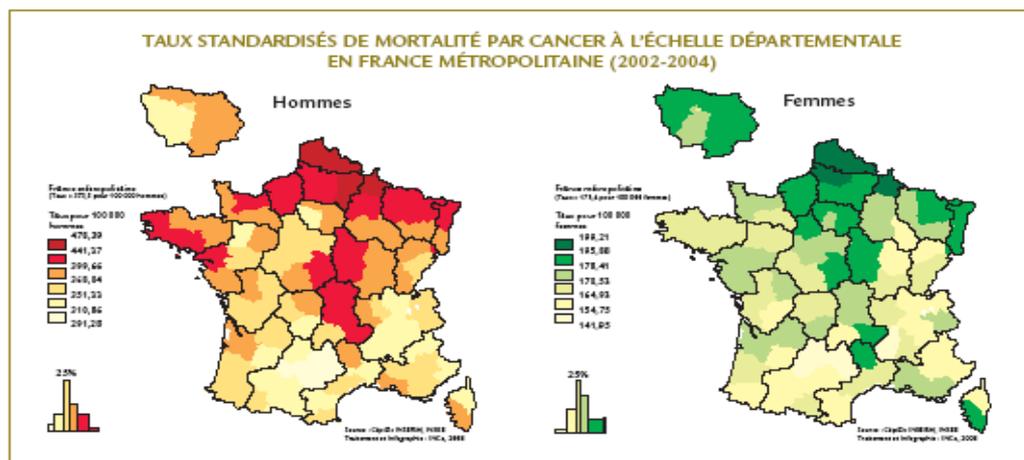
Dans tous les pays occidentaux ; surtout chez les hommes ; surtout pour les cancers les plus graves.

Ne diminuent pas.

Déterminants sociaux ou « sanitaires » .

Inégalités selon les territoires et selon les personnes

Les politiques de réduction des inégalités : 1998 à 2004.



LE POINT SUR LES DONNÉES RÉCENTES DANS LES DOM

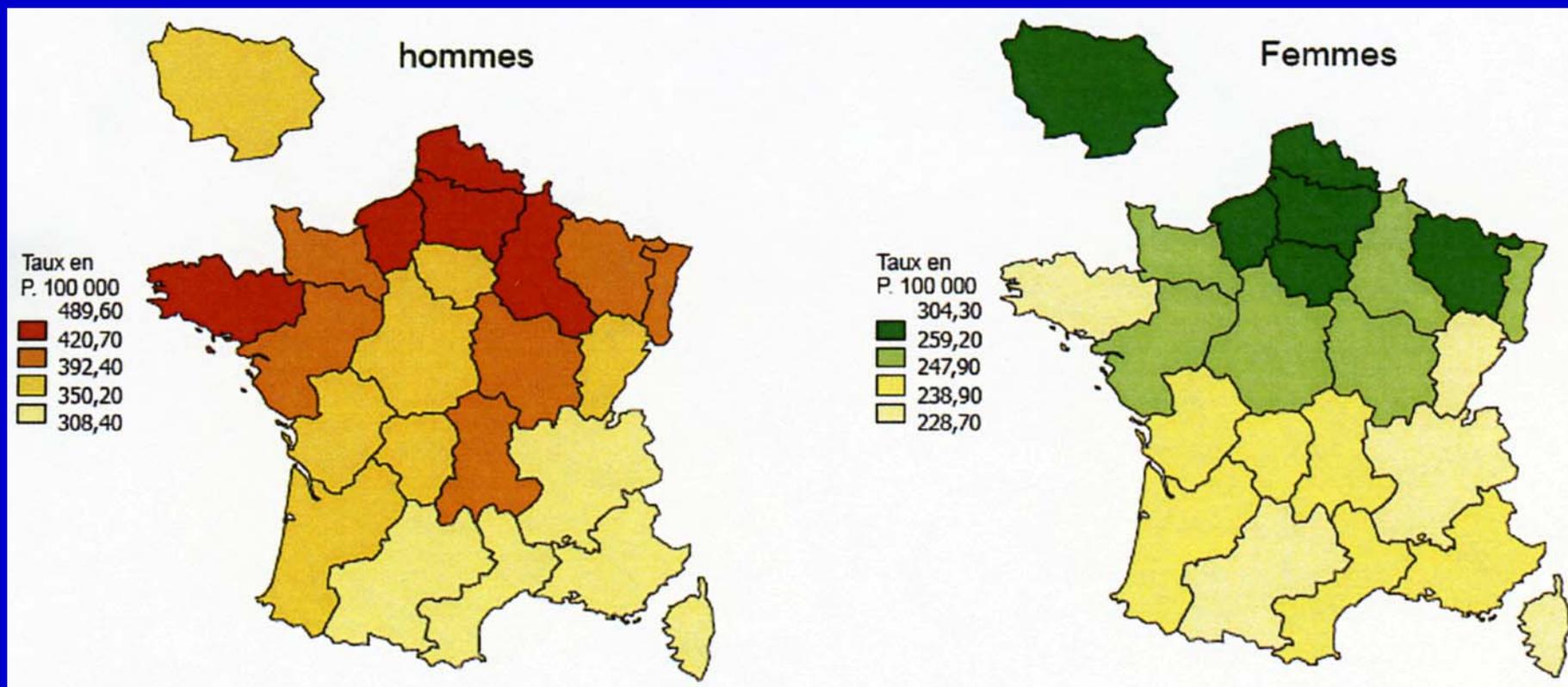
EFFECTIFS, PARTS ET TAUX STANDARDISÉS DE MORTALITÉ PAR CANCER DANS LES DOM

	HOMMES			FEMMES		
	Effectifs ⁽¹⁾ moyens annuels 2000-2004	Parts ⁽²⁾ des décès par cancer 2000-2004	Taux standardisés ⁽³⁾ de décès 2000-2004	Effectifs ⁽¹⁾ moyens annuels 2000-2004	Parts ⁽²⁾ des décès par cancer 2000-2004	Taux standardisés ⁽³⁾ de décès 2000-2004
Guadeloupe	353	24,5	295,3	255	20,9	137,8
Martinique	364	25,8	288,1	270	21,5	149,4
Guyane	55	13,3	247,9	36	13,6	129,3
Réunion	515	23,4	352,1	313	18,9	158,1
France métropolitaine	90516	33,5	373,5	61437	23,7	173,4

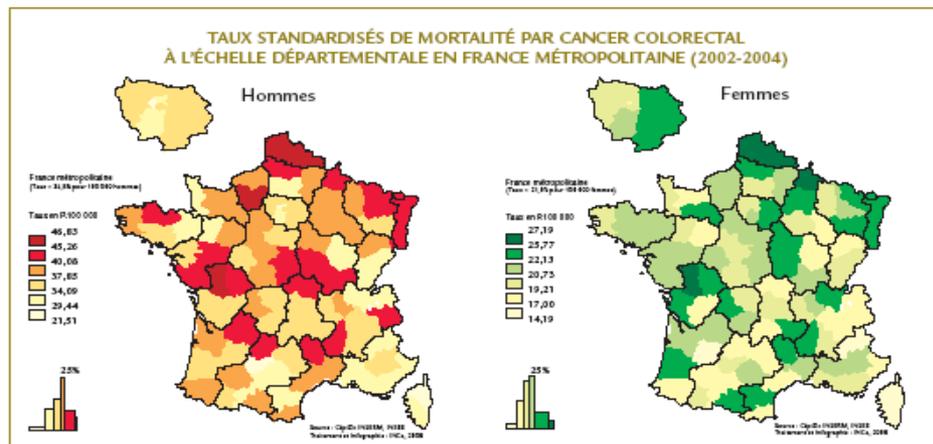
(1) valeur nulle - moins de 1 décès par an (2) en pourcentage de tous les décès par cancer sur la période
 (3) Méthode directe, population de référence - France métropolitaine, 1999, pour 100 000 habitants

Source : CépiDC INSERM/INSEE
 Traitement et Infographie : INCA, 2008

Taux standardisés (pop mond) d'incidence tous cancers à l'échelle régionale en 2005 en France métropolitaine



Source : INVS, Francim, HCL
Infographie: INCA



LE POINT SUR LES DONNÉES RÉCENTES DANS LES DOM

EFFECTIFS, PARTS ET TAUX STANDARDISÉS DE MORTALITÉ PAR CANCER COLORECTAL DANS LES DOM

	HOMMES			FEMMES		
	Effectifs ⁽¹⁾ moyens annuels 2000-2004	Parts ⁽²⁾ des décès par cancer 2000-2004	Taux standardisés ⁽³⁾ de décès 2000-2004	Effectifs ⁽¹⁾ moyens annuels 2000-2004	Parts ⁽²⁾ des décès par cancer 2000-2004	Taux standardisés ⁽³⁾ de décès 2000-2004
Guadeloupe	18	5,3	15,7	21	8,5	13,2
Martinique	20	5,7	14,9	27	10,0	15,6
Guyane	4	7,2	15,9	2	6,1	10,0
Réunion	27	5,2	21,9	26	8,4	15,5
France métropolitaine	8 635	9,5	36,9	7 677	12,5	21,0

(1) valeur nulle - moins de 1 décès par an

(2) en pourcentage de tous les décès par cancer sur la période

(3) Méthode directe, population de référence - France métropolitaine, 1999, pour 100 000 habitants

Source : CépiDC/INSERM/INSEE
Traitement et Infographie : INCa, 2008

Les délais entre les différentes étapes du diagnostic et du traitement

Mener une étude dans plusieurs régions pour apprécier ces délais , selon le type de cancer , surtout dans des cancers dont le parcours de soins est complexe , selon le mode de vie (rural ou urbain) , selon le niveau éducatif , le groupe socio-économique etc ..

Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS

- Faire de la santé et de l'équité en santé des valeurs communes à tous les secteurs.
- Pour favoriser la santé et l'équité, les politiques des différents secteurs du gouvernement doivent se compléter au lieu de se contredire.
- Sortir du cadre du gouvernement pour impliquer la société civile, le bénévolat et le secteur privé.
- Politique volontariste, à long terme.

(M. Marmot et al. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Lancet 2008)

Vers la réduction des inégalités de santé face au cancer (I)

- Soutenir la recherche en épidémiologie sociale et en santé publique, et la recherche guidée par les données épidémiologiques
- Cibler des ressources supplémentaires vers les territoires les plus touchés (et les personnes les plus vulnérables) .Se fixer des objectifs portant sur les cancers les plus concernés par le facteur « inégalités »
- Amplifier et adapter les actions de prévention de proximité ; de même pour les dépistages , les soins et l'accompagnement médico-social .

Vers la réduction des inégalités de santé face au cancer (II)

- Prendre en compte les besoins spécifiques des personnes vulnérables atteintes de cancers et adapter les programmes en fonction
- Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage
- Lutter contre les inégalités dans le traitement des séquelles
- Construire des partenariats de terrain entre les ARS et les Associations , sous l'impulsion de l'INCa