

# Institut National du Cancer

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009

L'INSTITUT, UNE AGENCE SANITAIRE  
ET SCIENTIFIQUE DÉDIÉE AU CANCER  
L'ACTION DE L'INSTITUT EN 2009  
LES CHIFFRES DU CANCER

Cette publication s'inscrit  
dans le cadre de la  
COLLECTION  
Rapport & Synthèses  
éditée par l'Institut National du Cancer

Ce document est consultable sur le site :  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.  
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'INCa est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été édité en mai 2010. Il peut être demandé à l'adresse suivante :

Institut National du Cancer (INCa)

Publication - Diffusion

52, avenue André Morizet - 92100 Boulogne-Billancourt

Tél. : 01 41 10 70 34 - Fax : 01 41 10 15 89

© 2010. Institut National du Cancer (INCa)

## ÉDITORIAL

**P**arallèlement aux actions récurrentes dans ses différents domaines d'intervention, l'Institut National du Cancer s'est fortement impliqué, tout au long de l'année 2009, dans la préparation puis la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013, annoncé le 2 novembre 2009 à Marseille par le président de la République. La montée en charge de l'Institut sur ses missions d'expertise s'est traduite par la production et la diffusion de nombreux travaux : référentiels de bon usage des médicaments, recommandations de bonnes pratiques cliniques, rapports d'activité d'oncogénétique ou des réseaux régionaux de cancérologie, atlas de la mortalité par cancer, situation de la chimiothérapie, enquête sur les pratiques en radiothérapie, état des lieux et perspectives en oncogériatrie, guides ALD pour les médecins traitants...

En matière de programmation scientifique et de financement de la recherche en cancérologie, l'Institut a sélectionné, au terme d'une procédure d'évaluation très compétitive, 166 nouveaux projets (sur un total de 852 soumis) dont le financement pluriannuel s'élève à 56 M€. Cette sélection traduit plusieurs objectifs : soutien à la recherche translationnelle, renforcement de la recherche clinique et de la recherche en santé publique, épidémiologie et sciences humaines et développement de la recherche en génomique.

L'année 2009 a tout autant été marquée par la poursuite ou la finalisation d'actions initiées dans le cadre du Plan cancer 2003-2007, que par le démarrage ou la mise en œuvre d'actions inscrites dans le Plan cancer 2009-2013, ce qui traduit la continuité et la cohérence entre les deux plans.

**L'année 2009 a tout autant été marquée par la poursuite ou la finalisation d'actions initiées dans le cadre du Plan cancer 2003-2007, que par le démarrage ou la mise en œuvre d'actions inscrites dans le Plan cancer 2009-2013**

L'action de l'INCa en 2009 s'est aussi développée sur le plan international, par son engagement dans des programmes de grande envergure comme le programme ICGC ou la participation à des essais cliniques de phase précoce en collaboration étroite avec le NCI américain.

La dynamique de fonctionnement du GIP INCa a été consolidée en 2009 par des apports importants de ses membres pour mener à bien des actions d'ampleur. C'est ainsi, par exemple, que la Ligue nationale contre le cancer a participé aux actions d'information des malades et de stimulation de la recherche française sur les cancers en s'impliquant notamment dans la plateforme Cancer info et dans le financement du programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur le cancer de la prostate. L'ARC a poursuivi sa contribution aux programmes de recherche de l'INCa par son association au financement du PAIR prostate. La FNCLCC a contribué à la production des recommandations pour les professionnels et les malades par un financement et la mise à disposition d'une équipe dédiée. La CNAMTS, quant à elle, a notamment marqué son engagement au plan d'actions de l'INCa à travers sa contribution financière aux campagnes de sensibilisation aux dépistages et à la mobilisation de son réseau de délégués de l'Assurance maladie.

Pr Dominique Maraninchi  
Président de l'Institut National du Cancer



## SOMMAIRE - INCa, RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009



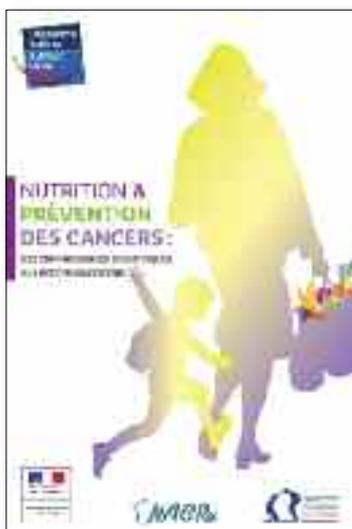
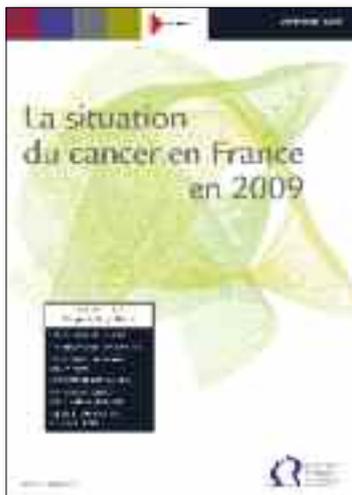
PREMIÈRE PARTIE : L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER : UNE AGENCE SANITAIRE ET SCIENTIFIQUE DÉDIÉE AU CANCER	9
--	---

DEUXIÈME PARTIE : L'ACTION DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER EN 2009	27
--	----

1. OBSERVATION	29
1.1. Rapport annuel relatif à la situation du cancer en France en 2009	29
1.2. Portail des données du cancer et de la cancérologie	30
1.3. Amélioration de la surveillance épidémiologique des cancers par les registres	30
1.4. Publication hebdomadaire du bulletin de veille bibliographique : Nota Bene Cancer	31

2. PRÉVENTION	35
2.1. Prévention des facteurs de risques	35
2.1.1. Tabagisme et risques de cancer	35
2.1.2. Alcool et cancers	37
2.1.3. Nutrition et cancers	38
2.2. Prévention des expositions liées aux milieux de vie et du travail	39
2.2.1. Développement d'une expertise interne en matière d'« environnements et cancers » (lieux de vie et de travail)	39
2.2.2. Soutien à la recherche sur cancers professionnels	40
2.3. Prévention auprès de populations « vulnérables »	40
2.3.1. Expertise sur le risque de second cancer primaire	40
2.4. Prévention des cancers : approche transversale	41

3. DÉPISTAGE ET DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS	43
3.1. Le dépistage organisé du cancer du sein	43
3.1.1. Accompagnement de l'introduction de la mammographie numérique	44
3.1.2. Évaluation organisationnelle du programme	44
3.1.3. Organisation d'un séminaire du programme national de dépistage	44
3.2. Le dépistage organisé du cancer colorectal	45
3.2.1. Développement du test immunologique	45
3.2.2. Groupe national de suivi	45
3.2.3. Kit de dépistage	45
3.2.4. Séminaire InVS/INCa/DGS	46
3.2.5. Actions auprès des Délégués d'Assurance maladie (DAM)	46
3.3. Le dépistage du cancer du col utérin	46
3.3.1. Pérennisation et extension de l'expérimentation nationale	46
3.3.2. Mise en place d'un programme renforcé spécifique de lien avec les équipes en charge du dépistage dans les Antilles	47
3.3.3. Dépistage des cancers du col utérin en médecine générale	47
3.3.4. Évaluation d'un outil pédagogique sur le HPV destiné aux adolescents	48
3.4. Assurance qualité dans les programmes nationaux de dépistage	48
3.5. La détection précoce des cancers de la peau	49
3.5.1. Avis sur le dépistage du mélanome de la peau	49
3.5.2. Soutenir et évaluer les initiatives des professionnels	50
3.5.3. Formation et sensibilisation des professionnels de santé	50



3.6. La détection précoce du cancer de la prostate	50
3.7. La détection précoce des cancers de la cavité buccale	50
3.7.1. Formation des professionnels de santé à la détection précoce des cancers de la cavité buccale	50
3.7.2. Soutien à des projets de recherche-action dédiés à la détection précoce des cancers de la cavité buccale	51
3.7.3. Collaboration européenne	51
3.8. Appels à projets pour l'amélioration des dépistages	52
<b>4. FORMATION-DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ</b>	<b>55</b>
4.1. Formation des médecins à la recherche translationnelle	55
4.2. Observation des métiers du diagnostic biologique des cancers	55
4.3. Développement d'outils de formation multimédia à la détection précoce des cancers	56
4.4. Suivi de l'évolution des effectifs en formation initiale en cancérologie	56
4.5. Formation des médecins radiologues aux techniques numériques	57
4.6. Formation des médecins coordonnateurs et cadres administratifs des structures de gestion du dépistage organisé	57
<b>5. SOINS ET VIE DES MALADES</b>	<b>59</b>
5.1. Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant	60
5.1.1. Production de guides ALD 30 à destination des médecins traitants	60
5.1.2. Déploiement du dossier communicant en cancérologie	61
5.2. Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer	63
5.2.1. Généraliser l'accès aux mesures transversales de qualité	63
5.2.2. Pérenniser le financement des mesures qualité	71
5.2.3. Accompagnement des établissements	71
5.3. Soutien à la spécialité d'anatomopathologie	75
5.4. Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations	77
5.4.1. Production et publication des référentiels de bon usage (RBU) des médicaments	77
5.4.2. Élaboration et publication du rapport sur la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009	78
5.4.3. Structuration de la génétique moléculaire	81
5.5. Soutien à la radiothérapie	82
5.5.1. Les actions menées pour la radiothérapie	83
5.5.2. Renforcer les métiers de la radiothérapie	89
5.5.3. Produire et actualiser des recommandations	90
5.6. Développer des prises en charge spécifiques	90
5.6.1. Structuration de la prise en charge des cancers rares	90
5.6.2. Assurer la prise en charge des personnes à risque génétique	91
5.6.3. Améliorer la prise en charge des patients âgés	92
5.6.4. Améliorer la prise en charge des enfants et adolescents	94
5.7. Soutien aux associations de patients <i>via</i> un appel à projets	94
5.8. Coordination du projet européen CoCanCPG	94



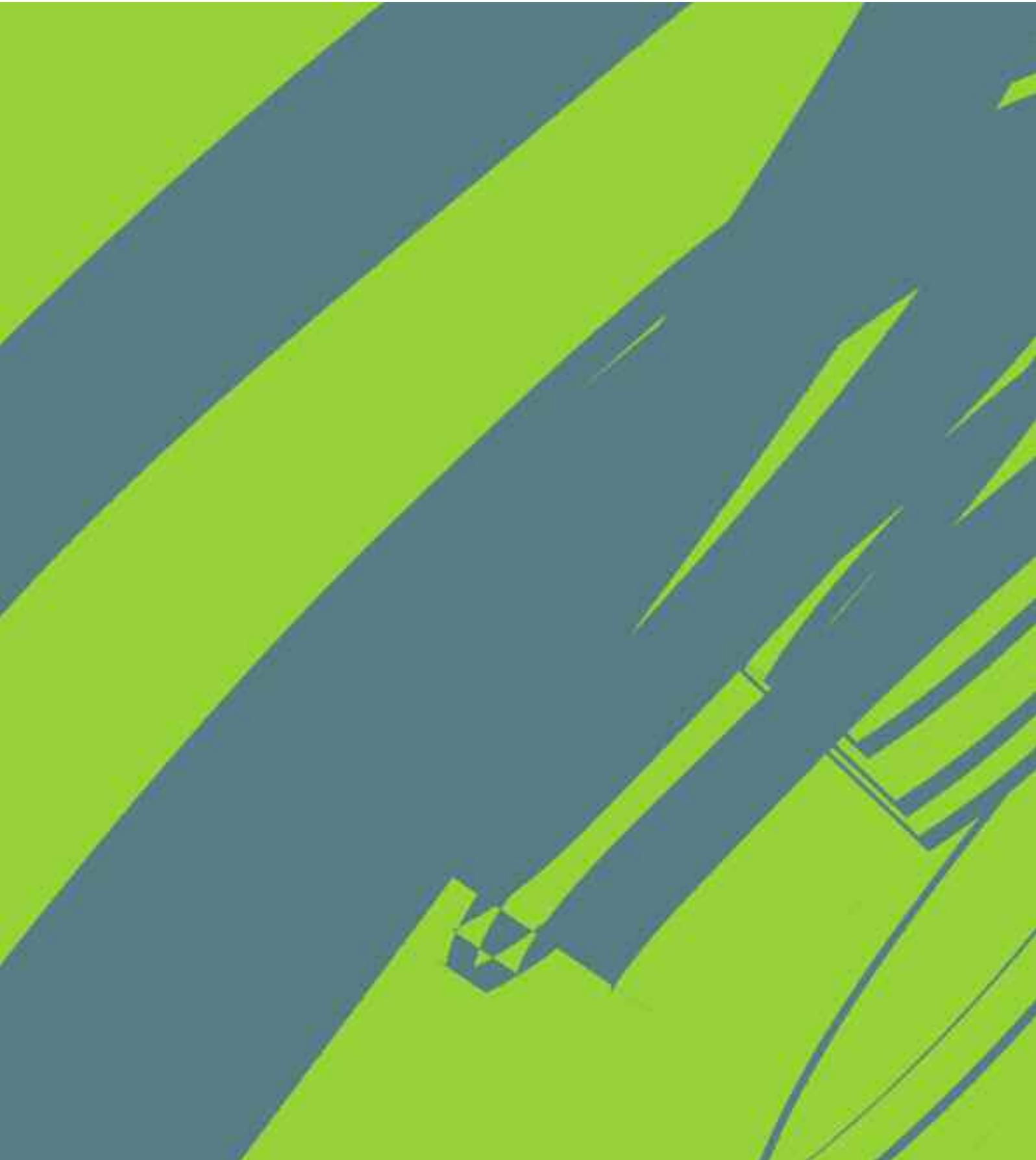
## SOMMAIRE - INCa, RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009



<b>6. L'INFORMATION DES PUBLICS</b>	<b>97</b>
6.1. L'information de la population générale	97
6.1.1. Promouvoir un nouveau regard sur les cancers	97
6.1.2. Promouvoir les dépistages des cancers auprès des populations cibles	98
6.2. L'information des malades et des proches	102
6.2.1. Cancer info, la plateforme de référence sur les cancers	102
6.3. L'information des professionnels de santé	108
6.3.1. S'appuyer sur les partenaires reconnus par les professionnels de santé	109
6.3.2. Privilégier une approche pluridisciplinaire : s'adresser aux différents professionnels de santé parallèlement, mais en adaptant le message aux attentes, aux besoins et aux pratiques de chacun d'eux	110
6.3.3. Préparation de la stratégie d'implémentation de la plateforme Cancer info auprès des professionnels de santé	111
6.3.4. Réflexion sur la façon de mieux faire connaître et rendre accessibles les recommandations et référentiels produits, notamment pour les médecins traitants	111
6.4. Renforcer la visibilité des thématiques cancers	111
6.4.1. Installer l'INCa dans une position de référent « cancer » pour la presse	111
6.4.2. La première édition des Rencontres annuelles de l'INCa	112
6.4.3. À la rencontre des différents publics	113
6.4.4. Une diffusion de l'information ciblée et responsable	114
6.4.5. L'évolution du site internet <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a>	115
<b>7. RECHERCHE</b>	<b>117</b>
7.1. Les appels à projets thématiques	119
7.1.1. Les programmes d'actions intégrées de recherche PAIR	119
7.1.2. Les projets de recherche sur les inégalités face au cancer	121
7.2. Les programmes de recherche biomédicale	122
7.2.1. L'appel à projets libres	122
7.2.2. Le soutien aux jeunes équipes de recherche en cancérologie	124
7.2.3. Le soutien aux plateformes technologiques	124
7.2.4. Le soutien au programme interdisciplinaire de recherches sur les systèmes moléculaires et cellulaires, et d'innovation biomédicale	125
7.3. Les actions en faveur de la recherche translationnelle	125
7.3.1. Le nouveau programme de recherche translationnelle	125
7.3.2. Le soutien à la formation en recherche translationnelle	127
7.4. Les programmes de recherche clinique et le soutien aux réseaux et infrastructures de recherche clinique	127
7.4.1. Le soutien aux réseaux et infrastructures de recherche	127
7.4.2. Le programme hospitalier de recherche clinique PHRC cancer	128
7.4.3. Le programme de soutien aux technologies innovantes et coûteuses STIC	132
7.4.4. Le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques et les partenariats internationaux	133
7.4.5. Le registre des essais cliniques en cancérologie	134
7.4.6. Les inclusions en recherche clinique	137
7.4.7. Les essais cliniques promus par l'INCa	139

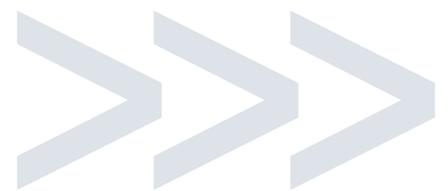
7.5. Les programmes libres de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique	141
7.6. Le programme de génomique du cancer	142
7.7. Les ressources biologiques	144
7.8. Les programmes internationaux	145
7.8.1. Le renforcement des réseaux scientifiques européens dans la recherche translationnelle et dans la recherche pluridisciplinaire sur le cancer	146
7.8.2. Les actions de coopérations internationales	146
7.8.3. Le partenariat avec le NCI américain	147
7.8.4. L'International Cancer Genome Consortium et le projet européen de génomique du cancer du sein BASIS	147
7.9. Les événements scientifiques de l'INCa et les séminaires de bilan des projets financés	148
7.9.1. Les symposiums internationaux	149
7.9.2. Les séminaires nationaux	150
7.9.3. Les rencontres scientifiques et bilan des projets de recherche sur le cancer	151
<b>ANNEXE 1. LES PUBLICATIONS DE L'INCa EN 2009</b>	<b>155</b>
<b>ANNEXE 2. PLAN CANCER 2009-2013 : LES MESURES ET ACTIONS ENGAGÉES ET/OU ACCOMPAGNÉES PAR L'INCa EN 2009</b>	<b>158</b>

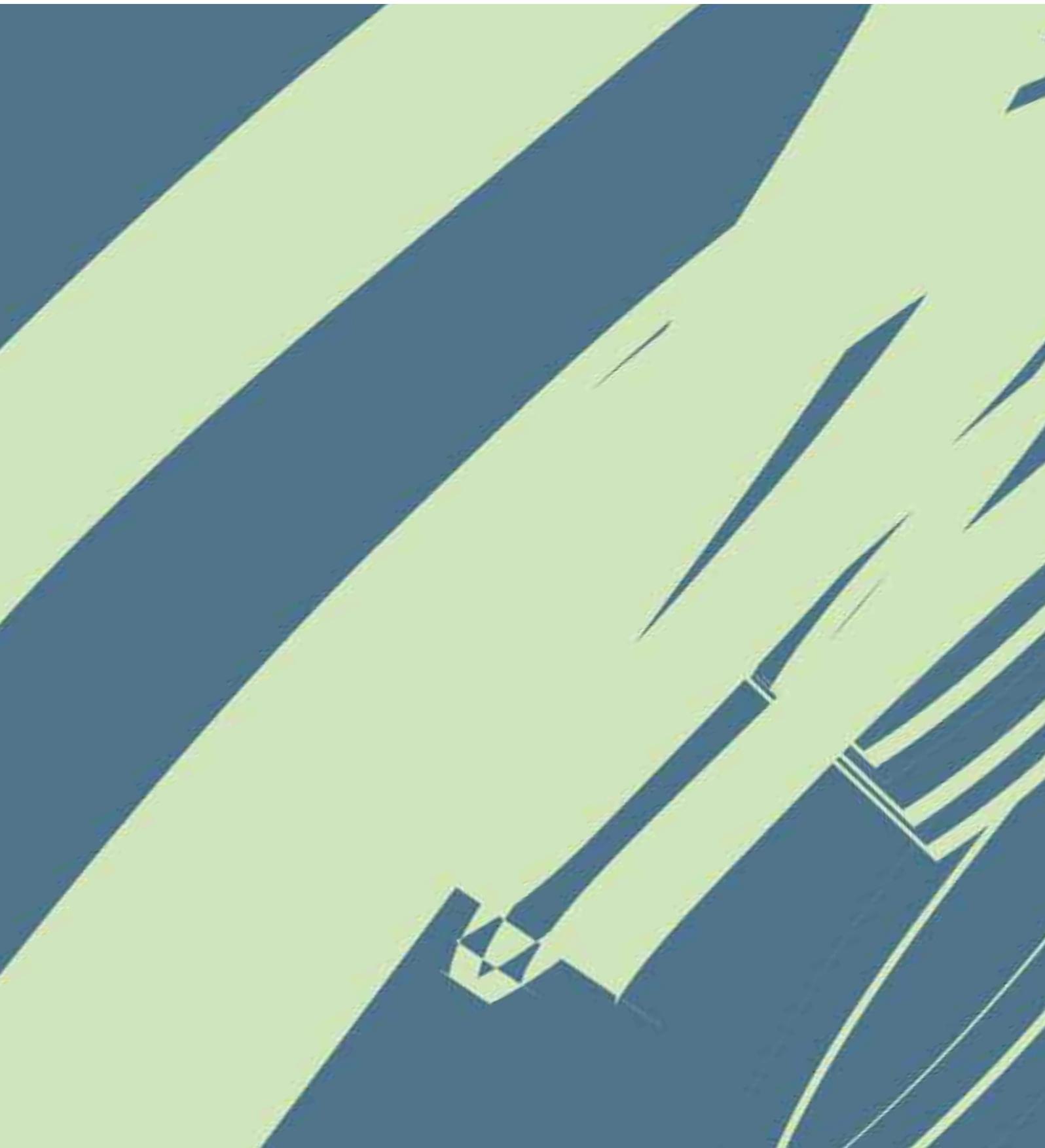




PREMIÈRE PARTIE

# L'Institut National du Cancer : une agence sanitaire et scientifique dédiée au cancer





# Le Plan cancer 2009-2013 renforce les missions de l'INCa

L'Institut National du Cancer est un groupement d'intérêt public (GIP), créé par la loi relative à la santé publique d'août 2004 et constitué en juillet 2005. C'est un opérateur de l'État chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Il est le référent en matière de pathologies cancéreuses et apporte son expertise tant aux administrations de l'État, aux caisses d'assurance maladie qu'aux autres agences et établissements publics à caractère scientifique et technologique. Pour cela, il s'appuie sur ses instances gouvernantes et consultatives, sur des experts extérieurs qu'il sollicite de manière ponctuelle ou récurrente, et sur ses salariés. Une des valeurs ajoutées de l'INCa est sa capacité à fournir une connaissance la plus fiable et actualisée possible sur les cancers, intégrant les différentes approches spécialisées et les multiples domaines d'actions.

L'INCa exerce deux métiers principaux :

- le développement d'expertises dans le champ des cancers ;
  - la programmation scientifique, l'évaluation et le financement de projets.
- L'INCa développe ses activités dans quatre grands domaines :
- la santé publique (prévention, dépistage, observation) ;
  - l'amélioration de la qualité des soins et de la vie des malades ;
  - l'information de la population, des malades, des professionnels de santé ;
  - la recherche médicale et scientifique.

## UN RÔLE DE PILOTAGE ET DE SUIVI DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013

Le Plan cancer 2009-2013 a été annoncé le 2 novembre 2009 par le président de la République.

Il a été construit à partir du rapport remis en février 2009 par le Pr Jean-Pierre Grünfeld, dont il constitue la déclinaison opérationnelle.

L'INCa a été associé à la préparation du rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld et a notamment contribué à recueillir les 6 000 contributions des citoyens en ouvrant un espace dédié sur son site internet, [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr). L'Institut a également apporté son expertise dans les travaux préparatoires du nouveau Plan cancer.

Ses instances (conseil d'administration, conseil scientifique international, comité des malades, des proches et des usagers et comité consultatif des professionnels de santé) ont été associées à tous ces travaux.



Le nouveau Plan cancer s'inscrit dans la continuité du précédent. Il capitalise sur ses acquis et s'engage sur des voies nouvelles, en particulier pour faire face à trois nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers ;
- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie ;
- le renforcement du rôle du médecin traitant à toutes les étapes de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Construit autour de 5 axes (Recherche, Observation, Prévention-Dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer), le nouveau plan comprend 30 mesures qui correspondent à 118 actions concrètes.

Il représente un effort financier important, qui traduit la priorité accordée à la lutte contre le cancer. Il engage près de 2 milliards d'euros sur 5 ans, dont plus de 730 millions d'euros de mesures nouvelles.

L'action de l'INCa dans la mise en œuvre du Plan cancer se situe à différents niveaux :

- le pilotage de certaines actions spécifiques du Plan cancer ;
- la coordination des acteurs ;
- la récupération, l'analyse et l'exploitation de toutes les données, y compris budgétaires, de suivi des actions ;
- la participation au comité de pilotage, qui suit l'état d'avancement du Plan, présidé par le directeur général de la santé ;
- l'implication des acteurs et des usagers à travers ses instances.

L'Institut s'est vu en effet confier le pilotage de 63 des 118 actions du plan, et de 5 des 6 mesures phares. Ces actions peuvent être directement conduites par l'INCa, comme le lancement d'appels à projets et leur financement, la production d'une expertise ou d'un référentiel national, la définition d'une stratégie nationale de détection précoce de certains cancers ou encore la publication d'un rapport annuel sur les données du cancer. La plupart de ces actions impliquent un travail commun avec d'autres partenaires.

L'INCa est aussi chargé du suivi de la mise en œuvre de l'ensemble des mesures du plan. Concrètement, tous les trois mois, l'INCa doit présenter au comité de pilotage un état d'avancement des actions du plan, à l'aide des indicateurs de chaque action. Pour cela, l'INCa doit collecter les données nécessaires auprès des autres pilotes d'actions, identifier les difficultés rencontrées dans la mise en place des actions et alerter si nécessaire le président du comité de pilotage, qui est le directeur général de la santé.

Ces données alimenteront également un rapport que le comité de pilotage remettra chaque semestre au président de la République.

Le président de l'INCa est membre du comité de pilotage interministériel aux côtés des directeurs des administrations concernées (DGS, DGOS, DGRI, DGCS, DGT, DSS), du directeur de l'UNCAM, du Pr Jean-Pierre Grünfeld et des présidents du CISS et de la Ligue nationale contre le cancer.

La directrice générale de l'INCa rapporte au comité de pilotage sur l'état d'avancement du Plan.

Enfin, chaque année, l'INCa présentera l'état d'avancement du plan à ses instances (CA, CMPI et CCPS), au cours de séminaires afin d'associer l'ensemble des acteurs et des usagers au suivi du plan.

### TROIS CENTS NOUVELLES CONVENTIONS ACTÉES AVEC LES ACTEURS DANS LE CADRE DE SUBVENTIONS OU DE PARTENARIATS

L'INCa travaille en partenariat avec les autres entités publiques et privées dans le domaine de la lutte contre le cancer. Il signe, à ce titre, des conventions de subventionnement et accords-cadres avec celles auxquelles il apporte son concours, principalement financier.

Pour l'année 2009, plus de 300 nouvelles conventions ont été signées avec des partenaires extérieurs. Parallèlement, l'INCa a également supervisé l'exécution de plus de 600 conventions de subvention déjà en cours en validant des rapports intermédiaires et finaux (sur les aspects scientifiques et financiers) tout au long de l'année. Au titre de 2009, les principaux bénéficiaires (avant reversement éventuel aux équipes scientifiques) des subventions versées par l'INCa ont été : le cancéropôle IDF pour 12,5 M€, l'Inserm pour 10,7 M€, les autres cancéropôles pour 5,3 M€, l'InVS pour 3,3 M€ et le CNRS pour 2,9 M€.

### LE BUDGET 2009 DE L'INCa

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2009 a été voté par le conseil d'administration lors de sa séance du 17 décembre 2008. Il a fait l'objet d'ajustements *via* deux décisions modificatives présentées et validées lors du conseil d'administration du 16 octobre 2009.

Les recettes de l'INCa pour 2009 dépassent les 86 M€ se composant essentiellement des dotations de l'État (ministère de la santé et agence nationale de recherche) qui représentent 78 M€. Par ailleurs, l'INCa a bénéficié de recettes émanant de la Ligue nationale contre le cancer (0,4 M€), de la CNAMTS (1,2 M€), de l'ARC (0,8 M€ dans le cadre du financement du PAIR carcinome hépatocellulaire - CHC), de l'ANRS (0,5 M€ également dans le cadre du financement du PAIR CHC) de la FNCLCC (0,4 M€) et de laboratoires (2,2 M€).

Quant aux dépenses 2009, elles se situent à plus de 91 M€ dont 57 M€ consacrées à des versements de subventions.



## MONTANT DES DÉPENSES 2009 PAR CHAPITRE ET PROGRAMME

PROGRAMME	PERSONNEL	FONCTIONNEMENT	INTERVENTIONS	INVESTISSEMENT	TOTAL
Soins et vie des malades	2 195 156 €	1 734 029 €	7 844 426 €	-	11 773 610 €
Santé publique	2 410 264 €	1 279 908 €	6 253 120 €	-	9 943 292 €
Information des publics	953 142 €	9 727 606 €	461 708 €	-	11 142 455 €
Recherche	2 617 074 €	671 851 €	42 331 344 €	41 695 €	45 661 965 €
Pilotage et support	4 693 923 €	7 471 864 €	64 000 €	732 549 €	12 968 214 €
<b>TOTAL</b>	<b>12 869 559 €</b>	<b>20 885 258 €</b>	<b>56 954 598 €</b>	<b>774 244 €</b>	<b>91 483 659 €</b>

## L'ADAPTATION DE L'ORGANIGRAMME DE L'INCa AUX ORIENTATIONS DU NOUVEAU PLAN CANCER

Le conseil d'administration du 16 octobre a approuvé plusieurs modifications de l'organigramme de l'INCa, justifiées par les orientations du Plan cancer 2009-2013 qui visent notamment à renforcer le système d'observation des cancers, la prise en compte de la qualité de vie des malades pendant et après le cancer, ainsi que la réduction des inégalités face aux cancers.

## QUELQUES FAITS MARQUANTS DU FONCTIONNEMENT DE L'INCa EN 2009

### La création d'une mission d'audit interne

La démarche globale de maîtrise interne des risques engagée par l'INCa l'a conduit dès 2008 à avoir recours à de l'audit interne externalisé.

En 2009, l'INCa s'est doté d'un auditeur interne, directement et uniquement rattaché au président de l'Institut, et dont l'action est renforcée par le recours à des consultants externes. Le comité d'audit, qui supervise son activité, est une émanation du conseil d'administration.

Les missions de l'audit interne sont doubles :

- s'assurer que le fonctionnement de l'Institut, *stricto sensu*, est conforme et efficient ;
- s'assurer que les subventions accordées par l'INCa sont bien utilisées conformément à leur objet.

L'exercice 2009 a permis à l'INCa d'installer la gouvernance de cette fonction (en élargissant les missions du comité d'audit et en adoptant une charte de l'audit interne), mais surtout d'exécuter un premier plan d'audit annuel complet qui comportait 27 missions auprès des porteurs de projets (audits financiers) et une mission au sein de l'Institut (audit de processus).

Le bilan de cette première année complète d'audit interne a d'ores et déjà permis à l'INCa d'améliorer ses dispositifs de maîtrise, mais aussi d'obtenir des assurances quant à l'utilisation des fonds audités, et enfin d'affiner sa stratégie 2010 en la matière.

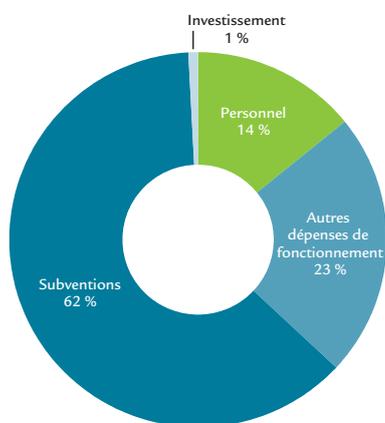
### Des procédures d'expertises conformes aux standards internationaux

Depuis sa création, l'INCa a souhaité s'aligner sur les standards internationaux et réglementaires pour développer ses procédures d'expertise. À l'instar des autres agences sanitaires, l'INCa souhaite garantir l'indépendance, l'impartialité et la qualité du travail des experts, quelle que soit la nature de leurs interventions.

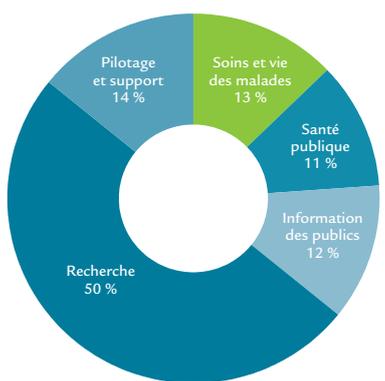
Ainsi, tout expert participant aux travaux de l'INCa doit déclarer ses intérêts :

- les experts évaluateurs de projets subventionnés déclarent explicitement leur « non conflit d'intérêt » avec les projets expertisés (CI) ;

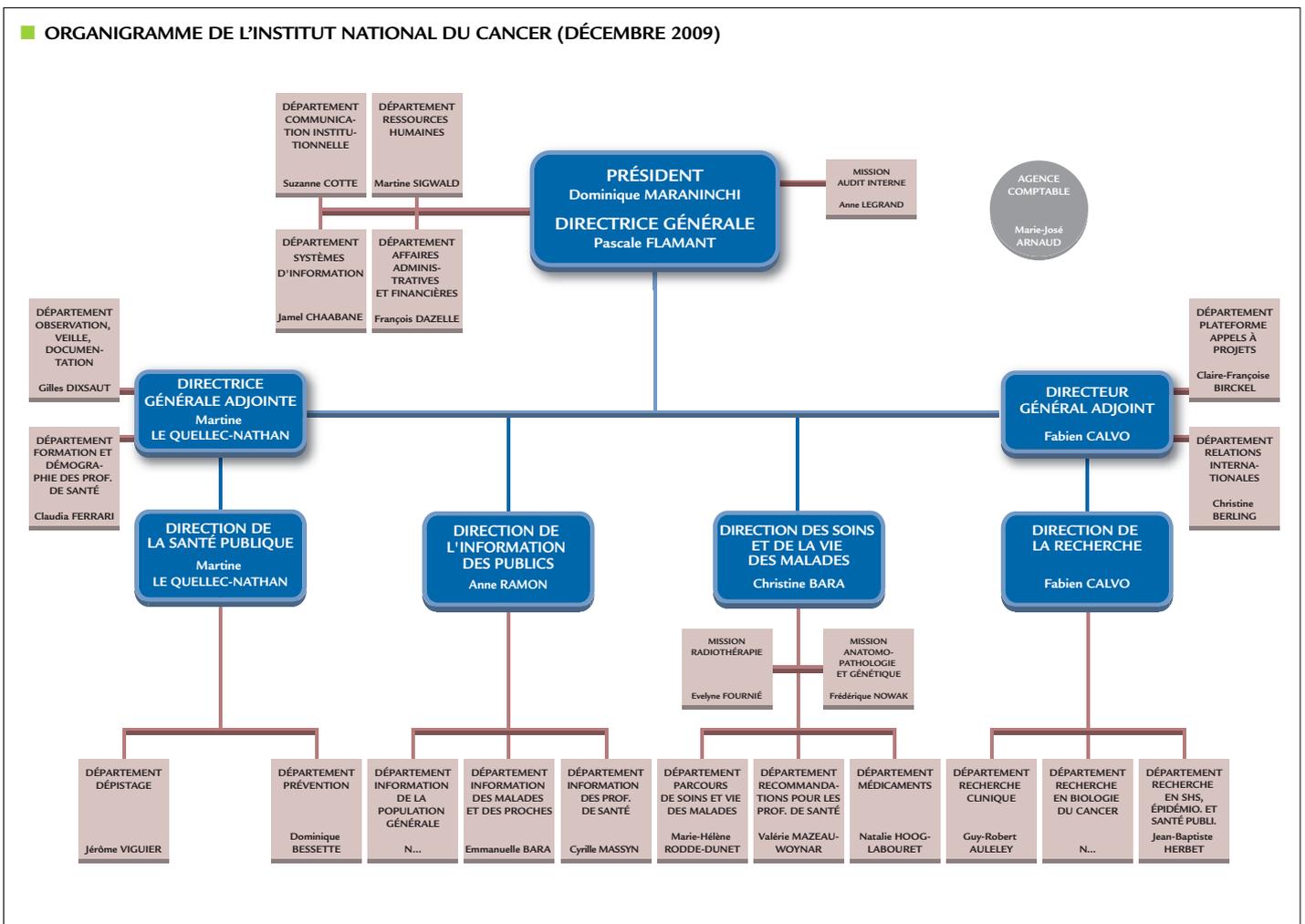
### VENTILATION DES DÉPENSES 2009 PAR NATURE



### VENTILATION DES DÉPENSES 2009 PAR PROGRAMME



■ ORGANIGRAMME DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER (DÉCEMBRE 2009)



- les membres des comités et experts intervenant dans les groupes de travail doivent déclarer leurs activités et les liens pouvant entraîner un conflit d'intérêts avec les missions qui leur sont confiées ponctuellement à l'INCa. Chaque déclaration publique d'intérêts (DPI) est publiée sur le site internet de l'INCa.

### Le renforcement de l'organisation administrative

Dans la poursuite de la refonte des procédures administratives et financières engagée en 2008, l'INCa a renforcé de manière qualitative et quantitative son organisation administrative à la fois sur les aspects de la commande publique, des affaires juridiques/vie institutionnelle et du suivi comptable des dépenses.

### Une forte activité en matière de dialogue social

La délibération du conseil d'administration du 27 février 2009 a permis la mise en œuvre de la nouvelle grille de classification des emplois de mars à juin 2009.

À partir de ce socle de référence, cinq négociations ont abouti à des accords entre la direction et les partenaires sociaux sur divers aspects : les astreintes, la valorisation salariale et l'évolution de carrière, la formation professionnelle, l'emploi des seniors et l'amélioration de la couverture santé.

En 2009, l'activité de l'Institut a mobilisé 160,7 ETPT sur des profils de compétences pointus en adéquation avec les missions de l'INCa.



### **Des outils décisionnels d'analyse et de suivi**

L'année 2009 a été marquée par la mise en œuvre du premier des trois grands programmes du Schéma directeur des systèmes d'information (SDSI). Le programme prioritairement mis en œuvre en 2009, car structurant pour l'INCa, a porté sur les outils décisionnels d'analyse et de suivi permettant la récupération, le stockage et l'analyse des données (entrepôt de données, suivi du Plan cancer, suivi du dépistage...).

## **L'ACTIVITÉ DES INSTANCES GOUVERNANTES ET CONSULTATIVES DE L'INCa EN 2009**

### **Le conseil d'administration**

Au cours de l'année 2009, quatre nouvelles personnes qualifiées ont été nommées par arrêté interministériel au conseil d'administration en tant que personnalités choisies pour leur intérêt particulier pour le cancer, en remplacement des précédentes :

- Roselyne Vasseur, directrice centrale des soins de l'AP-HP, au titre des professions de santé médicales et paramédicales ;
- Agnès Buzyn, présidente de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) ;
- Alain Grimfeld, président du Comité consultatif national d'éthique ;
- Jean-Pierre Grünfeld.

Le conseil d'administration fixe les orientations générales de l'Institut National du Cancer. Il délibère en outre sur :

- l'organisation générale de l'Institut ;
- le programme annuel de travail de l'Institut ;
- le rapport annuel d'activité de l'Institut ;
- le budget de l'Institut et ses modifications éventuelles, les emprunts, le compte financier et l'affectation des résultats ;
- les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles, ainsi que les baux et locations les concernant.

Un bureau appuie les travaux du conseil. Il est composé de six membres : le président du conseil d'administration, deux représentants des ministères chargés de la santé et de la recherche, les deux vice-présidents et un administrateur élu par le conseil d'administration.

## ■ COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'INCa AU 31 DÉCEMBRE 2009

INSTITUTION MEMBRE DU GIP	ADMINISTRATEUR TITULAIRE	ADMINISTRATEUR SUPPLÉANT
Ministère de la Santé - DGS	■ Didier HOUSSIN	-
Ministère de la Santé - DHOS	■ Annie PODEUR	-
Ministère de la Santé - DSS	■ Dominique LIBAULT	-
Ministère de la Recherche - DGRI	■ Christian DEVAUX	■ Jacques DESMOTES-MAINARD
Ministère de la Recherche - DGRI	■ Michel BOUVET	■ Éric POSTAIRE
<b>PRÉSIDENT DU CA</b>	■ Dominique MARANINCHI	
INSERM	■ André SYROTA	■ Thierry DAMERVAL
CNRS	■ Urszula HIBNER	■ Martine DEFAIS
CNAMTS	■ Catherine BISMUTH	■ Marie-Christine KETERS
CCMSA	■ François GIN	■ Hervé TREPPOZ
RSI	■ Dominique LIGER	■ Brigitte HEULS
LNCC - 1 <sup>er</sup> représentant	■ Francis LARRA	■ M. SCHNEIDER
LNCC - 2 <sup>e</sup> représentant	■ Jean-Louis WUYTS	■ M. BASTIEN
ARC	■ Jacques RAYNAUD	■ Axelle DAVEZAC
FHF - 1 <sup>er</sup> représentant	■ Didier DELMOTTE	■ Denis GUIRAND
FHF - 2 <sup>e</sup> représentant	■ Norbert IFRAH	■ Véronique TRILLET-LENOIR
FHP	■ Lamine GHARBI	■ Bernard COUDERC
FNCLCC	■ Thomas TURSZ	■ Dominique MAIGNE
FEHAP	■ David CAUSSE	■ Marc PULIK
Personnes qualifiées au titre de leur intérêt particulier pour le cancer	■ Agnès BUZYN ■ François DELAFOSSE ■ Alain GRIMFELD ■ Jean-Pierre GRÜNFELD	- - - -
Personnes qualifiées au titre des professions de santé médicales et paramédicales	■ Victor IZRAEL ■ Laurent CALS ■ Nicole RENODY ■ Roselyne VASSEUR	- - - -

En 2009, le conseil d'administration de l'INCa s'est réuni à cinq reprises (le 27 février, le 29 avril, le 1<sup>er</sup> juillet, le 16 octobre et le 18 décembre) et le bureau à trois reprises (le 17 février, le 24 mars et le 13 novembre). Les membres du conseil d'administration ont également participé à un séminaire le 1<sup>er</sup> juillet.

## LE COMITÉ D'AUDIT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le comité d'audit est composé de trois administrateurs élus par le conseil d'administration pour une durée de deux ans, renouvelable.

Le renouvellement des membres, opéré en 2009, a reconduit dans leur mandat les trois administrateurs élus en 2007.

## ■ COMPOSITION DU COMITÉ D'AUDIT DE L'INCa AU 31 DÉCEMBRE 2009

**Président :** ■ François DELAFOSSE, personne qualifiée

- Catherine BISMUTH, CNAMTS
- Didier DELMOTTE, FHF



Les missions du comité ont été élargies en 2009 du fait de l'installation d'une fonction d'audit interne (lire paragraphe précédent) à l'INCa. Le comité a désormais pour missions :

- d'examiner les projets de budgets et de comptes annuels de l'INCa ;
- de contribuer à la définition des normes comptables et financières et de s'assurer de la pertinence et de l'efficacité de ces normes ;
- de s'assurer de la mise en place des procédures de contrôles internes et de gestion des risques, et réaliser le suivi de leur pertinence et de leur efficacité avec le concours des commissaires aux comptes et de l'audit interne ;
- d'examiner le programme annuel des travaux de l'audit interne, et en suivre la réalisation ;
- de donner son avis sur les modalités de désignation des commissaires aux comptes dont il est informé du programme de vérifications et de son exécution ;
- d'examiner les conclusions des rapports d'audit et de contrôle internes et externes, de donner son avis sur les suites qui leur sont données, ainsi que sur les suites données aux observations des commissaires aux comptes.

En 2009, le comité s'est réuni trois fois, le 9 avril, le 10 septembre et le 1<sup>er</sup> décembre, et a travaillé sur les dossiers suivants :

- le compte financier 2008 ;
- le plan d'audit 2009 ;
- les objectifs et les réalisations de l'INCa en matière de contrôle interne ;
- les résultats des audits réalisés en 2009, notamment sur les subventions ;
- l'EPRD 2010.

### LE CONSEIL SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL (CSI)

Le conseil scientifique international de l'Institut National du Cancer est présidé par le Pr Jacques Pouyssegur depuis le 5 novembre 2007.

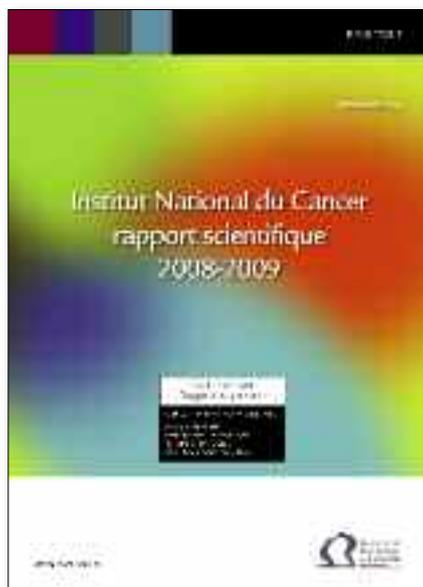
Ses membres ont été réunis le 5 février et le 19 mai (membres français) autour notamment des travaux du Pr Jean-Pierre Grünfeld, puis de ceux de préparation du Plan cancer 2009-2013.

La réunion annuelle s'est tenue le 25 septembre 2009 à l'INCa. Le conseil a dressé un état des lieux des recommandations stratégiques émises par le conseil scientifique en 2008 et s'est prononcé sur les grandes orientations de la politique de recherche de l'Institut, dans la perspective du futur Plan cancer 2009-2013. Il a adopté le rapport scientifique 2008-2009 de l'INCa.

### RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE L'INCa – SEPTEMBRE 2009

Le conseil scientifique international :

- approuve le rapport scientifique ;
- adhère à la priorité affichée pour la recherche translationnelle qui doit être la mission centrale de l'INCa. C'est pourquoi il recommande la mise en place d'un processus d'évaluation spécifique et le soutien à des profils de carrière attractifs ;
- recommande la définition des critères de centres d'excellence (comparables aux centres d'excellence pour le cancer en Europe et en Amérique du Nord) et la mise en place de procédures de soumission et d'évaluation avant de lancer les appels d'offre nationaux ;
- recommande le renforcement des liens avec les agences règlementaires et la réaffirmation des relations avec les grands groupes coopérateurs existants et encourage l'émergence de nouveaux groupes pour améliorer l'efficacité des essais cliniques ;
- encourage l'INCa à travailler en étroite relation avec les associations caritatives dédiées au cancer pour optimiser les financements de programmes stratégiques de recherche ;
- soutient la possibilité de financer sur trois ans les projets de recherche avec financement complémentaire sur deux années pour les projets d'excellence ;
- recommande le développement d'une stratégie spécifique dans le domaine de la recherche en prévention qui inclut l'ensemble des sciences de population (sciences comportementales et sciences sociales, épidémiologie, santé publique, statistique, économie...)



- recommande fortement que les actions mises en œuvre conduisent à simplifier le paysage des sciences de la vie ;
- recommande la poursuite de symposiums internationaux pour augmenter la visibilité de l'INCa.

## ■ COMPOSITION DU CONSEIL SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE L'INCa

### PRÉSIDENT

- Jacques POUYSSEGUR, Centre Antoine Lacassagne, Nice, France

### VICE-PRÉSIDENTS

- Daniel LOUVARD, Institut Curie, Paris, France
- James ARMITAGE, University of Nebraska, Omaha, USA
- Jean-Pierre BIZZARI, Sanofi-Synthelabo Research, Malvern, USA
- Gilles FAVRE, Institut Claudius Regaud, Toulouse, France
- Daniel HALLER, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA
- Jean-Luc HAROUSSEAU, Hôtel-Dieu, Nantes, France
- Peter HARPER, Guy's and St Thomas' Cancer Centre, Londres, UK
- Denis HEMON, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France
- Jean-Marie LEHN, Université Libre de Strasbourg, Strasbourg, France
- Michel MARTY, Hôpital Saint-Louis, Paris, France
- Claude MAWAS, Institut de Cancérologie, Marseille, France
- Jacques SAMARUT, Laboratoire de Biologie Moléculaire, Lyon, France
- Bruno VARET, Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris, France
- Robert WEINBERG, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, USA
- Harald ZUR HAUSEN, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg, Allemagne

## LE COMITÉ DE DÉONTOLOGIE

Le comité de déontologie veille au respect de la charte de déontologie établie par le conseil d'administration. Il s'assure tout particulièrement de l'indépendance de l'Institut vis-à-vis des possibles pressions industrielles, administratives et professionnelles.

Il est composé de trois membres : Édouard Couty, Jacques-Louis Binet et le Pr Maurice Tubiana, désignés par le conseil d'administration sur proposition de son président, pour une durée de deux ans renouvelable. Leur mandat ayant expiré au cours de l'année 2009, il doit être procédé à une nouvelle désignation.

En 2009, le comité de déontologie de l'INCa s'est réuni le 11 février, et lui ont été présentés :

- l'EPRD et le plan d'actions 2009 ;
- les travaux INCa-ONDPS sur les métiers du diagnostic ;
- l'audit mené sur les déclarations de conflits d'intérêt.



## LE COMITÉ DES MALADES, DE LEURS PROCHES ET DES USAGERS (CMPU)

Le comité, composé de personnes de la société civile et de représentants d'associations de personnes atteintes de cancer, désignés par le président de l'INCa, représente les malades, leurs proches et les usagers du système de soins auprès des instances décisionnaires de l'Institut. Le mandat de ses membres arrivera à échéance en juin 2011.

En 2009, le CMPU a tenu plusieurs réunions : deux réunions du Bureau (13 janvier, 5 mai), trois réunions du comité plénier (3 mars, 19 mai, 30 septembre) et deux séminaires conjoints avec le Comité consultatif des professionnels de santé (CCPS) (17 juin, 25 novembre).

Les membres du CMPU ont participé, pour la quatrième année consécutive, à l'expertise des projets reçus dans le cadre de l'appel à projets destiné à soutenir les associations d'aide aux malades. Le CMPU a également été très sollicité en 2009 à la fois dans les réflexions menées sur la stratégie d'élaboration des actions du Plan cancer 2009-2013 (séminaire du 17 juin), et sur les travaux de l'Institut, dont le plan d'actions 2010 de l'INCa (présenté en séminaire le 25 novembre). Enfin, lors des Rencontres annuelles de l'INCa (7 octobre), les membres du comité se sont fortement mobilisés et sont intervenus aux différentes tables rondes constituées autour des grands enjeux du Plan cancer 2009-2013.

### ■ COMPOSITION DU COMITÉ DES MALADES, DE LEURS PROCHES ET DES USAGERS EN 2009

- Anne BARRÈRE, Présidente de l'association Cent pour sang la vie
- Françoise BETTEVY, Administrateur du comité d'Ille-et-Vilaine de la Ligue nationale contre le cancer
- Élisabeth BERNIGAUD, Présidente des Comités féminins de prévention et de dépistage
- Jean-Pierre ESCANDE, Administrateur de La Ligue nationale contre le cancer
- Patrick FERRER, Président de l'association Vivre avec
- Marcel HUMBERT, Président de la Fédération des stomisés de France
- Régine GOINÈRE, Administrateur représentant les patients de la Ligue nationale contre le cancer
- Jean-Louis KERVERN-ROQUE, Financier
- Marianick LAMBERT, Vice-président du Collectif interassociatif sur la santé
- Doïna LAROQUE, Porte-parole du comité
- Maurice GELIN, Membre de la FNATH 35-22
- Estelle LECOINTE, Présidente de l'association Ensemble contre le GIST
- Jean-Claude LEFÈVRE, Vice-président du Comité de la Haute-Marne de la Ligue nationale contre le cancer
- Laurence LE HIRE, Trésorière de l'association Garin
- Christiane LIANDIER, Présidente de l'association Cancer solidarité
- Yann PIVET, Directeur de l'association Lourdes cancer espérance
- Marie-Aude SEVAUX, Présidente de l'association Jeunes solidarité cancer
- Philippe UNWIN, Délégué général de l'association Source vive

## LE COMITÉ CONSULTATIF DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (CCPS)

Ce comité a vocation à représenter l'ensemble des acteurs professionnels de santé auprès des instances décisionnaires de l'INCa. À ce titre, il est composé de 18 professionnels de santé hospitaliers et libéraux, médicaux et non médicaux, spécialistes et généralistes désignés par le président du conseil d'administration de l'INCa.

Organe de concertation pluriprofessionnel et interdisciplinaire, il contribue à alimenter la réflexion sur les actions menées par l'Institut tant par ses avis que par ses recommandations, propositions et retours d'expériences.

En 2009, le CCPS s'est réuni à trois reprises (4 mars, 13 mai, 30 septembre), et a participé à deux séminaires communs avec le Comité des malades, de leurs proches et des usagers (CMPU) (17 juin, 25 novembre).

Le CCPS a été sollicité très régulièrement sur de nombreux travaux de l'Institut, en particulier autour des enjeux du Plan cancer 2009-2013 (séminaire du 17 juin) et le plan d'actions 2010 (présenté en séminaire le 25 novembre). Par ailleurs, certains de ses membres ont amplement contribué aux Rencontres annuelles de l'INCa (7 octobre).

### ■ COMPOSITION DU COMITÉ CONSULTATIF DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN 2009

- Isabelle ADENOT, Professionnel de la pharmacie. Jusqu'au 20/09/2009
- Thierry ANDRÉ, Oncologue médical. Jusqu'au 09/07/2009
- Nicole ATHÉA, Médecin gynécologue. Jusqu'au 11/09/2009
- José CLAVERO, Médecin généraliste
- Dominique DELFIEU, Médecin généraliste
- Michel DURET, Infirmier libéral
- Françoise ELLIEN, Oncopsychologue
- Gilles ERRIEAU, Médecin généraliste, porte-parole du comité
- Maryse GEY, Assistante sociale CNAF
- Thierry GODET, Médecin coordonnateur Réseau de santé
- Frédérique PENAULT-LORCA, Biologiste
- Élisabeth ROUSSELOT-MARCHE, Médecin généraliste
- Sergio SALMERON, Pneumologue
- Florian SCOTTÉ, Oncologue médical
- Daniel SERIN, Oncologue radiothérapeute
- Sylvie SOLER, Service social CRAMIF
- Roselyne VASSEUR, Directrice des Soins infirmiers APHP. Jusqu'au 14/12/2009
- Richard VILLET, Chirurgien



27 février 2009, Le Pr Jean-Pierre Grünfeld remet au président de la République les « Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 »

**CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DES POINTS PRINCIPAUX DU PLAN D'ACTION DE L'INCa EN 2009**

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
ADMINISTRATION GOUVERNANCE		<b>11 février</b> Réunion du comité de déontologie  <b>27 février</b> Réunion du CA	<b>3 mars</b> Réunion du comité plénier du CMPU  <b>4 mars</b> Réunion du CCPS	<b>9 avril</b> Réunion du comité d'audit  <b>29 avril</b> Réunion du CA	<b>13 mai</b> Réunion du CCPS  <b>19 mai</b> Réunion du CMPU
INFORMATION DES PUBLICS			<b>2 mars</b> Lancement du mois de mobilisation nationale contre le cancer colorectal	<b>Avril</b> 42 centres de radiothérapie soutenus pour mettre en place des espaces d'information pilotes	
SANTÉ PUBLIQUE	<b>28 janvier</b> Publication de l'« Atlas de la mortalité en France 1970-2004 »	<b>Février</b> Lancement d'APP pour soutenir les actions menées par les associations dans les domaines du dépistage, de la détection précoce et de la prévention  <b>12 février</b> Publication de la brochure « Nutrition et prévention des cancers »	<b>11 mars</b> L'INCa au MEDEC pour 2 sessions consacrées à la nutrition et au dépistage des cancers		<b>28 mai</b> L'INCa soutient la journée de prévention et de dépistage précoce des cancers de la peau
SOINS		<b>Février</b> Lancement de 3 APP sur la qualité de vie des malades, les cancers rares, l'anatomocytopathologie Adoption de recommandations sur les chimiothérapies au sein d'établissements dits associés  <b>3 février</b> Publication du rapport « Quelles évolutions pour l'oncogénétique en France ? »			<b>7 mai</b> Lancement d'un APP sur la prise en charge des personnes prédisposées héréditairement au cancer  <b>15 mai</b> Parution des données d'activité 2007 des réseaux régionaux de cancérologie  <b>28 mai</b> Parution d'un rapport sur « L'état des lieux et les perspectives en oncogériatrie »

**2 novembre 2009**, Nicolas SARKOZY, président de la République,  
lance le Plan cancer 2009-2013

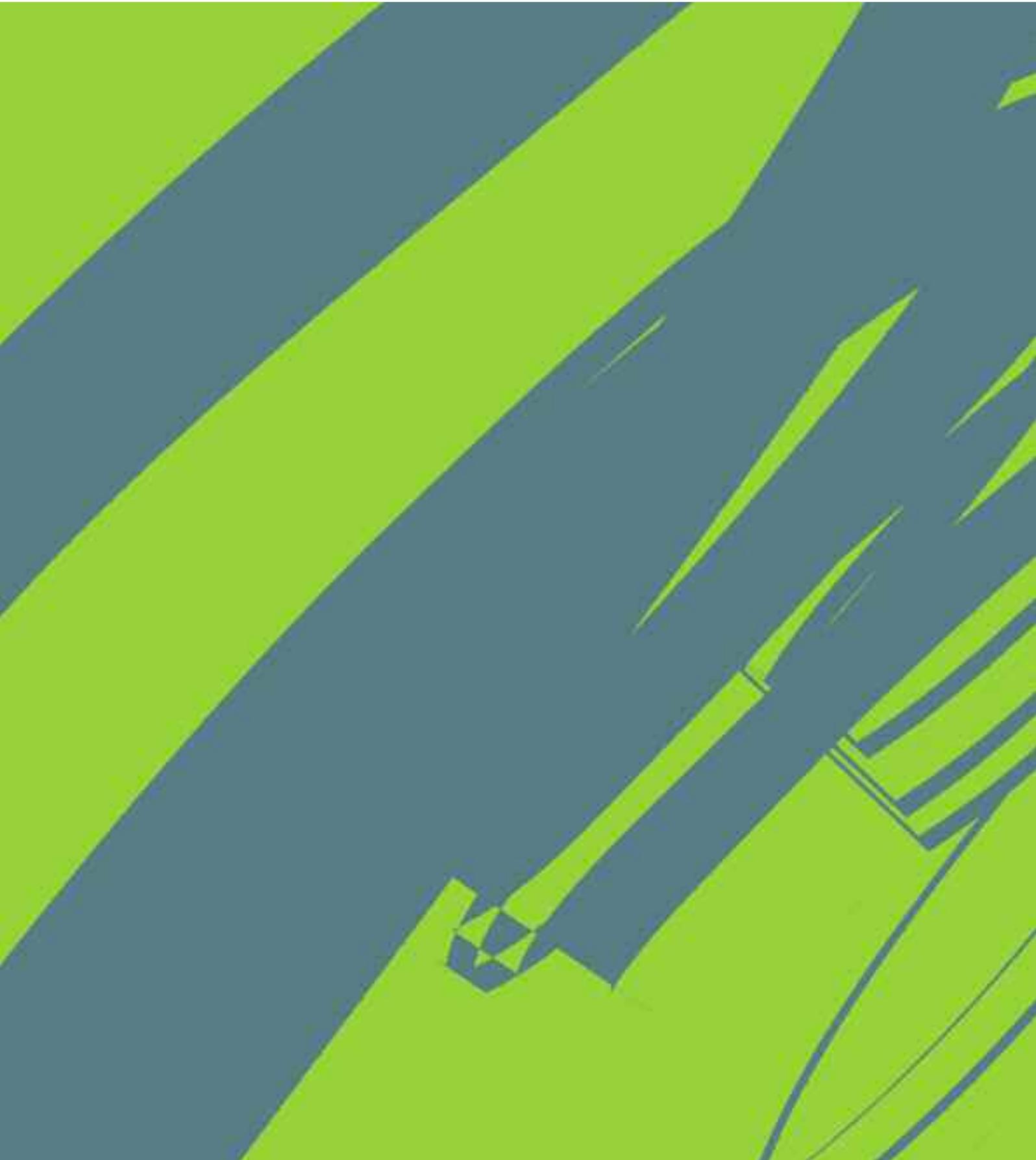
	Juin	Juillet-Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
	<b>17 juin</b> Séminaire commun CMPU/INCa	<b>1er juillet</b> Réunion du CA	<b>10 septembre</b> Réunion du comité d'audit <b>25 septembre</b> Conseil scientifique international <b>30 septembre</b> Réunion du comité plénier du CMPU et du CCPS	<b>7 octobre</b> Premières rencontres annuelles de l'INCa <b>16 octobre</b> Réunion du CA	<b>25 novembre</b> Séminaire commun CCPS/CMPU	<b>1<sup>er</sup> décembre</b> Réunion du comité d'audit <b>18 décembre</b> Réunion du CA
	<b>8 juin</b> Lancement d'une campagne de sensibilisation sur le dépistage du cancer du col de l'utérus		<b>Septembre</b> APP pour la mise en place d'espaces d'information dans les centres de radiothérapie	<b>Octobre</b> Lancement d'Octobre rose, mois dédié au dépistage du cancer du sein	<b>16 novembre</b> Mise en ligne de l'espace Cancer info sur le site <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a> <b>18 novembre</b> Lancement d'une campagne pour un nouveau regard sur les cancers	
	<b>Juin</b> Mobilisation des 23 000 officines de France sur le dépistage du cancer du col de l'utérus <b>12 juin</b> Journée de travail européenne sur la détection précoce des cancers de la cavité buccale <b>30 juin</b> Lancement d'APP sur la détection précoce des cancers buccaux				<b>20 octobre</b> Publication de « La situation du cancer en France en 2009 »	
		<b>20 juillet</b> Soutien aux centres de radiothérapie accueillant un physicien stagiaire	<b>Septembre</b> Appel à candidatures « identification des organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique »	<b>Octobre</b> L'INCa alloue un budget de 1,5 million d'euros pour permettre un accès personnalisé aux thérapies ciblées dans le cancer du poumon		<b>1<sup>er</sup> décembre</b> Publication de « La situation de la chimiothérapie des cancers en 2009 » <b>9 décembre</b> Signature d'un accord de partenariat avec l'ASIP pour le développement du DCC <b>10 décembre</b> L'INCa publie des recommandations pour la vaccination contre la grippe A H1N1 des personnes traitées pour un cancer

## ■ CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DES POINTS PRINCIPAUX DU PLAN D'ACTION DE L'INCa EN 2009

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
RECHERCHE	<b>Janvier</b> 1 <sup>re</sup> réunion internationale du groupe ICGC cancer du sein 1 <sup>re</sup> participation d'équipes françaises à l'AAP du NCI-CTEP pour des essais cliniques précoces Lancement AAP recherches biomédicales	<b>4 février</b> Symposium international « Apport de la génomique à la prise en charge des cancers ». Réunion préparatoire à la mise en place d'un ERA-Net recherche translationnelle cancer (7 <sup>e</sup> PCRD) avec la participation de 15 pays		<b>28 avril</b> Séminaire carcinome ovarien, groupe de recherche clinique de l'INCa	<b>19 mai</b> Conseil scientifique, réunion des membres français Bilan de la coopération avec la Tunisie, axes formation en radiophysique et équipement

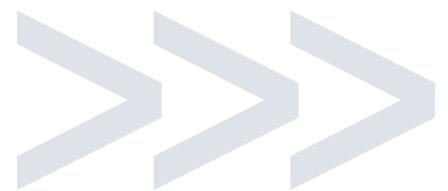
APP : appel à projets ; CA : conseil d'administration ; CMU : Comité des malades, de leurs proches et des usagers ; CCPS : Comité des professionnels de santé

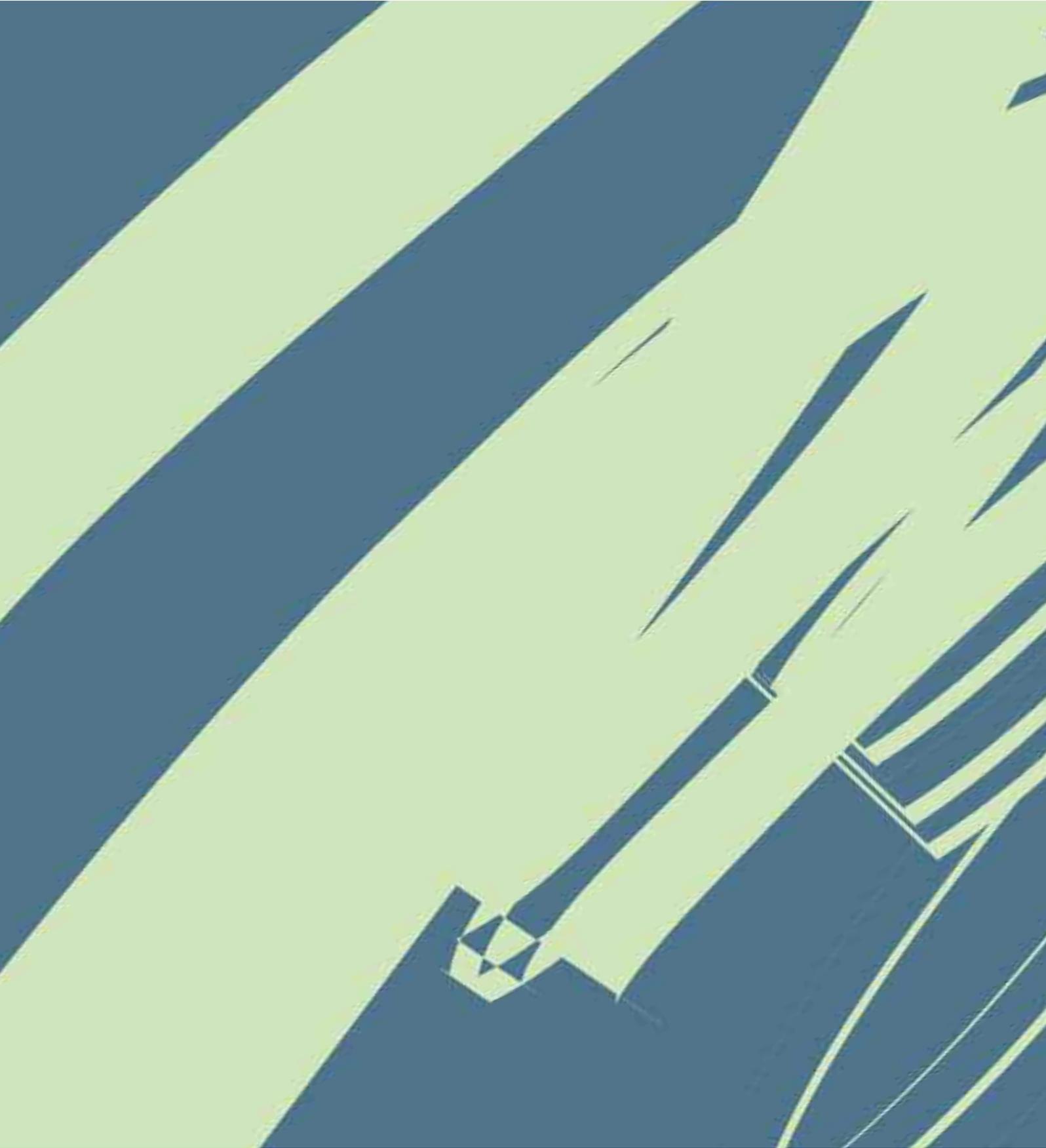
Juin	Juillet-Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
<p><b>Juin</b> 1<sup>re</sup> journée des Attachés de Recherche Clinique en cancérologie, Eurocancer</p> <p><b>8 et 9 juin</b> Colloque « Tumeurs spontanées chez les petits carnivores : intérêt pour l'abord physiopathologique et thérapeutique des cancers chez l'homme »</p> <p>Co-organisation avec ENV, Inserm, ministère agriculture</p> <p><b>23 juin</b> 2<sup>ème</sup> atelier scientifique international du consortium ICGC, Hinxton, Royaume-Uni</p> <p>Première évaluation des centres de traitement des données de recherche clinique</p> <p>Lancement de l'étude clinique SIGNAL</p> <p>Sélection des 20 premières tumeurs HER2+ pour le projet ICGC</p>	<p><b>Juillet</b> 1<sup>re</sup> réunion des centres français de recherche clinique phases précoces avec l'INCa et le NCI (Réseau INCa molécules innovantes : RIMI)</p> <p>1<sup>er</sup> rapport d'activité des tumorothèques</p> <p><b>2 juillet</b> Séminaire national PAIR prostate</p> <p><b>Août</b> Approbation par le NCI/CTEP de trois projets français recherche clinique phases précoces</p>	<p><b>16 septembre</b> Signature lettre d'intention avec NCI-US pour collaboration recherche biomédicale sur le cancer (projets de recherche et formation)</p> <p>Lancement des APP en recherche clinique PHRC et STIC, en recherche biomédicale, en recherche translationnelle, en recherche SHS, en épidémiologie et santé publique, ainsi qu'un appel à candidature pour la formation à la recherche translationnelle</p> <p>Sélection du projet EU BASIS-génomique du cancer du sein auquel participe l'INCa</p>	<p><b>5 octobre</b> Symposium international « OncoNano : accélérer le transfert des nanotechnologies au diagnostic, pronostic et traitement des cancers »</p> <p><b>13 octobre</b> Symposium international « Cohortes et recherche sur les cancers »</p> <p>Lancement AAP Pair prostate en partenariat avec la Ligue et l'ARC</p> <p><b>20 au 22 octobre</b> Mission en Serbie à l'invitation de l'ambassade de France : échanges sur le dépistage</p> <p><b>20 au 24 octobre</b> 5<sup>ème</sup> conférence internationale « Microenvironnement des tumeurs » en partenariat avec AACR et ICMS</p>	<p><b>12 novembre</b> Conférences des cancéropôles, présentation du Plan cancer 2009-2013</p> <p>Sélection des personnels médicaux proposés pour formation en France dans le cadre de l'accord de coopération INCa-ministère de la santé</p> <p>Participation à l'atelier santé dans le cadre du projet européen CAAST-Net : élaboration de propositions pour APP DG Recherche (7<sup>e</sup> PCRD)</p>	<p><b>14 décembre</b> Séminaire INCa/Lilly, bilan des projets de recherche soutenus par l'AAP commun de 2006</p> <p>Mise en ligne TVN</p>



DEUXIÈME PARTIE

# L'action de l'Institut National du Cancer en 2009





# 1. Observation

## 1.1. RAPPORT ANNUEL RELATIF À LA SITUATION DU CANCER EN FRANCE EN 2009

### Éléments de contexte

Le Plan cancer 2009-2013 prévoit la publication annuelle d'un rapport synthétisant les principales données d'observation des cancers (action 6.1). Une première édition avait été réalisée en 2007. Une 2<sup>ème</sup> édition du rapport *La situation du cancer en France* a été publiée en octobre 2009. Sa parution a été annoncée à près de 9 000 contacts par l'intermédiaire de la lettre d'information électronique de l'INCa. Environ 300 commandes ont ensuite été enregistrées en novembre et décembre sur le site de commande en ligne de l'Institut.

### L'activité de l'INCa

La réalisation de ce rapport s'est appuyée sur une collaboration entre les équipes de l'INCa, avec la contribution de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et des registres nationaux des cancers de l'enfant. Rassemblant un grand nombre de données disponibles, ce rapport fait également référence aux études, enquêtes et publications de nombreux organismes comme l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Observatoire national des professions de santé (ONPDS) ou le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Le rapport comporte 7 chapitres repartis en deux volets :

- le volet 1, « tous cancers », est décliné sous forme de grandes thématiques (représentation sociale de la maladie, données épidémiologiques, facteurs de risques, dépistage, offre et organisation des soins, recherche) ;
- le volet 2 est dédié à une approche par localisations cancéreuses (épidémiologie et facteurs de risques des cancers les plus fréquents).

### Les données essentielles

- Nombre de nouveaux cas estimés de cancer : 319 380, dont 135 895 chez les femmes et 183 485 chez les hommes
- Âge moyen au diagnostic : 64 ans chez les femmes, 67 ans chez les hommes
- Les quatre premières localisations sont : la prostate, le sein, le côlon-rectum et le poumon
- Nombre de décès estimé en 2005 : 145 762, dont 59 273 chez les femmes et 86 489 chez les hommes
- Âge moyen au décès : 74 ans chez les femmes, 71 ans chez les hommes
- Survie relative (diagnostics portés entre 1989 et 1997) :  
Globale à 1 an : 73 % ; à 5 ans : 52 %  
Chez les femmes à 1 an : 80 % ; à 5 ans : 68 %  
Chez les hommes à 1 an : 63 % ; à 5 ans : 44 %

L'Atlas de la mortalité par cancers en France métropolitaine (évolution 1970-2004), réalisé en étroite collaboration avec l'Inserm, a été rendu public fin janvier 2009. Il établit un état des lieux récent des disparités spatiales de



### Action 6.1

Publier un rapport de synthèse annuel des données relatives aux cancers et des principaux indicateurs de la politique de lutte contre les cancers mis à jour.

### FAIT MARQUANT 2009

- Publication du rapport  
*La situation du cancer en France, en octobre 2009*

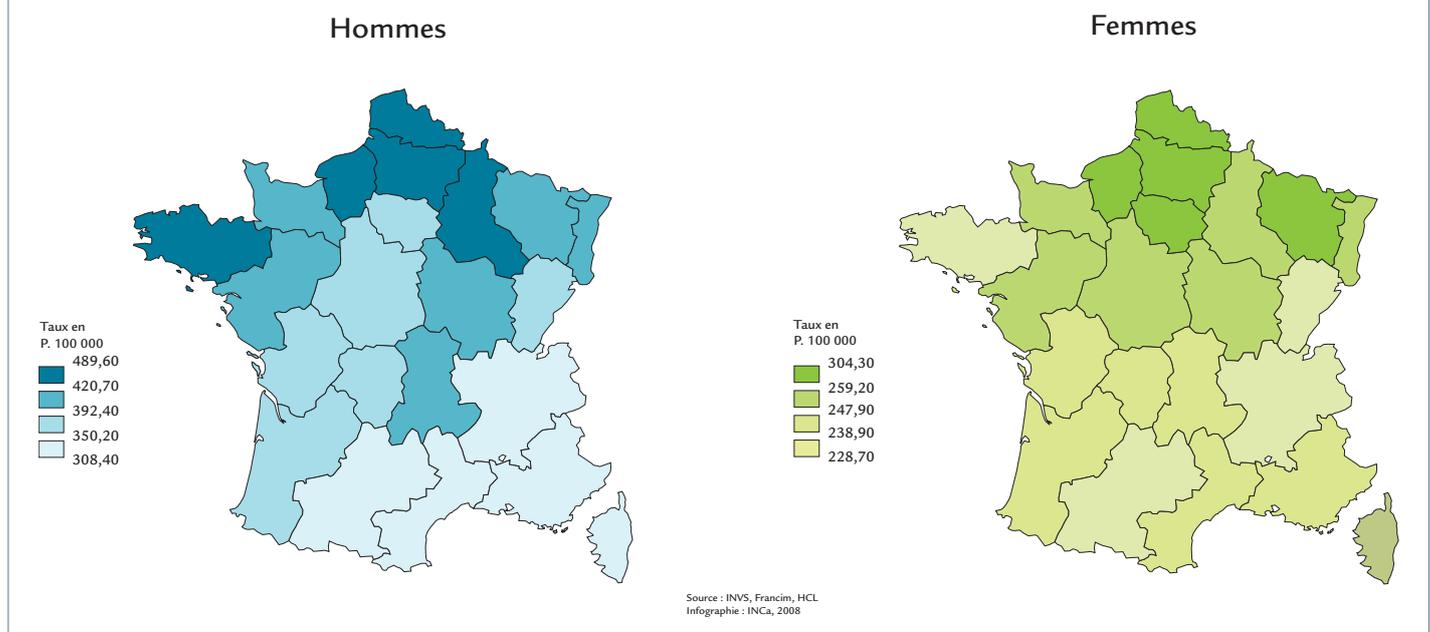


6 648 consultations internet sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) en novembre et décembre.



mortalité par cancer, ainsi qu'une analyse des changements intervenus dans la distribution géographique de la mortalité par cancer.

■ FIG. 1 : TAUX STANDARDISÉS D'INCIDENCE TOUS CANCERS À L'ÉCHELLE RÉGIONALE EN 2005 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE



### Action 6.2

Créer un portail des données du cancer, donnant accès à la synthèse des principales données pertinentes selon leur nature et leur source identifiées.

## 1.2. PORTAIL DES DONNÉES DU CANCER ET DE LA CANCÉROLOGIE

### L'activité de l'INCa

La rédaction du cahier des charges de spécification des besoins fonctionnels du portail a été engagée. Des accords-cadres ont été élaborés avec les partenaires de l'INCa susceptibles de contribuer à la fourniture de données (InVS, FNORS, INPES, CépiDc).

Une version d'essai devrait être disponible fin 2010, le portail opérationnel sera ouvert au public en 2012.



### Action 7.1

Renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants.

## 1.3. AMÉLIORATION DE LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES CANCERS PAR LES REGISTRES

### Éléments de contexte

L'amélioration de la surveillance épidémiologique des cancers par les registres est inscrite dans le Plan cancer 2009-2013 (action 7.1). Dans l'objectif d'améliorer et de soutenir la production de données épidémiologiques, l'INCa s'est associé en 2008 à l'InVS pour financer et contribuer au pilotage des registres des cancers à hauteur de 1 800 000 €.

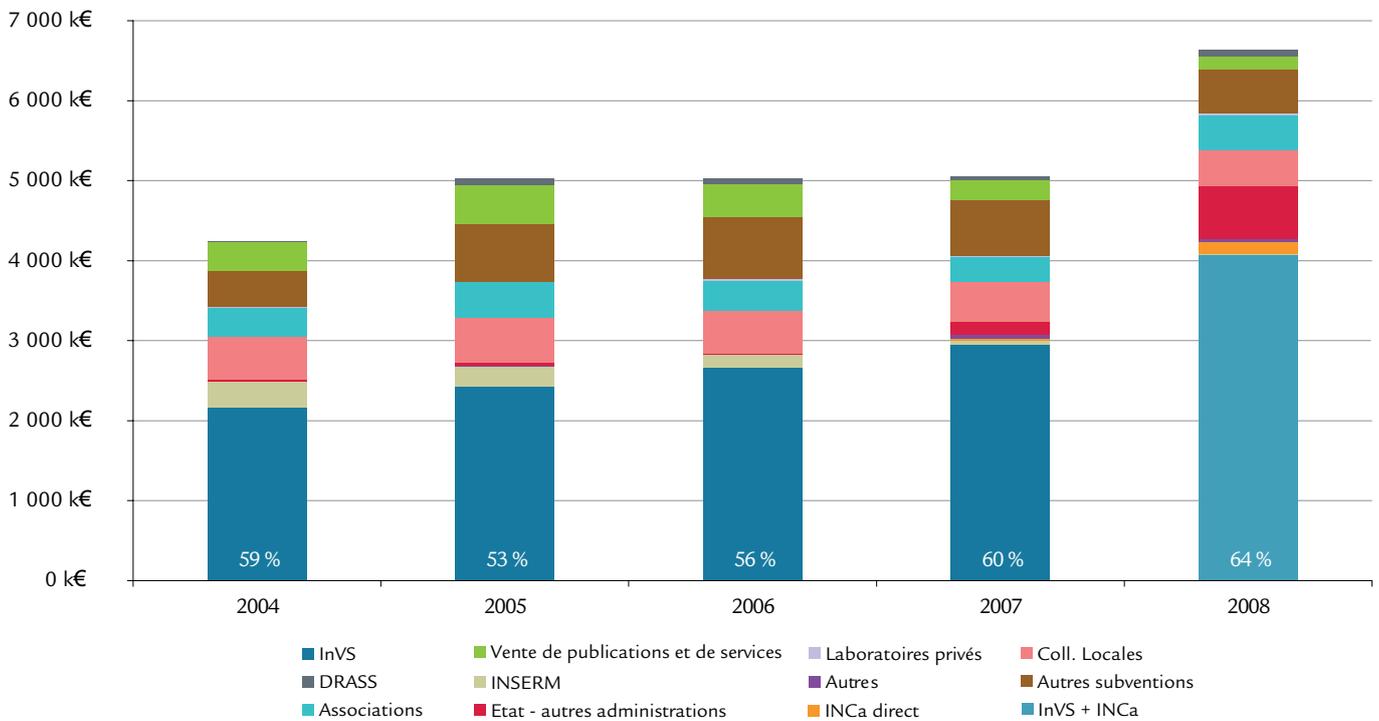
### L'activité de l'INCa

En 2009, le montant du financement a été porté à 3 200 000 €. Cette augmentation sensible a pour principal objectif le gain d'une année dans l'enregistrement des cas et la validation des données par les registres.

Une base de données commune à tous les registres regroupés dans le réseau Francim (FRANce-Cancer-Incidence et Mortalité) est gérée par les Hospices civils de Lyon ; son fonctionnement est subventionné par l'INCa à hauteur de 50 000 €.

Une étude sur le coût de fonctionnement des registres des cancers a été lancée par l'INCa en partenariat avec l'InVS en 2009. Cette étude avait notamment pour objec-

■ FIG. 2 : RESSOURCES FINANCIÈRES DES REGISTRES 2004-2008 ET PARTS FINANCIÉES PAR L'INCa, L'InVS ET L'INSERM



tif de définir le ou les budgets types pour les coûts de fonctionnement des registres, mais aussi de mesurer l'impact des nouvelles obligations scientifiques inscrites au programme de travail 2008-2010.

Cette étude a permis de faire un état des lieux du mode de fonctionnement des registres et de tracer, dans les domaines financier et organisationnel, des lignes directrices pour une plus grande efficacité.

#### 1.4. PUBLICATION HEBDOMADAIRE DU BULLETIN DE VEILLE BIBLIOGRAPHIQUE : NOTA BENE CANCER

##### Éléments de contexte

L'INCa a regroupé en 2009 l'ensemble de la veille bibliographique au sein d'une entité interne, et a lancé la publication d'un bulletin hebdomadaire de veille bibliographique sur le cancer : Nota Bene Cancer. Son objectif est d'informer les équipes de l'Institut, ses partenaires, les professionnels de santé et tout public intéressé. Ce bulletin de veille a été mis à disposition de tous les acteurs de la lutte contre le cancer. Il signale et fournit des liens vers une sélection de publications scientifiques ou de rapports disponibles sur internet.

##### L'activité de l'INCa

Une équipe assure la veille, la sélection des titres, la rédaction de la présentation et de la publication hebdomadaire. Chaque élément sélectionné fait l'objet :

- d'une brève description de son sujet (en français) ;
- et de sa référence bibliographique, accompagnée d'un lien permettant d'accéder au résumé ou au texte intégral.

#### FAIT MARQUANT 2009

- Publication d'un bulletin de veille bibliographique hebdomadaire Nota Bene Cancer, diffusé auprès de 2 000 abonnés.

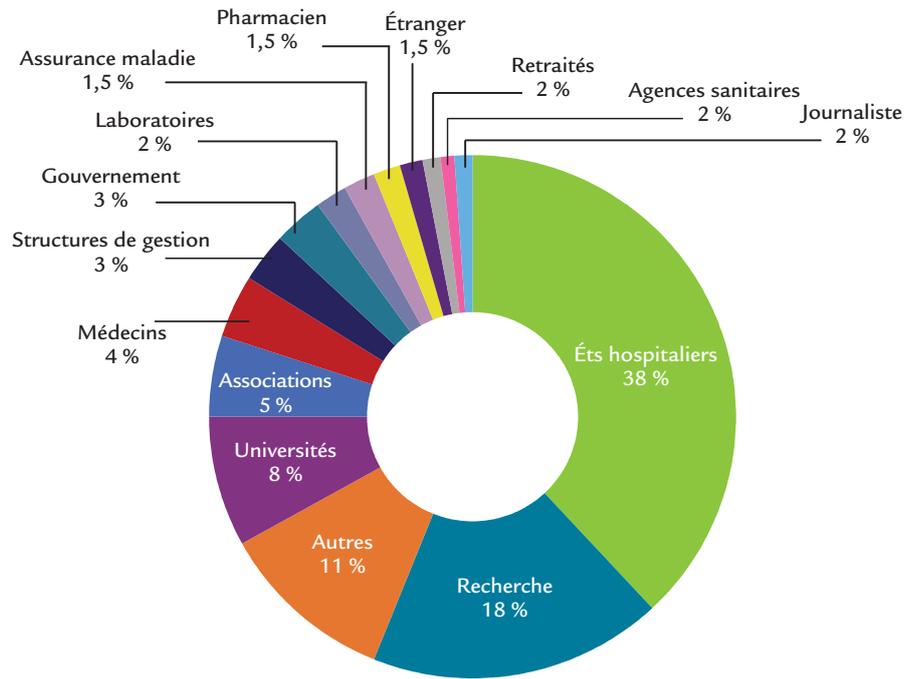




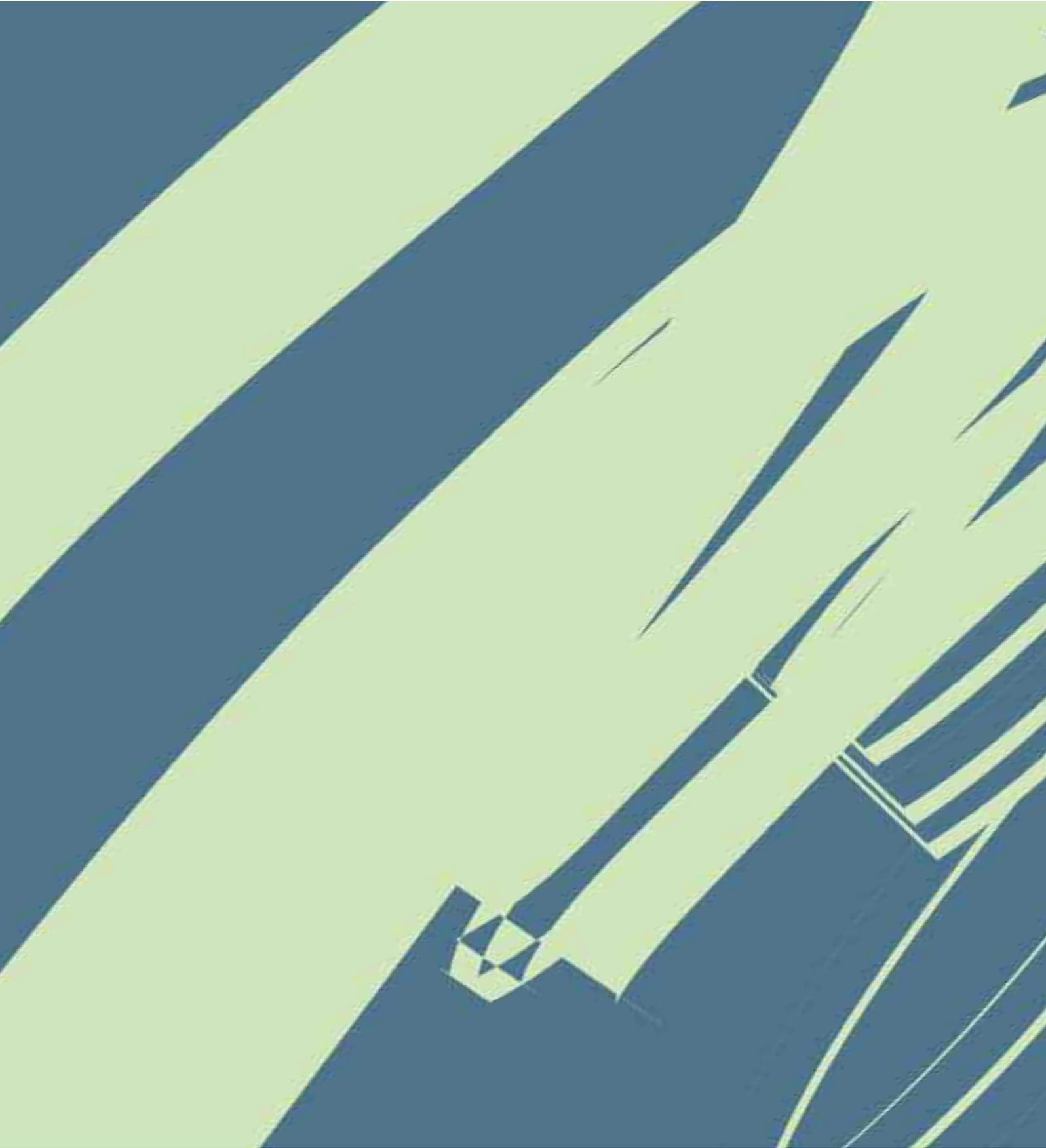
Tous les domaines de la lutte contre le cancer sont concernés : de la biologie fondamentale aux traitements et à la santé publique (prévention, dépistage, économie, épidémiologie...). Vingt-neuf numéros de Nota Bene Cancer ont été publiés en 2009 à un rythme hebdomadaire.

Fin décembre, le nombre d'abonnés était de 1 918 (Figure 3) pour la répartition de l'origine professionnelle auto-déclarée des abonnés.

■ FIG. 3 : VENTILATION DES 1 918 ABONNÉS À LA DIFFUSION HEBDOMADAIRE NOTA BENE CANCER SELON L'ORIGINE ET LA PROFESSION (DÉCEMBRE 2009)







## 2. Prévention

### 2.1. PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUES

#### 2.1.1. TABAGISME ET RISQUES DE CANCER

##### Éléments de contexte

En 2009, la lutte contre le tabagisme a été marquée par la publication du Plan cancer et la mise en œuvre concrète de deux de ses actions, adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) :

- l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs, qui passe de 16 à 18 ans ;
- la vente des cigarettes bonbons, interdite par arrêté du 31 décembre 2009.

Par ailleurs, les prix des produits du tabac manufacturé ont augmenté de 6 % en novembre 2009 : le prix de la marque de cigarettes la plus vendue a ainsi atteint 5,60 €.

Les ventes de cigarettes ont augmenté de 2,6 % par rapport à 2008, tandis que les ventes de tabac à rouler ont diminué de 1,9 % par rapport à l'année précédente<sup>1</sup>.

Les ventes annuelles de 2009 ont été réduites d'environ 32 % par rapport à 2002 et dans le même temps, le prix du paquet de cigarettes de la classe la plus vendue a augmenté de 55 % (OFDT, 2010)<sup>2</sup>.

##### L'activité de l'INCa

###### La production de documents d'expertise

L'INCa a développé et mis à disposition des décideurs et des partenaires des documents de synthèse d'expertises en matière de cancers et tabac, en publiant au cours de l'année 2009 des fiches repère : *Risque de cancers et cannabis* (janvier 2009) ; *Cancers et tabagisme passif* (février 2009) ; *Cancers et tabac* (mai 2009) ; *Risques de cancers et produits du tabac « sans fumée »* (septembre 2009)<sup>3</sup>.

La parution de cette dernière fiche a été annoncée à près de 9 000 contacts par l'intermédiaire de la lettre d'information électronique de l'INCa.

###### L'accompagnement des politiques publiques

L'INCa a participé à l'évaluation des politiques publiques de lutte anti-tabac en publiant et valorisant avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) le premier rapport du volet fran-



#### Action 10.4

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

#### FAIT MARQUANT 2009

- Production de 4 « Fiches repère » prévention sur les risques liés au tabac.



1. OFDT : Tableau de bord mensuel des indicateurs de tabac, à partir des données de ventes d'Altadis et de la DGDDI, version du 22/01/2010, <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/100122.pdf>.

2. Ibid.

3. Ces 4 fiches repère ont fait l'objet de 619 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) pour *Risque de cancers et cannabis*, 490 consultations pour *Cancers et tabagisme passif*, 784 consultations pour *Cancers et tabac*, 437 consultations pour *Risques de cancers et produits du tabac « sans fumée »*.

çais d'International Tobacco Control Policy Evaluation Project (projet ITC)<sup>4</sup>. Le second volet de cette cohorte a également été analysé (la publication des résultats est prévue pour 2010). En 2009, l'INCa et l'INPES ont participé au développement et au financement du modèle de simulation SimSmoke France proposé par David T. Levy. L'objectif de SimSmoke France est de déterminer les tendances futures en matière de tabagisme et de décès dus au tabac. Ce modèle peut donc jouer un rôle informatif auprès des organes décisionnaires qui cherchent à développer une combinaison de différentes mesures antitabac.

Sur la thématique tabac, l'INCa a participé aux travaux menés par :

- l'OFDT dans son groupe « indicateurs de données sur le tabac » ;
- la commission addiction présidée conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ;
- l'INPES dans son groupe d'experts « prévention du tabagisme », et dans son instance d'évaluation de l'appel à projets tabac-alcool mise en place dans le cadre de la mesure 8 du Plan cancer 2003-2007.

#### Le bilan et le suivi des travaux de recherche

Grâce à un précédent appel à projets, l'INCa avait souhaité proposer aux associations françaises impliquées dans le contrôle du tabac d'étudier la situation en France d'outre-mer et dans les pays francophones pour réaliser un état des lieux de l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac sur ces territoires. Ainsi des rapports et des outils interactifs sur cette thématique ont été publiés en 2009 :

- observatoire de la législation française sur le tabac (disponible sur le site internet de l'association Droit des non-fumeurs<sup>5</sup>) ;
- médiathèque française pour le contrôle du tabac (DNF)<sup>6</sup> ;
- le contrôle du tabac en France d'outre-mer : états des lieux de l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Alliance Contre le Tabac) ;
- surveillance de l'application de la CCLAT en France et renforcement des capacités des pays francophones (Alliance contre le tabac).

Par ailleurs, une communication orale sur le thème « La coordination des actions de la société civile soutenue par l'INCa pour une application optimale de la Convention-cadre pour la lutte antitabac » a été présentée lors des journées prévention 2009 de l'INPES.

L'INCa a également suivi et financé 11 projets initiés en 2006, 2007, 2008 pour un montant de 112 000 € sur 2009.

Enfin, un nouveau projet a été financé dans le cadre d'un appel à projets MILDT/Inserm/INCa pour un montant de 40 000 € :

Projet	Équipe
Leviers des arrêts spontanés tabac/cannabis	Université Paris-Descartes

4. Projet ITC (Février 2009). Rapport national ITC France. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer (INCa), et Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Paris, France.

5. <http://dnf.asso.fr/-Observatoire-de-la-legislation-.html>.

6. <http://dnf.asso.fr/-Mediatheque-francaise-pour-le-.html>

Trois nouveaux projets ont été retenus dans le cadre de l'appel à projets associations pour un montant total de 460 000 € :

Projet	Association
TaPaqFi : vers des produits du tabac aux packagings et au coût financier dissuasifs	CNCT
Mission d'amélioration des mesures de contrôle du tabac en France	Alliance contre le tabac
Prévention du tabagisme et aide à l'arrêt spécifique en ESAT (Établissement et service d'aide par le travail)	GEFLUC

### L'action internationale

En réponse à la globalisation de l'épidémie du tabac, l'INCa, sous la tutelle du ministère de la santé, a participé au suivi des avancées de la Convention-cadre de la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS et a contribué à financer son secrétariat permanent.

En 2009, l'INCa a également financé le projet international Treatobacco<sup>7</sup> coordonné par le Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) qui a pour but d'améliorer la coopération avec les pays en développement dans les domaines scientifiques, techniques et juridiques.

Au niveau européen, l'INCa est partenaire et financeur du Smoke Free Partnership (partenariat entre l'European Respiratory Society, Cancer Research UK, European Heart Network et l'Institut National du Cancer). Dans le cadre de ce partenariat, un suivi des politiques, législations, réglementations et programmes relatifs au contrôle du tabac au niveau européen a été publié en 2009, et des documents d'informations relatives aux aspects scientifiques et aux mesures efficaces de la CCLAT ont été diffusés sur la structure et les taux d'accises applicables aux tabacs manufacturés (article 6 de la CCLAT)<sup>8</sup>, et les politiques de développement et le tabac (articles 22 et 26 de la CCLAT)<sup>9</sup>.

## 2.1.2. ALCOOL ET CANCERS

### Éléments de contexte

La consommation de boissons alcoolisées, bien qu'encore très élevée en France (sixième rang mondial), tend à diminuer depuis plusieurs décennies. L'alcool est néanmoins la deuxième cause évitable de mortalité par cancers, après le tabac : 10,8 % des décès par cancers chez l'homme et 4,5 % chez la femme sont attribuables à la consommation d'alcool.

### L'activité de l'INCa

#### La production de documents d'expertise

Une synthèse des connaissances sur les risques de cancers liés à l'alcool a été réalisée pour la brochure *Nutrition et prévention des cancers*, en s'appuyant sur le rapport international d'expertises du WCRF/AICR 2007 (voir paragraphe 2.1.3).

#### Le soutien aux travaux de recherche

L'INCa a suivi et financé 4 projets de recherche sur la thématique alcool, initiés en 2008, pour un financement total de 30 000 € en 2009.



7. <http://www.treatobacco.net/en/index.html>.

8. <http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/ers-SL4-FR.pdf>.

9. [http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/french\\_draft\\_4.pdf](http://www.smokefreepartnership.eu/IMG/pdf/french_draft_4.pdf).

L'INCa a financé dans le cadre d'un appel à projets MILDT/Inserm/INCa 2 nouveaux projets pour un montant de 65 000 € :

Projet	Équipe
Task force alcool en Picardie	Ors Picardie
Déterminants consommation alcool et drogues chez les adolescents de la Réunion	Inserm

Une journée de présentation et d'échanges autour des projets « alcool » financés par l'INCa a eu lieu à la fin de l'année 2009.

### 2.1.3. NUTRITION ET CANCERS

#### Éléments de contexte

Les données du rapport du World Cancer Research Fund (WCRF) et de l'American Institute of Cancer Research<sup>10</sup> concernant les liens entre alimentation, nutrition et activité physique et cancer, paru en novembre 2007, nécessitaient une adaptation à la situation française.

#### L'activité de l'INCa

##### L'actualisation des connaissances scientifiques sur les liens entre nutrition et cancers

La brochure du Programme national nutrition santé (PNNS) *Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations 2009*, a été réalisée, à la demande de la Direction générale de la santé (DGS) par l'Institut National du Cancer, en partenariat avec la DGS, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) et avec l'appui scientifique du réseau National alimentation cancer recherche (NACRe). Elle est destinée aux professionnels de santé et fait partie des synthèses du PNNS. Elle actualise la précédente brochure PNNS *Alimentation, nutrition et cancer* de 2003, rédigée par l'InVS (unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle).

#### FAIT MARQUANT 2009

- Publication de la brochure *Nutrition et prévention des cancers*.

Elle a pour objectif d'aider les professionnels à répondre aux questions qui leur sont posées ou à délivrer des conseils favorables à la prévention des cancers adaptés à la situation de leurs patients. Elle concerne uniquement les cancers et non les autres pathologies et les recommandations émises visent la prévention nutritionnelle des cancers.

La brochure met en regard les connaissances scientifiques actuelles validées concernant les relations entre l'alimentation, l'activité physique et le risque de cancers avec l'exposition de la population française aux facteurs de risque ou de protection identifiés, et propose des recommandations adaptées.

La brochure a été rendue publique à l'occasion d'une conférence de presse au ministère de la santé, le 17 février 2009. Elle a été diffusée depuis à plus de 35 000 exemplaires aux médecins traitants en 2009. Elle a fait l'objet de 54 205 consultations en 2009 sur le site de l'INCa.

L'INCa est intervenu sur cette thématique lors de plusieurs conférences (Medec, Forme

10. WCRF/AICR. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. 2007 (<http://www.rapportalimentationetcancer.fr>).

et santé...), a répondu à de nombreuses interviews (presse, télévisées, radio...) et a rédigé des notes techniques en réponse à des demandes ciblées (acétaldéhyde, alcool, compléments alimentaires...).

Enfin, une fiche repère concernant la nutrition et les cancers a été réalisée et mise à disposition sur le site internet.

Un travail d'expertise sur la prévention nutritionnelle des seconds cancers primaires a été initié en collaboration avec le réseau NACRe. Ce travail sera intégré dans le rapport d'expertise sur le risque de second cancer primaire (cf. paragraphe 2.3).

#### Soutien à la recherche

L'INCa a suivi et financé 8 projets de recherche en santé publique sur la thématique nutrition, initiés en 2006 et 2007, pour un financement total de 427 000 € en 2009.

Deux appels à projets dédiés à la connaissance sur la prévention nutritionnelle (alimentation, activité physique, poids ou autre facteur nutritionnel) avant, pendant et après le cancer ont été lancés en 2009, respectivement en février vers les associations et en septembre vers les équipes de recherche.

## 2.2. PRÉVENTION DES EXPOSITIONS LIÉES AUX MILIEUX DE VIE ET DU TRAVAIL

### Éléments de contexte

L'année 2009 a été marquée par la publication du Plan national santé environnement 2009-2013 (PNSE 2) et la mise en place de son comité de suivi ainsi que la tenue du Grenelle des Ondes dont les recommandations ont été étayées par une expertise de l'Afsset.

### L'activité de l'INCa

#### 2.2.1. DÉVELOPPEMENT D'UNE EXPERTISE INTERNE EN MATIÈRE D'« ENVIRONNEMENTS ET CANCERS » (LIEUX DE VIE ET DE TRAVAIL)

Cette action s'est traduite notamment par l'établissement de 4 Fiches repère et de notes techniques. Les principaux thèmes étudiés concernent les risques de cancers et les perturbateurs endocriniens, les pesticides, les substances chimiques, l'eau du robinet, les cancers de la thyroïde.

Une communication sur les inégalités face aux cancers professionnels a été faite dans le cadre du colloque « Prévenons les cancers professionnels » organisé par l'INRS (18-20 novembre 2009). La communication sera déclinée en Fiche repère dans le courant de l'année 2010.

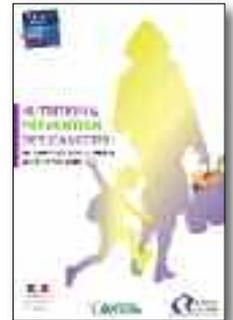


Ces fiches ont fait l'objet de 1 021 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) pour *Risques de cancers et perturbateurs endocriniens*, 1 027 consultations pour *Risques de cancers et pesticides*, 1 792 consultations pour *Cancers et substances chimiques*, 1 300 pour *Risques de cancers et particules fines*.



#### Action 11.4

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



Ce document a fait l'objet de 2 565 consultations en 2009 sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

### FAIT MARQUANT 2009

- Production de 4 Fiches repère sur les risques liés à l'environnement.

Un renforcement du processus de partenariat a été engagé avec :

- la DGS pour la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 et la mise en place d'un groupe de travail sur les cancers professionnels ;
- la DGS et le ministère de l'environnement dans le cadre des groupes de travail inter-institutionnels pour l'élaboration du PNSE 2 ;
- la DGT, la Cnamts-branche AT-MP, l'INRS pour la mise en place d'un groupe de travail sur les cancers professionnels ;
- la DGT et la Cnamts suite à la publication du Rapport Lejeune sur la traçabilité ;
- la HAS avec l'inscription d'une thématique « prévention » dans les programmes de travail (poussières de bois) ;
- l'Afsset pour le soutien d'une étude réalisée par l'Afsset sur la contamination des milieux par les molécules anticancéreuses provenant des rejets hospitaliers. Cette étude a donné lieu à plusieurs publications dans la presse scientifique ;
- le Haut conseil en santé publique dans le cadre du groupe de travail de la commission environnement.

### 2.2.2. SOUTIEN À LA RECHERCHE SUR CANCERS PROFESSIONNELS

L'INCa a suivi et financé 12 projets initiés en 2006-2007 pour un montant de 280 000 € sur 2009 (dont 140 000 € sur le budget recherche).

Trois nouveaux projets ont été retenus dans le cadre de l'appel à projets associations 2009 pour un montant de 119 000 € :

Projet	Équipe
La perception du risque cancérigène en milieu de travail : un frein à la prévention ?	CESTP ARACT
Ensemble contre les cancers professionnels	FNATH
Projet « Cursus laboris » Midi-Pyrénées : connaître et reconnaître le risque professionnel dans la pathologie cancéreuse au niveau régional	ONCOMIP

### 2.3. PRÉVENTION AUPRÈS DE POPULATIONS « VULNÉRABLES »

En 2009, la prévention auprès des populations « vulnérables » a concerné principalement les patients atteints de cancer dans le cadre de la prévention des cancers multiples.

#### Éléments de contexte

La commission d'orientation sur le cancer a estimé, en 2003, que plus de 2 millions de personnes vivaient avec une histoire de cancer en France. Cette population augmente du fait d'une progression globale de l'incidence des cancers et d'une diminution du taux standardisé de mortalité due aux cancers. Pour limiter la morbidité et la mortalité des patients dits « en rémission de cancer », l'INCa s'intéresse depuis 2008 aux risques de seconds cancers primaires et aux moyens de prévention à développer pour en réduire l'incidence.

#### L'activité de l'INCa

##### 2.3.1. EXPERTISE SUR LE RISQUE DE SECOND CANCER PRIMAIRE

Pendant l'année 2009, un travail d'expertise sur les risques de second cancer primaire a été mené à l'Institut. Une vingtaine d'experts a été mobilisée pour évaluer ces risques en fonction de la localisation du premier cancer diagnostiqué (cancer gynécologique, digestif, urologique, hématologique, ou VADS-poumon).

L'ensemble de ce travail d'expertise a été présenté en décembre lors d'une réunion rassemblant experts, départements et directions de l'INCa concernés. Les éléments de cette expertise seront synthétisés dans un rapport en 2010. Questionnant sur la nécessité de redéfinir, dans certains cas, les modalités de suivi des patients (prévention/dépistage/surveillance médicale...), ce travail s'inscrit dans l'axe « Vivre pendant et après un cancer » du Plan cancer 2009-2013.



#### Action 25.3

Expérimenter la mise en œuvre d'un Programme personnalisé de l'après cancer (PPAC).

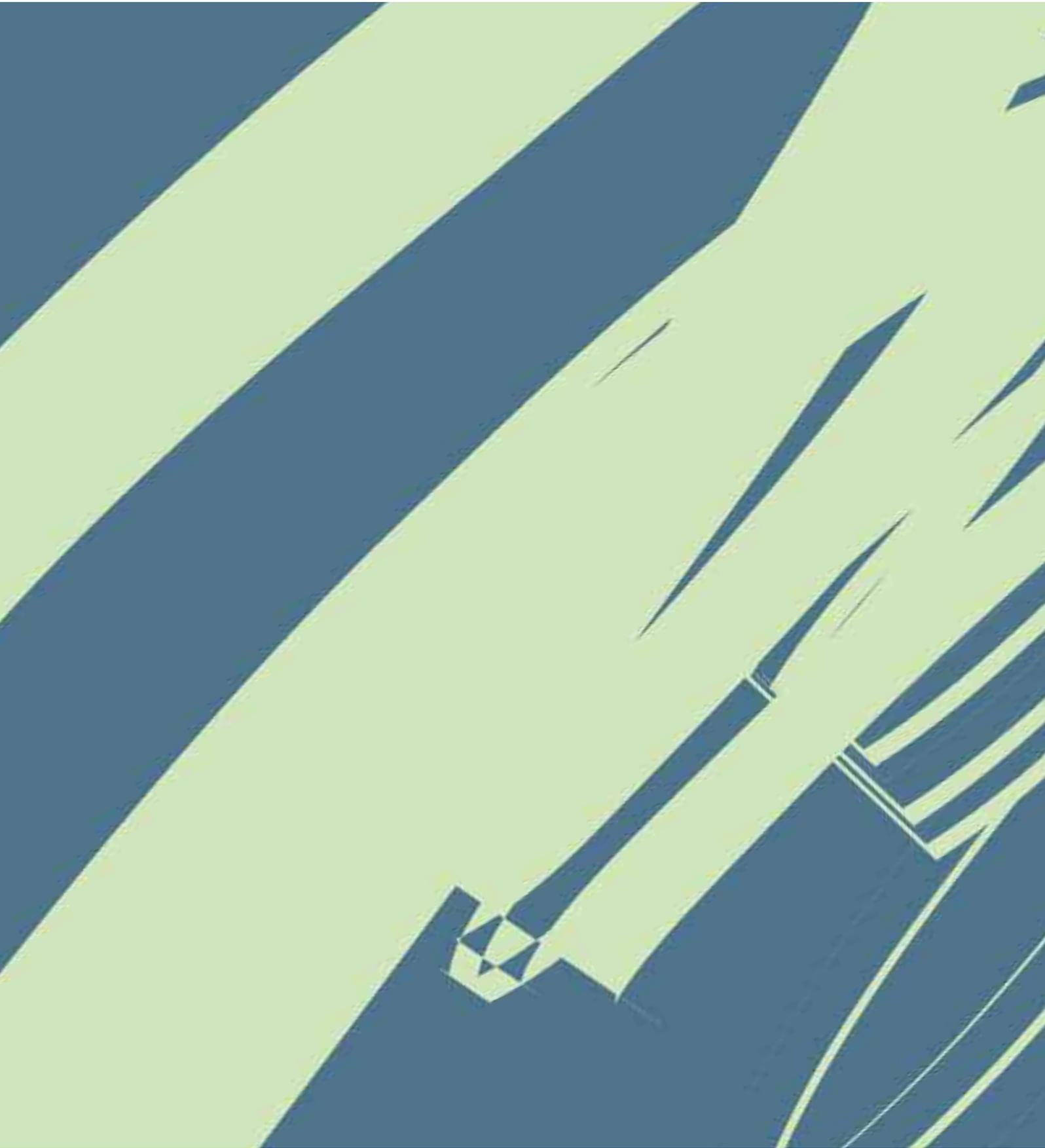
En parallèle à ce travail d'expertise, 2 appels à projets dédiés à la connaissance épidémiologique des seconds cancers primaires et à leur prévention ont été lancés en 2009, respectivement en février en direction des associations et en septembre pour les équipes de recherche (voir chapitre Recherche).

#### 2.4. PRÉVENTION DES CANCERS : APPROCHE TRANSVERSALE

L'INCa a développé une expertise sur les stratégies de prévention des cancers en France à partir d'un travail bibliographique. Outre différents états des lieux de la situation générale de la prévention des cancers en France (volets institutionnels et associatifs, dimensions éducation à la santé, stratégies publiques, dimensions comportementales et environnementales, etc.), une attention particulière a été portée aux facteurs de risques synergiques, dans l'optique d'étayer des actions futures interinstitutionnelles et transversales. Ces travaux se traduiront notamment par la publication de fiches repère (en 2010).

Deux projets ont été retenus dans le cadre de l'appel à projets associations 2009 pour un montant de 6 200 € :

Projet	Équipe
Pas à pas prévenons le cancer	Centre social de l'Alma
Actions d'éducation à la santé dans une école primaire accueillant des enfants du voyage	Comité du Gard



## 3. Dépistage et détection précoce des cancers

### 3.1. LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

#### Éléments de contexte

L'augmentation régulière de l'incidence depuis plus de 20 ans semble avoir atteint son maximum avec près de 50 000 nouveaux cas de cancers invasifs estimés pour l'année 2005, soit 36,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme. Aux États-Unis, et dorénavant en Europe, les derniers chiffres d'incidence sont en faveur d'un recul de celle-ci. Les raisons avancées à ce retournement de tendance sont l'impact du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses, mais aussi et surtout la forte diminution du recours aux traitements hormonaux substitutifs de la ménopause.

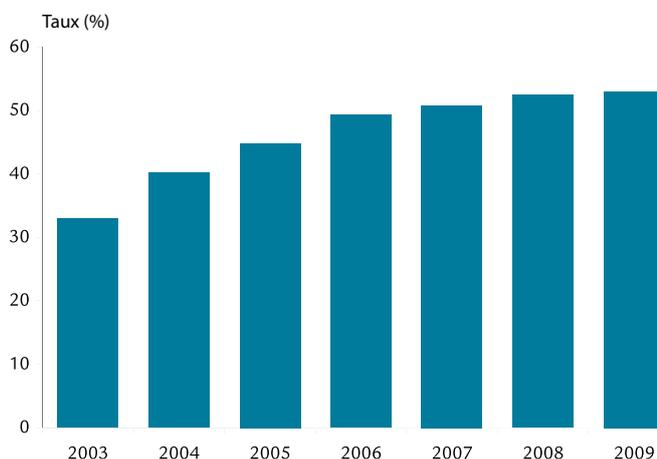
En 2005, 11 308 femmes sont décédées en France d'un cancer du sein, ce qui fait de cette maladie la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Cependant, le taux de mortalité décroît doucement depuis les années 1998-2000, de -1,3 % en moyenne.

Le dépistage organisé concerne les femmes de 50 à 74 ans, soit près de 9 millions de femmes.

#### FAIT MARQUANT 2009

■ Taux de participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein : 53 % en 2009

■ FIG. 4 : ÉVOLUTION DU TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN



#### Action 16.4

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

#### FAIT MARQUANT 2009

- Un parc de mammographes majoritairement numériques dans les cabinets.

Les appareils de mammographie numérique (toutes activités confondues) sont devenus en 2009 plus fréquents que les appareils analogiques. Ils constituent, au deuxième semestre 2009, 63,5 % du parc mammographique.

#### L'activité de l'INCa

##### 3.1.1. ACCOMPAGNEMENT DE L'INTRODUCTION DE LA MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE

Dans son rapport de 2006 relatif à la place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein, la Haute autorité de santé (HAS) avait préconisé de lancer l'introduction de la mammographie numérique en deux étapes.

La première étape s'est concrétisée par l'arrêté du 24 janvier 2008 portant introduction de la mammographie numérique dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein, mais sans que l'organisation antérieure de la seconde lecture ne soit modifiée. Les radiologues premiers lecteurs doivent ainsi éditer les images numériques sur film, lesquelles seraient adressées pour seconde lecture aux structures de gestion départementales.

Avant d'envisager une numérisation de l'intégralité de la procédure, la HAS préconisait la réalisation d'une étude de faisabilité tenant compte tant des aspects techniques qu'organisationnels et économiques de transmission et d'archivage des mammographies numériques dans le cadre du dépistage organisé. L'INCa a fait réaliser cette étude en 2009. Il n'y aurait plus d'obstacle technique à la mise en place de tels dispositifs. Des expérimentations pourront être lancées en 2010 afin de tester différentes organisations et évaluer les coûts afférents. Elles devront également s'intégrer aux plans d'équipements informatiques en radiologie lancés au niveau national sous l'autorité de la Mission pour l'informatisation des systèmes de santé auprès du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

Les cabinets de radiologie semblent aujourd'hui s'équiper massivement comme le décrit le tableau ci-dessous :

	Analogique	Numérique	% numérique
1 <sup>er</sup> semestre 2008	1 924	770	28,6
2 <sup>ème</sup> semestre 2009	910	1 586	63,5

##### 3.1.2. ÉVALUATION ORGANISATIONNELLE DU PROGRAMME

Cette étude prévoit d'analyser les relations existantes entre l'organisation actuelle du dispositif d'une part, et les objectifs de ce dispositif d'autre part (participation, qualité et accessibilité optimales). Durant l'année 2009, la phase 1 a permis de réaliser l'étude descriptive des paramètres d'organisation des différents sites de dépistage organisé. Pour la phase 2 du projet, un groupe de 25 sites métropolitains a été défini ; ces sites feront l'objet d'enquêtes approfondies sur leur fonctionnement. La synthèse de l'étude sera disponible en juin 2010.

##### 3.1.3. ORGANISATION D'UN SÉMINAIRE DU PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE

L'INCa a organisé, en lien avec la Direction générale de la santé et l'Institut de veille sanitaire, un séminaire ayant réuni 150 personnes sur l'organisation du programme national de dépistage organisé du cancer du sein.

## 3.2. LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

### Éléments de contexte

Avec plus de 37 400 nouveaux cas estimés en 2005 en France, le cancer colorectal se situe au troisième rang des cancers les plus fréquents dans la population et au deuxième rang des décès par cancer avec près de 17 000 décès.

Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal est mis en place sur l'ensemble du territoire français depuis le début de l'année 2009. Il cible une population de 16 millions de personnes.

La dernière évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été réalisée à partir des résultats de 22 départements pilotes, à la date du 1<sup>er</sup> novembre 2007. Ces indicateurs montrent une participation encore trop faible, puisque le taux s'élève à 42 % et varie selon le sexe (47 % chez les femmes et 40 % chez les hommes). Les hommes de 50-54 ans se font le moins dépister (32 %) et les femmes de 60-64 ans font le test plus fréquemment (50 %). De nouveaux résultats de l'évaluation de ce programme pour les années 2007-2008 seront publiés prochainement. Sont d'ores et déjà disponibles les taux de participation pour les personnes ayant réalisé un test de dépistage entre le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et le 31 décembre 2008 dans 18 départements (ayant débuté le programme depuis plus de 5 ans à la date du 25 novembre 2009). Le taux de participation est en moyenne de 37,1 %.

### L'activité de l'INCa

#### 3.2.1. DÉVELOPPEMENT DU TEST IMMUNOLOGIQUE

Une des actions du Plan cancer 2009-2013, relatives au dépistage du cancer colorectal, porte sur le déploiement progressif de l'utilisation du test immunologique du dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire (action 16.3).

En 2009, l'INCa a financé et suivi des études expérimentales, *in vitro* et *in vivo*, du test immunologique sur quelques sites et a analysé les premiers résultats en lien avec le Groupe national de suivi, notamment ceux portant sur la stabilité des tests en fonction du temps et de la température.

L'INCa travaille également avec le groupe La Poste afin de définir les conditions juridiques et techniques optimales de transport des tests immunologiques.

#### 3.2.2. GROUPE NATIONAL DE SUIVI

Le Groupe national de suivi du dépistage du cancer colorectal, composé de 32 experts scientifiques et institutionnels, s'est réuni trois fois au cours de l'année. Ce groupe d'experts a suivi les premiers résultats des études expérimentales *in vitro* et *in vivo* relatives à l'utilisation du test immunologique dans certains départements et a pointé des pistes de réflexion.

Il a proposé un avis favorable à trois structures de gestion pour mettre en place des études expérimentales d'alternatives à la relance postale avec envoi systématique du test. Le groupe a également contribué à l'harmonisation de différents documents de communication en validant des modèles de courrier à destination de la population cible et des médecins généralistes, ainsi que les outils d'information élaborés par l'INCa.

#### 3.2.3. KIT DE DÉPISTAGE

L'INCa a participé à un groupe de travail, piloté par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) visant à harmoniser la prestation « fourniture de kits de dépistage » sur le territoire et à améliorer le rapport coût/efficacité, suite à un appel d'offres européen à la recherche du fournisseur le plus pertinent pour cet important marché.



#### Action 16.3

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




**Action 16.1**

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

### 3.2.4. SÉMINAIRE InVS/INCa/DGS

L'INCa a co-organisé avec la Direction générale de la santé (DGS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) un séminaire à destination des structures de gestion dans le but d'échanger sur différents points avec les médecins coordonnateurs : migration vers l'utilisation du test immunologique, budgets, évaluation épidémiologique, assurance qualité, fidélisation, exclusions médicales, gestion des tests hors protocole. Ce séminaire s'est déroulé les 25 et 26 novembre 2009.

### 3.2.5. ACTIONS AUPRÈS DES DÉLÉGUÉS D'ASSURANCE MALADIE (DAM)

L'INCa a contribué à la journée de formation des managers des DAM sur le thème de la prévention, et plus précisément sur les dépistages organisés des cancers du sein et du côlon. Il a également participé activement à l'élaboration des outils destinés à ce public et aux médecins généralistes sur la thématique des dépistages.

## 3.3. LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN

### Éléments de contexte

Le cancer du col utérin est un cancer dont l'incidence est en diminution constante depuis 30 ans et se situe maintenant au dixième rang des cancers chez la femme en incidence et au quinzième rang pour les décès.

Il est l'un des cancers viro-induits et la prévention de l'infection par le HPV est possible grâce à un vaccin remboursé par l'Assurance maladie depuis 2007. Cette vaccination est de recours individuel.

Elle n'exclut pas le recours au dépistage ultérieurement en raison d'une protection limitée à 70 % des souches pathogènes.

Plusieurs études expérimentales et en population ont montré que le recours à la recherche du génome viral dans un prélèvement cervical présentait en dépistage primaire une meilleure sensibilité que le frottis cervical. Les lésions précancéreuses sont découvertes plus précocement et la valeur prédictive négative forte du test permet d'envisager un élargissement à 5 ans entre 2 tests. Par contre, une mauvaise spécificité amène à prévoir un examen cytologique de triage des positifs, et à réserver le test aux femmes après 30 voire 35 ans, en raison de la fréquence de la présence virale sans lésion associée à ces âges.

La HAS a réuni un groupe de travail sur l'opportunité d'organiser de façon nationale le dépistage du cancer du col. Une seconde partie des recommandations concernera la question du test à retenir.

### L'activité de l'INCa

#### 3.3.1. PÉRENNISATION ET EXTENSION DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE

Un appel à candidatures a été lancé en mai 2009 par la Direction générale de la santé (DGS), en coordination avec l'INCa, pour le choix et le financement de nouveaux sites expérimentaux de dépistage et de lutte intégrée contre le cancer du col utérin.

Six nouveaux sites représentant 9 nouveaux départements ont été sélectionnés par le groupe de suivi du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Ces sites doivent mettre en place, outre le dépistage conformément au cahier des charges national, des actions innovantes en direction des femmes non suivies.

Une réunion des 9 sites de dépistage expérimentaux (anciens et nouveaux sites, soit 13 départements) s'est tenue en septembre 2009, dans l'objectif d'une homogénéisation des stratégies et des pratiques sur la base du cahier des charges national. Il a réuni plusieurs repré-

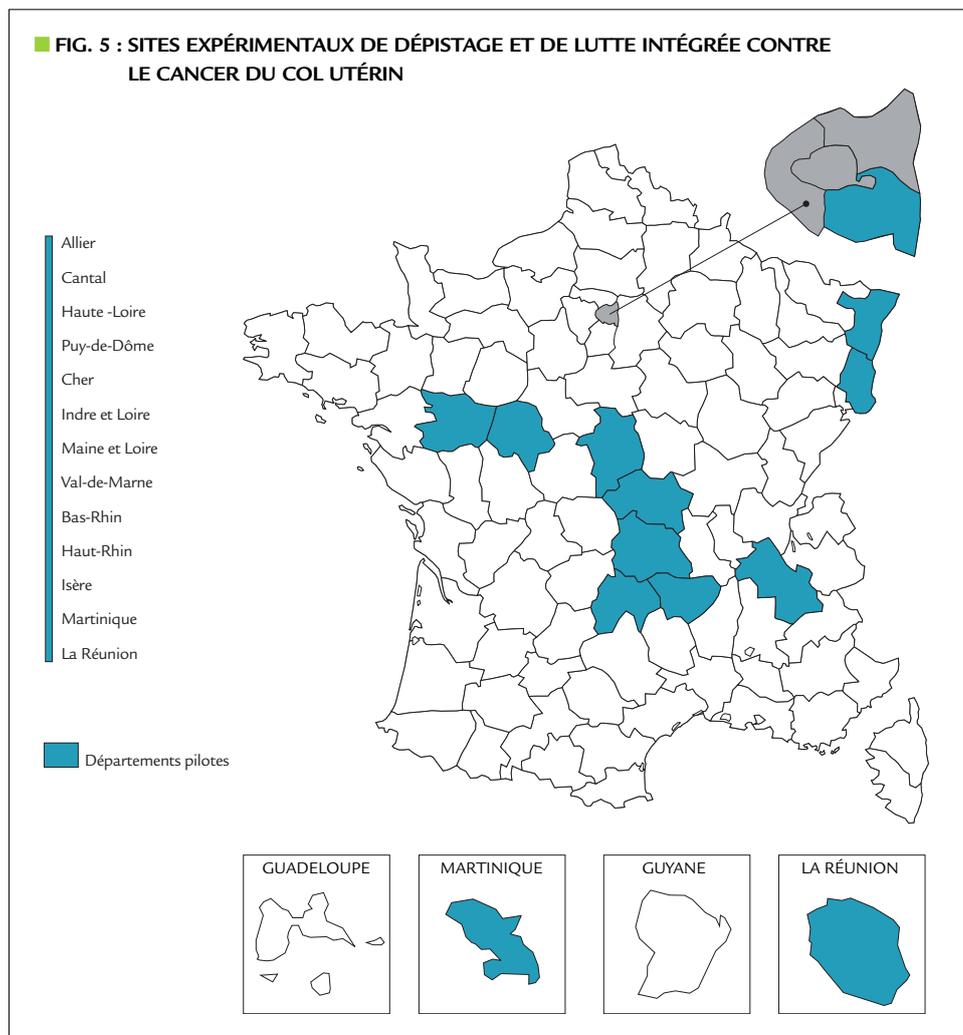

**Action 16.6**

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

### FAIT MARQUANT 2009

- 9 nouveaux départements expérimentent des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus.

sentants de chacun des sites, en présence de la DGS, de l'InVS et de l'Assurance maladie. Des outils d'information en direction des médecins du travail et des pharmaciens rappelant l'importance du dépistage chez les femmes vaccinées ont été produits par l'INCa et diffusés en juin 2009.



### 3.3.2. MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME RENFORCÉ SPÉCIFIQUE DE LIEN AVEC LES ÉQUIPES EN CHARGE DU DÉPISTAGE DANS LES ANTILLES

Un programme de dépistage organisé est en place en Martinique depuis 1991. Dans cette zone de forte incidence, il est constaté des difficultés pour améliorer la couverture des femmes pour le dépistage et des problèmes dans la conduite du programme. Un déplacement sur site de représentants de l'INCa a permis de rencontrer l'équipe de la structure de gestion et d'approcher les problèmes rencontrés. À la suite de ces rencontres, une feuille de route a été rédigée et des objectifs d'amélioration du fonctionnement tracés. Une aide financière notamment pour l'amélioration du système informatique et la réalisation d'actions de formation des praticiens a été mise en place.

### 3.3.3. DÉPISTAGE DES CANCERS DU COL UTÉRIN EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Un groupe de travail composé d'experts du Groupe national de suivi et de personnes qualifiées s'est réuni à deux reprises pour contribuer à la réflexion sur le rôle des médecins généralistes. Une analyse des travaux issus de la bibliographie ainsi que des projets d'études



#### Action 16.1

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

portés par les membres eux-mêmes a eu lieu. Le groupe a produit des recommandations en vue de la réalisation d'une étude exploratoire vers les médecins généralistes.

### 3.3.4. ÉVALUATION D'UN OUTIL PÉDAGOGIQUE SUR LE HPV DESTINÉ AUX ADOLESCENTS

Une étude de type « pré-test » a été financée dans le cadre d'une subvention apportée au Centre Épidaure de Montpellier concernant un cédérom d'information des adolescents sur le virus HPV, outil réalisé par Épidaure. Les résultats permettront d'apporter les aménagements nécessaires et de prévoir un programme de diffusion nationale des cédéroms.

## 3.4. ASSURANCE QUALITÉ DANS LES PROGRAMMES NATIONAUX DE DÉPISTAGE

Une politique d'assurance qualité est engagée par l'INCa dans le cadre de ses programmes de dépistage avec l'objectif d'une amélioration continue du dispositif et de proposer un dépistage de qualité aux populations ciblées par ces campagnes. Cette démarche concerne différents aspects du dispositif :

- l'optimisation des systèmes d'information : par la mobilisation de 3 groupes de travail pour travailler sur les questions de normes d'échange, de mise en place de tableaux de bord (et la définition d'indicateurs de pilotage) et de normalisation des fonctionnalités des logiciels métier ;
- la réflexion sur les obligations réglementaires auxquelles sont soumis les acteurs : par la mobilisation d'un groupe de travail juridique, bénéficiant de l'expertise juridique des partenaires de l'INCa, mais aussi par la sollicitation d'expertise extérieure ;
- l'évaluation de la performance organisationnelle (en termes d'efficacité, d'efficience, de viabilité) des structures de gestion en tenant compte de leur environnement. Les résultats seront connus courant 2010 ;
- la réflexion sur les questionnements éthiques soulevés par la mise en place des programmes organisés de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal : mobilisation d'un groupe d'experts chargés de mener une réflexion sur la dimension éthique des programmes de dépistage organisé ;
- la réflexion sur les aspects médico-économiques des programmes de dépistage organisé (sein, colorectal) par la mobilisation de groupes de travail transversaux et la préparation d'une étude médico-économique ;
- la réflexion sur la lecture des tests dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal par l'élaboration d'un *Guide d'organisation et de procédures pour les centres de lecture des tests de recherche de sang occulte dans les selles*, suite à un groupe de travail composé de biologistes mobilisés en 2007, qui doit recevoir la validation de la Direction générale de la santé ;
- la prise en compte de la problématique du sur-diagnostic et du sur-traitement, notamment à travers le financement de deux projets en 2009 pour un total de 50 000 € :
  1. « Actualisation des données PRACCIS – Observatoire national sur les carcinomes canaux in situ » (porteur : Institut du sein de Champagne-Ardenne) : évaluation du devenir des patientes d'une cohorte avec 5 ans de recul afin de dégager les facteurs prédictifs de rechute en fonction des différents traitements réalisés ;
  2. « Étude du sur-diagnostic et du sur-traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus en Alsace » (porteur : Association EVE) : évaluation du sur-diagnostic par analyse de l'évolution des pourcentages des frottis positifs et des résultats du suivi des anomalies mineures et évaluation du sur-traitement par l'étude des conisations réalisées dans la population cible de la campagne EVE (alsaciennes de 25 à 65 ans).

 plan  
cancer

#### Action 13.1

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

 plan  
cancer

#### Action 15.2

Améliorer le suivi des résultats du dépistage.

 plan  
cancer

#### Action 15.1

Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion.

 plan  
cancer

#### Action 16.2

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

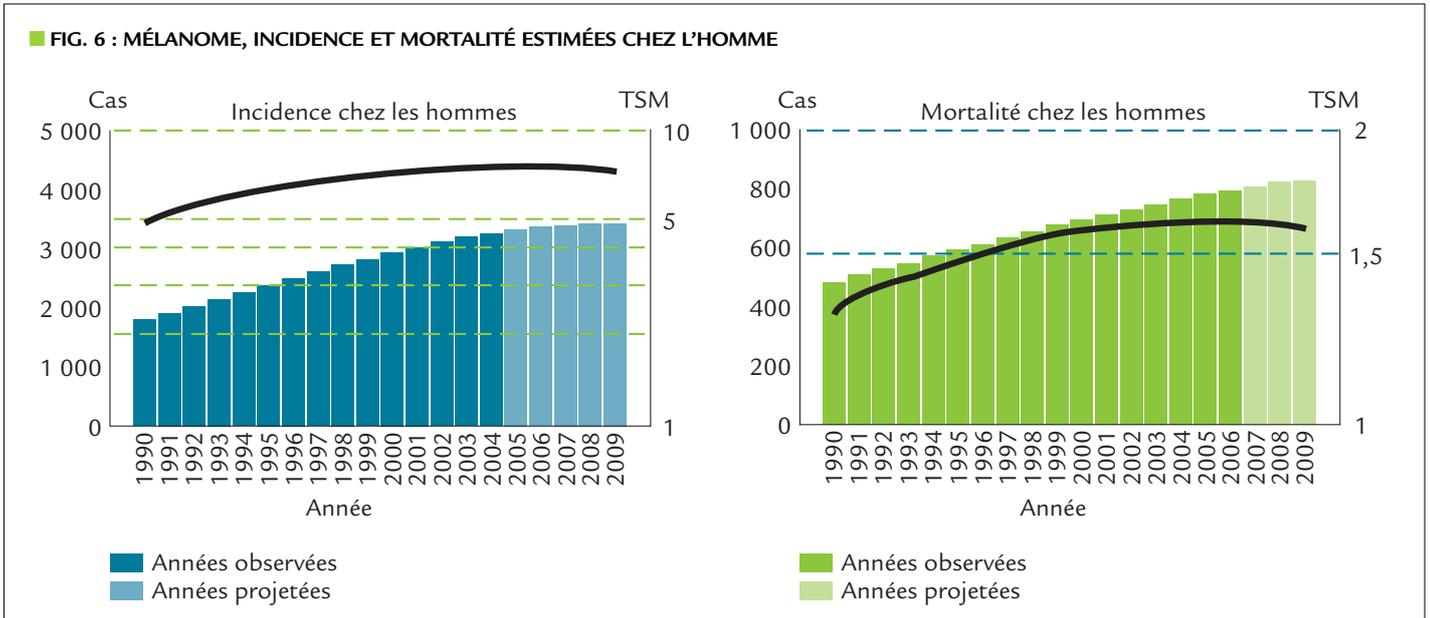
 plan  
cancer

#### Mesure 16.5

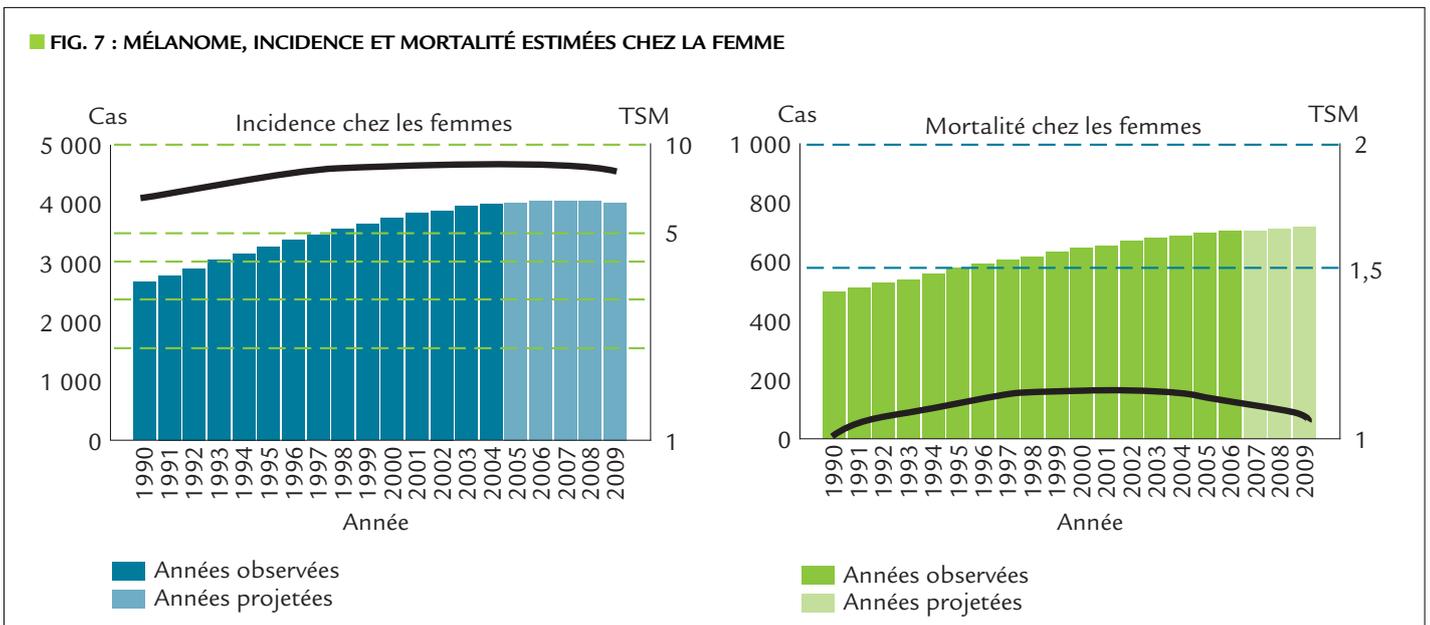
[...] Définir par des expérimentations, les modalités pratiques, les algorithmes décisionnels en cas de positivité du test et d'évaluer l'opportunité d'organiser le dépistage en fonction notamment des expériences pilotes ainsi que le rapport coût efficacité.

### 3.5. LA DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DE LA PEAU

■ FIG. 6 : MÉLANOME, INCIDENCE ET MORTALITÉ ESTIMÉES CHEZ L'HOMME



■ FIG. 7 : MÉLANOME, INCIDENCE ET MORTALITÉ ESTIMÉES CHEZ LA FEMME



#### Éléments de contexte

- 7 401 nouveaux cas de mélanome en 2005
- 1 440 décès par mélanome en 2005

#### L'activité de l'INCa

##### 3.5.1. AVIS SUR LE DÉPISTAGE DU MÉLANOME DE LA PEAU

L'INCa a réuni un comité de pilotage pendant l'année 2009 afin de réfléchir sur l'impact du parcours de soin sur le diagnostic du mélanome de la peau. Ce travail permettra d'émettre un avis circonstancié sur la place respective du médecin généraliste et du dermatologue, de faire des propositions d'amélioration des conditions de détection précoce des cancers de la peau et d'identifier les risques de retard au diagnostic des mélanomes.



#### Action 17.2

Améliorer la détection précoce des cancers de la peau.

### 3.5.2. SOUTENIR ET ÉVALUER LES INITIATIVES DES PROFESSIONNELS

Afin de soutenir l'organisation de la Journée annuelle de dépistage des cancers de la peau, organisée par le Syndicat national des dermato-vénérologues (SNDV), l'INCa a développé un partenariat avec ses représentants. En 2009, dans la continuité de ce qui s'est passé au cours des années précédentes, l'INCa a contribué à la mise en place de cette journée et a également participé à son évaluation. Ainsi, 12 665 personnes se sont présentées pour un examen de dépistage.

### 3.5.3. FORMATION ET SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Dans le cadre du renforcement de la détection précoce des cancers de la peau, l'INCa a prévu de réaliser un module de formation (initiale et continue) à l'attention des médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers. Pour ce faire, un comité de pilotage s'est réuni dans le courant de l'année 2009. Les travaux seront finalisés en 2010.

## 3.6. LA DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER DE LA PROSTATE

### Éléments de contexte

- 62 245 nouveaux cas de cancer de la prostate en 2005 (projections InVS 2009 : 71 186)
- 9 202 décès par cancer de la prostate en 2005 (projections InVS 2009 : 8 868)

### L'activité de l'INCa

Suite à la publication du Plan cancer 2009-2013 et pour définir une stratégie de détection précoce du cancer de la prostate (mesure 17.1), l'INCa a mis en place un comité de pilotage en décembre 2009 en lien avec ses partenaires et les sociétés savantes concernées.

## 3.7. LA DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

### Éléments de contexte

- En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancers de la cavité buccale est estimé à 7 500 (dont trois quarts surviennent chez des hommes), et 1 875 décès ont été constatés.
- Globalement en régression (baisse de 11 % pour l'incidence et de 28 % pour la mortalité depuis 15 ans, en raison de la baisse de la consommation d'alcool), ces cancers restent de mauvais pronostic avec un taux de survie à 5 ans autour de 40 %. À noter, cependant, une augmentation de l'incidence chez les femmes, en raison de leur consommation croissante de tabac. Les projections 2009 de l'InVS confirment ces tendances.

### L'activité de l'INCa

#### 3.7.1. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

En mai 2009, l'ensemble des 40 300 chirurgiens-dentistes ont reçu, par l'intermédiaire de la lettre de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, le cédérom de formation à la détection précoce des cancers de la cavité buccale, extrait du site internet de l'INCa ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)). D'autres actions de promotion de l'outil de formation ont été menées au cours de l'année : interventions lors de congrès tels que le MEDEC, d'enseignements universitaires, articles, présence dans des salons... Une évaluation de cette campagne de sensibilisation et de l'utilisation de cet outil devra être réalisée en 2010.

Dans le cadre de la formation médicale continue, ce sont 147 formations sur les cancers buccaux qui ont été organisées pour 4 323 chirurgiens-dentistes participants. Ceci représente 7 % du total des formations continues faites par les chirurgiens-dentistes dans l'année, contre 2 % en 2008.

#### Action 17.1

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

#### Action 17.3

Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale.



■ FIG. 8 : OUTIL DE FORMATION À LA DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE EN ACCÈS LIBRE SUR WWW.E-CANCER.FR



L'outil a fait l'objet de 4 200 connexions en 2009.

### 3.7.2. SOUTIEN À DES PROJETS DE RECHERCHE-ACTION DÉDIÉS À LA DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Le 14 janvier 2009, s'est tenue à l'INCa une journée scientifique relative aux techniques de détection précoce des cancers de la cavité buccale, qui a rassemblé plus de 40 experts français et internationaux, sociétés savantes et institutionnels.

À l'issue de cette journée, des axes de recherche prioritaires ont été identifiés et ont été repris dans le cahier des charges de l'appel à projets dédié à cette thématique, lancé en juin 2009. Ce sont finalement 5 projets sur 14 soumis qui ont été retenus pour un financement global de 464 913 € sur deux ans, abordant l'analyse des facteurs de risque, la sensibilisation à la détection précoce et l'évaluation de nouvelles techniques de dépistage.

#### Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets « cancers de la cavité buccale » :

Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Talence	Intérêt de l'auto-fluorescence tissulaire dans le diagnostic précoce des lésions précancéreuses et cancéreuses de la muqueuse buccale chez le patient alcool-tabagique
Centre Léon Bérard, Lyon	Évaluation du test Oncoral® dans le dépistage des cancers de la cavité buccale et du larynx
Inserm/DRCT, Paris	Facteurs de risque des cancers de la cavité buccale en France
Institut Gustave Roussy, Villejuif	Étude de faisabilité de recrutement en population après information postale pour un essai randomisé de dépistage des cancers ORL
Mutualité française Nord-Pas-de-Calais (Union Régionale), Lille	Sensibilisation et incitation à la détection précoce des cancers de la cavité buccale

### 3.7.3. COLLABORATION EUROPÉENNE

Le 12 juin 2009, en lien avec la profession dentaire européenne, une journée d'échanges et de partages d'expériences a rassemblé près de 250 personnes représentant plus de dix nationalités. Des actions communes pourraient éventuellement être engagées dans le cadre du European Pact against Cancer, lancé en septembre 2009 par la Commission européenne.



#### Mesure 17.4

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

#### FAIT MARQUANT 2009

- Organisation d'une journée scientifique et d'une journée européenne sur la détection précoce des cancers de la cavité buccale.



### Action 14.2

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

## 3.8. APPELS À PROJETS POUR L'AMÉLIORATION DES DÉPISTAGES

En 2009, deux appels à projets ont porté sur l'amélioration du dépistage et de la détection précoce des cancers.

Le premier appel à projets a eu pour objectif de soutenir les actions menées par les associations. Le deuxième était un appel à projets de recherches en épidémiologie et santé publique.

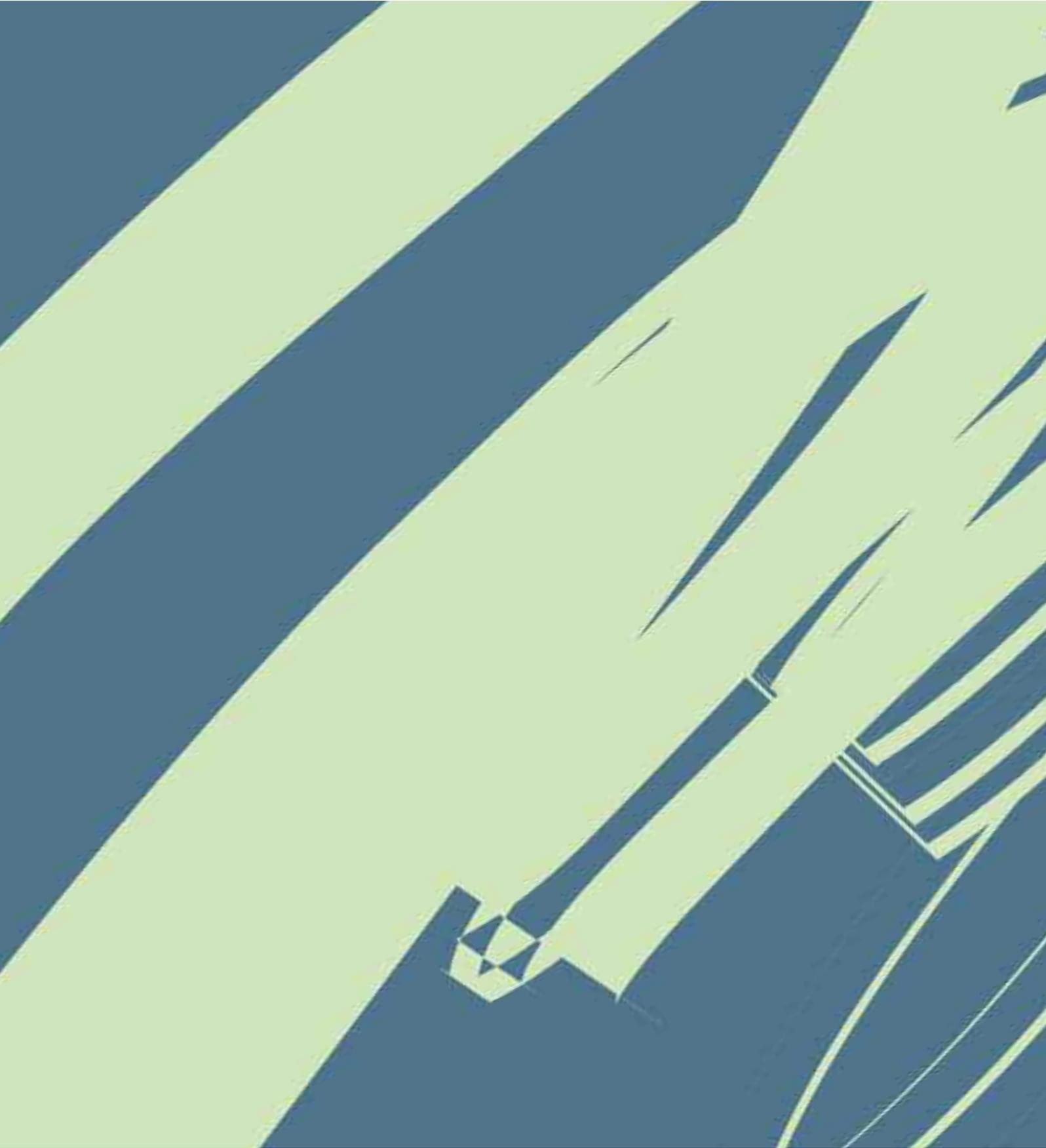
### Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets « associations » :

Noms du porteur	Titre
COMITÉ FÉMININ 24	Pour le dépistage, suivez la baguette
CASE DE SANTÉ	Dépistage du cancer du col de l'utérus et vulnérabilité sociale
PSVO	Dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes en situation de précarité, les femmes analphabètes et/ou étrangères
ODLC Isère	Formation de personnes relais dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein sur les territoires prioritaires de la politique de la ville
CAP SANTE 49	Action de dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des populations en situation de précarité ou d'isolement géographique
ARCOPRED	Développer une véritable culture de masse de la prévention et du dépistage par le biais de conférences interactives
PREVART	Projet de détection précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures sur les territoires de Béthune, Lens-Hénin
DÉPISTAGES 66	Le dépistage, et vous ?
ARCADES	Dépistage des cancers du col utérin par recherche d'HPV à haut risque chez les femmes ayant refusé l'invitation au frottis cervical, bénéficiaires de la CMU-C, résidant dans le département des Bouches-du-Rhône
MIGRATION SANTE France	Sensibiliser les publics à l'écart du dépistage organisé du cancer du sein
GRDR	Réalisation partenariale d'un outil-vidéo de promotion des dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus et animation territoriale autour de ce support d'animation. Le titre de cette action sera défini par le comité de pilotage

### Projets retenus dans le cadre de l'appel à projets « Recherche » portant sur le dépistage :

Équipe projet	Titre
Faculté des sciences économiques de Caen	Évaluation comparée des facteurs influençant la participation des hommes aux dépistages du cancer du côlon et de la prostate
Registre du cancer de l'Isère	Quantification du sur-diagnostic dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein
URML d'Aquitaine	Taux de femmes de 25 à 64 ans inclus n'ayant pas eu de frottis cervico-utérin depuis trois ans dans la patientèle des médecins généralistes de la Gironde





## 4. Formation- Démographie des professionnels de santé

### 4.1. FORMATION DES MÉDECINS À LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

L'INCa a lancé en février 2009 un appel à projets sur le thème « Soutien pour la formation des médecins à la recherche translationnelle en cancérologie » (voir chapitre Recherche).

### 4.2. OBSERVATION DES MÉTIERS DU DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DES CANCERS

#### Éléments de contexte

L'INCa et l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) poursuivent leur collaboration qui se concrétise chaque année par la publication d'un rapport sur les métiers et la démographie des professionnels de la cancérologie. En 2009, ce partenariat a été formalisé par une convention avec l'Observatoire (ONDPS).

#### L'activité de l'INCa

Les travaux menés en 2009 ont été consacrés aux métiers du diagnostic biologique du cancer. Ils rassemblent des observations et des analyses portant sur l'activité diagnostique à laquelle participent de façon spécifique et complémentaire les spécialistes de l'anatomocytologie, de la biologie médicale et de la génétique. La part de l'activité que ces différents métiers consacrent à cette activité est variable. Le renouvellement des effectifs, les connaissances scientifiques, les évolutions techniques et réglementaires, les impératifs économiques contribuent à modifier l'architecture des organisations et devraient à terme faire évoluer les compétences.

Dans ce contexte, l'état des lieux démographique des professionnels en activité et en formation constitue un repère important pour suivre les évolutions de l'offre de soins et identifier les inflexions nécessaires pour parvenir à une prise en charge équitable et efficiente des patients.

Les professionnels ont été associés dès l'origine à ces travaux et ont contribué à l'état des lieux réalisé. Cette démarche méthodologique a permis de faire apparaître des activités très complémentaires, des



#### Action 1.2

Soutenir, par l'attribution de bourses, la formation des acteurs de la santé et de la recherche à la recherche translationnelle.



#### Action 6.4

Réaliser un rapport sur les métiers de la cancérologie et mettre en place un tableau de bord en s'appuyant sur des groupes d'experts et des professionnels de santé.

#### FAIT MARQUANT 2009

- Publication d'un rapport INCa-ONDPS sur *Les métiers du diagnostic biologique du cancer : anatomie et cytologie pathologiques, biologie médicale, génétique.*





Ce document a fait l'objet de 148 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

structures d'exercices diversement organisées et des éléments à prendre en compte pour une organisation optimale.

### 4.3. DÉVELOPPEMENT D'OUTILS DE FORMATION MULTIMÉDIA À LA DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS

#### Éléments de contexte

L'INCa a pour objectif une meilleure adéquation des formations aux besoins des professionnels de santé pour qu'ils mettent en œuvre les politiques de prévention, de dépistage et d'amélioration de la qualité des soins. Cette démarche passe entre autres, par le développement d'outils de formation multimédia à destination des professions médicales et paramédicales, afin de les sensibiliser à la détection précoce des cancers qui conduit à de meilleurs pronostics.

#### L'activité de l'INCa

En 2009, l'INCa a initié le développement de deux modules de formation destinés prioritairement aux médecins généralistes, et portant sur les cancers de la peau et les cancers buccaux.

- Le module « cancers de la peau » a pour point de départ une base de données iconographique acquise par l'INCa auprès de l'Institut Gustave Roussy. Un groupe de travail composé de dermatologues, de médecins généralistes désignés par le Collège national des généralistes enseignants, de kinésithérapeutes et d'une infirmière, a été constitué pour concevoir le contenu de la formation. La banque d'images, en cours de réalisation, doit permettre une comparaison de lésions bénignes et malignes selon une progression pédagogique. La mise en ligne du produit est prévue pour 2010. Outre les médecins généralistes, cette formation s'adresse aux kinésithérapeutes et infirmières, eux-mêmes susceptibles de détecter des lésions suspectes chez leurs patients.
- Une déclinaison du module « cancers buccaux » réalisé en partenariat avec les professionnels du secteur (chirurgiens-dentistes, stomatologues, médecins généralistes) est destinée aux généralistes. Son approche par arbre décisionnel et sa richesse iconographique visent à en faire un outil pratique pour le médecin. Sa mise en ligne est prévue pour la fin du mois d'avril 2010.

Une évaluation par questionnaire de satisfaction sera intégrée aux modules en ligne.

### 4.4. SUIVI DE L'ÉVOLUTION DES EFFECTIFS EN FORMATION INITIALE EN CANCÉROLOGIE

L'INCa a signé en 2009 un partenariat avec le Collège national d'enseignants en cancérologie (CNEC) définissant les modalités des actions de formation initiale (effectifs internes, post-internat, coordonnateurs, enseignants, cours annuels nationaux, sites de stages, formation continue DU/DIU...).

Dans le cadre de ce partenariat, l'INCa recense, chaque année et par région, les flux d'internes en DES d'oncologie dans les 3 options, en DES d'anatomocytopathologie, les postes de chefs de clinique assistants et les DESC d'oncologie validés.

L'INCa soutient financièrement le lancement du « Log Book », nouveau carnet électronique qui permet le suivi du parcours théorique et pratique de l'interne. Il est utilisé par l'interne et par le coordonnateur et fortement recommandé par le CNEC. Une fois par an, des données démographiques anonymes sont extraites et adressées à l'INCa (effectifs, ville d'internat, post-internat prévu...). Sa mise en ligne est prévue dans le 1<sup>er</sup> semestre 2010.

Plan  
cancer

#### Action 16.1

Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux des dépistages organisés des cancers.

Plan  
cancer

#### Mesure 24

Répondre aux défis démographiques des professions et former à de nouvelles compétences.

Plan  
cancer

#### Action 6.4

Réaliser un rapport sur les métiers de la cancérologie et mettre en place un tableau de bord en s'appuyant sur des groupes d'experts et des professionnels de santé.

#### 4.5. FORMATION DES MÉDECINS RADIOLOGUES AUX TECHNIQUES NUMÉRIQUES

La formation des médecins radiologues aux techniques numériques, dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, a concerné environ 900 radiologues en 2009. Les formations se poursuivent en 2010.

La formation du reliquat de radiologues hospitaliers aux techniques analogiques a concerné 35 professionnels en 2009.

Une journée de formation a été organisée dans le cadre d'Eurocancer 2009 sur le thème « Cancer colorectal et cancer du sein : des facteurs de risque au traitement ».

#### 4.6. FORMATION DES MÉDECINS COORDONNATEURS ET CADRES ADMINISTRATIFS DES STRUCTURES DE GESTION DU DÉPISTAGE ORGANISÉ

Dans le cadre de la formation continue, l'INCa a organisé des sessions de formation destinées aux médecins coordonnateurs et aux cadres administratifs des structures de gestion : 28 sessions de formations sur les thèmes suivants : management par la qualité, gestion, ressources humaines, communication-information. Soixante-cinq pour cent des 92 structures de gestion ont participé à ces formations, qui se poursuivent en 2010.

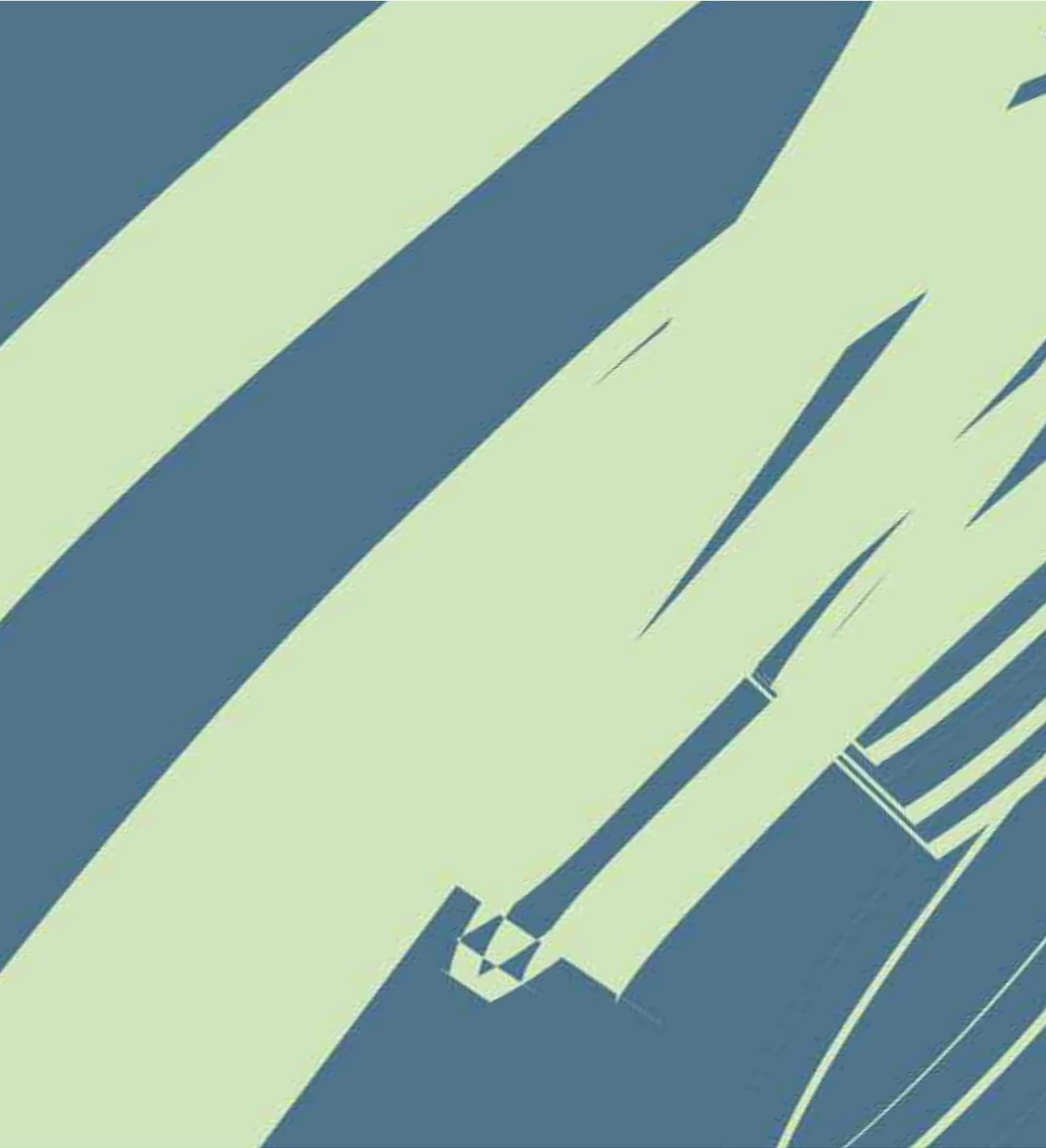


#### Mesure 15.1

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

#### FAIT MARQUANT 2009

- 28 sessions de formation pour les médecins coordonnateurs et cadres administratifs des structures de gestion du dépistage organisé.



## 5. Soins et vie des malades

### QUELQUES CHIFFRES CLÉS

- 622 620 dossiers de patients enregistrés en 2008 dans les réunions de concertation pluridisciplinaire (versus 498 810 en 2007).
- 133 000 nouveaux patients ayant bénéficié en 2008 du dispositif d'annonce parmi les 50 % d'établissements de santé qui ont répondu à l'enquête nationale.
- 30 353 consultations d'oncogénétique en 2008 (versus 26 141 en 2007).
- 117 000 tests de génétique moléculaire réalisés en 2008 au sein des 29 plateformes.
- 10 012 tests Kras réalisés en 2008 et 18 000 en 2009.
- 702 experts et professionnels associés aux travaux de l'INCa dans le domaine de la qualité des soins.

Dans les domaines des soins et de la vie des malades, l'INCa a, en 2009, à la fois décliné son plan d'actions annuel, mais s'est aussi résolument engagé dans la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013, élaboré à partir des recommandations du Pr Jean-Pierre Grünfeld.

Soixante-dix pour cent des actions du Plan cancer relevant de l'axe soins ont ainsi déjà fait l'objet de travaux en 2009.

Plusieurs champs de compétence ont été à ce titre mobilisés : l'organisation et l'analyse de l'offre de soins en cancérologie, la spécificité de certaines prises en charge (cancers rares, enfants et personnes âgées), les recommandations professionnelles, le médicament innovant en cancérologie, le suivi de la radiothérapie et de l'anatomopathologie, ainsi que la génétique constitutionnelle et somatique des tumeurs.



## 5.1. PERSONNALISER LA PRISE EN CHARGE DES MALADES ET RENFORCER LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT

### 5.1.1. PRODUCTION DE GUIDES ALD 30 À DESTINATION DES MÉDECINS TRAITANTS

#### Éléments de contexte

Le médecin traitant est un acteur essentiel de la prise en charge globale de proximité des patients et doit être mieux associé au parcours de soins des patients. Afin de conforter la fonction de proximité des médecins traitants, des guides explicitant la prise en charge des patients, en ALD (affection de longue durée) pour cancer, sont publiés, dans le cadre d'une collaboration entre l'INCa et la Haute autorité de santé (HAS).

#### L'activité de l'INCa

En 2009, 3 guides ALD ont été publiés sur les localisations suivantes : cancer du poumon et mésothéliome, lymphomes non hodgkiniens et cancer des voies aérodigestives supérieures. La parution des deux derniers guides a été annoncée à près de 9 000 contacts par l'intermédiaire de la lettre d'information électronique de l'INCa. Trois autres guides ALD ont été finalisés en 2009 pour une mise en ligne sur les sites internet de l'INCa et de la HAS, début 2010. Enfin, 3 autres guides ont été initiés en 2009 pour une publication courant 2010.

Au total, fin 2009, plus de 50 % des cas de cancers incidents faisaient l'objet d'un guide ALD publié à destination des médecins traitants.

Quatre-vingt-sept professionnels de santé nommés par 23 sociétés savantes ont participé aux différents groupes de travail qui se sont tenus en 2009. Les associations de patients concernées ont également participé, ainsi que les trois régimes d'assurance maladie obligatoire (CNAMTS, RSI, MSA).

Pour tous ces guides, la relecture nationale est un moment important de l'élaboration afin d'en garantir la qualité et d'entamer le processus de diffusion. Elle se fait *via* les réseaux régionaux de cancérologie et les sociétés savantes concernées. En 2009, 301 relecteurs (médecins, autres professionnels de santé, patients et représentants de patients) ont participé aux 5 relectures nationales qui ont eu lieu pour les guides : VADS, col de l'utérus, ovaire, vessie et thyroïde.

#### Action 18.2

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

### FAIT MARQUANT 2009

- Publication de 6 nouveaux guides de prise en charge des patients en ALD à destination des médecins traitants (INCa/HAS) couvrant 50 % des cas de cancers incidents et de 5 recommandations nationales de prise en charge spécialisée des cancers.

TABLEAU 1 : CATALOGUE DES PRODUCTIONS DES GUIDES ALD À DESTINATION DES MÉDECINS TRAITANTS EN COURS OU PUBLIÉS AU 31 DÉCEMBRE 2009

Localisation	Titre	Date de publication
Cancers digestifs	Guide médecin traitant ALD 30 Cancer colorectal	Février 2008
Cancers dermatologiques	Guide médecin traitant ALD 30 Mélanome cutané	Février 2008
Cancers urologiques	Guide médecin traitant ALD 30 Cancer de la prostate	Septembre 2008
Cancers bronchopulmonaires	Guide médecin traitant ALD 30 Cancer bronchique et mésothéliome pleural malin	Juillet 2009
Cancers hématologiques	Guide médecin traitant ALD 30 Lymphomes non hodgkiniens ganglionnaires de l'adulte	Novembre 2009
Cancers ORL	Guide médecin traitant ALD 30 Cancers des voies aérodigestives supérieures	Décembre 2009
Cancers gynécologiques	Guide médecin traitant ALD 30 Cancer du col utérin	Février 2010
Cancers gynécologiques	Guide médecin traitant ALD 30 Cancer de l'ovaire	Février 2010
Cancers gynécologiques	Guide médecin traitant ALD 30 Cancer du sein	Février 2010
Cancers urologiques	Guide médecin traitant ALD 30 Cancer de la vessie	2010
Cancers ORL	Guide médecin traitant ALD 30 Cancer de la thyroïde	2010
Cancers urologiques	Guide médecin traitant ALD 30 Cancer du rein	2010



Ces guides ont fait l'objet de 419 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) pour le *Guide médecin traitant ALD 30 Cancers des voies aérodigestives supérieures*, 1 630 consultations pour le *Guide médecin traitant ALD 30 Cancer bronchique et mésothéliome pleural malin* et 361 consultations pour le *Guide médecin traitant ALD 30 Lymphomes non hodgkiniens ganglionnaires de l'adulte*.

### 5.1.2. DÉPLOIEMENT DU DOSSIER COMMUNICANT EN CANCÉROLOGIE

#### Éléments de contexte

Le développement d'outils de partage des données médicales entre les professionnels de santé, incluant le médecin généraliste, est indispensable à une meilleure coordination du parcours de soins des malades atteints de cancer. À cet effet, le dossier communicant en cancérologie (DCC) a vocation à devenir l'outil de référence en cancérologie pour le partage de ces données. L'INCa et l'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP santé) ont décidé de mettre en commun leurs moyens pour rendre cet outil opérationnel et qu'il réponde aux besoins des professionnels de santé, y compris des médecins traitants. Le DCC devient ainsi le dossier cancer du dossier médical personnel (DMP) dans le cadre du programme de relance des systèmes d'information partagés de santé. Son implémentation régionale relève de la mission des réseaux régionaux de cancérologie (RRC). Pour chaque patient, l'usage du DCC permettra à terme d'accéder entre autres au programme personnalisé de soins (PPS), aux données des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), aux comptes rendus d'anatomopathologie, aux comptes rendus opératoires et aux lettres de sortie.

#### L'activité de l'INCa

Les RRC coordonnent le déploiement régional du DCC. Le tableau de bord qu'ils remplissent permet de suivre l'évolution des indicateurs d'implémentation du DCC, en particulier à travers le taux d'informatisation des fiches RCP et du programme personnalisé de soins.

Trente-et-un pour cent des structures organisant les RCP, principalement des centres de coordination en cancérologie (3C), déclarent en 2008 des fiches RCP pré-remplies électroniquement ; 265 428 fiches de RCP sont ainsi conservées dans le système d'information des établissements de santé (*versus* 217 560 en 2007, soit une augmentation de 22 %) (Figure 9).

Le taux d'informatisation des fiches RCP dans le DCC est donc de 37 %<sup>11</sup> en 2008 et reste stable. L'évolution de ce taux est liée à une meilleure interopérabilité des systèmes



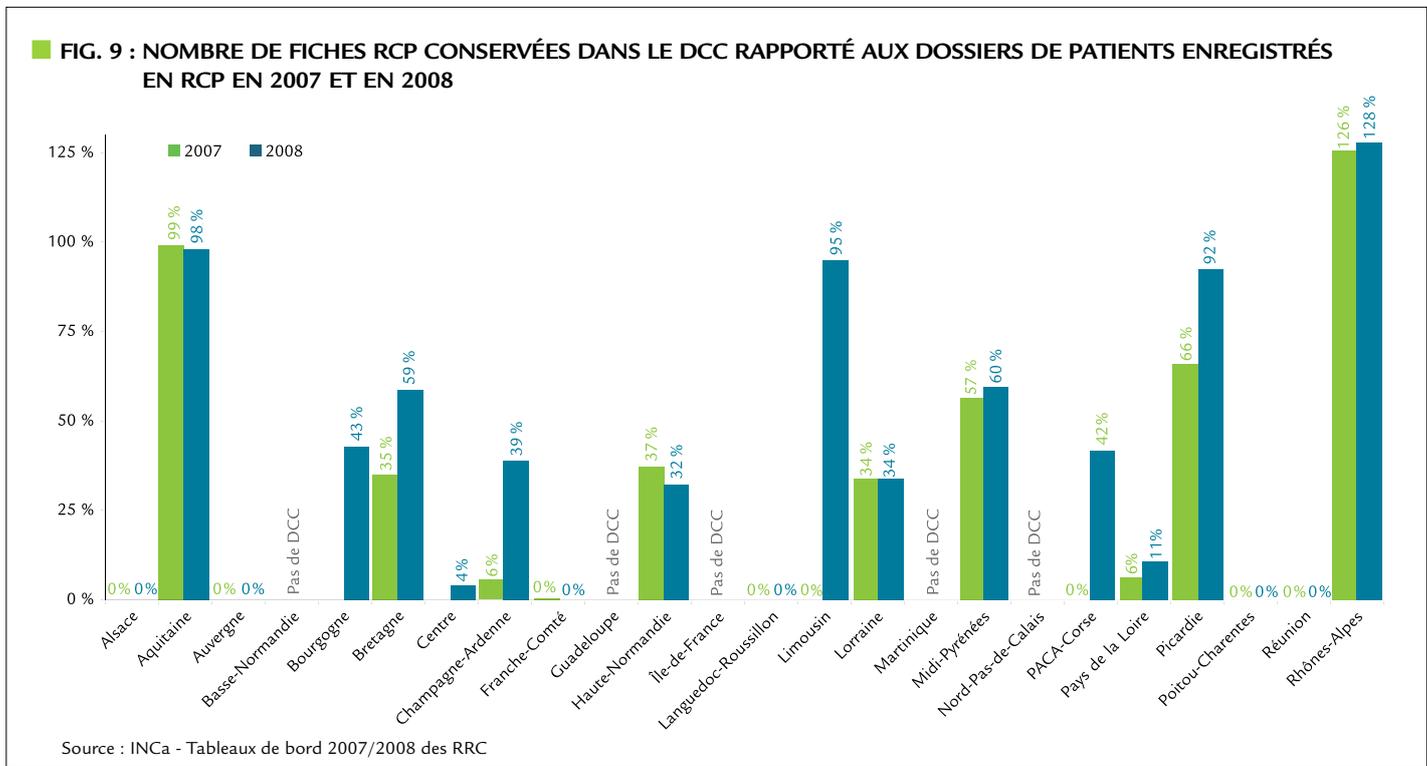
#### Action 18.3

Partager les données médicales entre professionnels de santé. Déploiement du dossier communicant en cancérologie dans le cadre de la relance du dossier médical personnel.

11. Si on rapporte ce résultat aux 622 620 dossiers patients enregistrés en RCP en 2008.



d'information, qui sera rendue possible par la mise en place du DMP gérée par l'ASIP santé et l'intégration du DCC dans ce dispositif.



Par ailleurs, le tableau de bord des réseaux permet également de suivre la montée en charge dans le DCC du programme personnalisé de soins (9 régions s'y impliquent) et des comptes rendus d'anatomocytopathologie (8 régions).

**TABLEAU 2. SUIVI DES INDICATEURS RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) ET PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS (PPS) DANS LE DOSSIER COMMUNICANT DE CANCÉROLOGIE (DCC)**

	2007	2008
Taux de patients ayant reçu un PPS Exprime en pourcentage le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires et le nombre de cancers incidents en 2005	7 %	10 %
Taux de RRC déclarant des fiches RCP enregistrées dans le DCC	46 %	54 %
Taux de fiches RCP conservées dans le DCC Exprime en pourcentage le rapport entre le nombre de fiches RCP conservées dans le DCC et le nombre de dossiers de patients enregistrés en RCP	17 %	35 %
Taux de RRC déclarant l'intégration d'autres documents que la fiche RCP dans le DCC	22 %	30 %

Source : Synthèse nationale 2008 des tableaux de bord des réseaux régionaux de cancérologie - traitement INCa

**FAIT MARQUANT 2009**

■ Signature de l'accord de partenariat avec l'Agence des systèmes d'information partagée (ASIP santé).

Ces bilans ont en particulier servi de base aux échanges de travail avec l'ASIP santé pour proposer les objectifs à intégrer dans le Plan cancer 2009-2013 et élaborer une convention de partenariat entre les deux agences, signée en décembre 2009 entre l'INCa et l'ASIP santé, permettant d'avancer conjointement en 2010 sur le cahier des charges du déploiement de ce dossier.

Par ailleurs, en cohérence avec les résultats de l'appel à projets 2009 sur le « Renforcement de l'organisation de l'anatomopathologie pour une approche coordonnée et multidisciplinaire des analyses moléculaires des cancers » (voir mesures 20 et 21 du Plan

cancer) et les avancées régionales du projet DCC, 7 régions ont été retenues en 2009 pour expérimenter fin 2010 l'implémentation des comptes rendus anatomopathologiques dans le DCC. Il s'agit de Midi-Pyrénées, Aquitaine, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Alsace, Bretagne et Franche-Comté.

## 5.2. RENFORCER LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE POUR TOUS LES MALADES ATTEINTS DE CANCER

### 5.2.1. GÉNÉRALISER L'ACCÈS AUX MESURES TRANSVERSALES DE QUALITÉ

Ces mesures sont aujourd'hui intégrées dans les conditions d'autorisations du traitement des cancers dans les établissements de santé.

#### La montée en charge du dispositif d'annonce : un tiers des nouveaux malades a eu accès au dispositif d'annonce en 2008

Cet indicateur est suivi au travers de deux modalités :

1. L'enquête conjointe INCa/DHOS, réalisée entre juillet et octobre 2008 auprès des établissements de santé ayant une activité de cancérologie, a été analysée en 2009. Les chiffres clés 2008 issus de l'enquête sur le déploiement du dispositif d'annonce dans les établissements de santé (Figure 10) sont :
  - 452 établissements de santé (54 %) ont répondu à l'enquête ;
  - 133 000 nouveaux patients ont eu accès au dispositif d'annonce en 2008 dans ces établissements (1/3 des nouveaux cas de cancers);
  - 113 établissements déclarent donner accès au dispositif d'annonce à tous leurs malades.

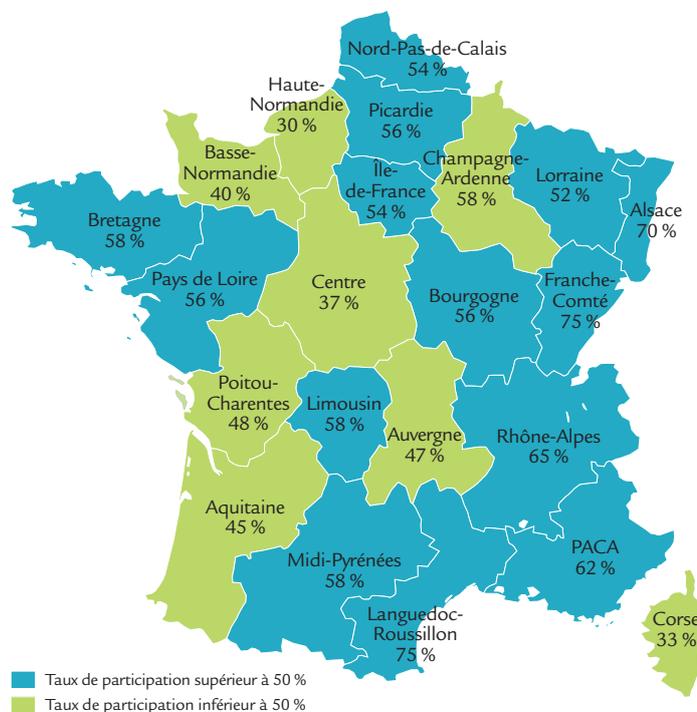


#### Action 19.1

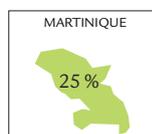
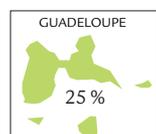
Généraliser l'accès aux mesures transversales lancées par le Plan cancer 2003-2007, améliorant la qualité de toute prise en charge en cancérologie.



■ FIG. 10 : ENQUÊTE ANNONCE 2008, TAUX DE PARTICIPATION



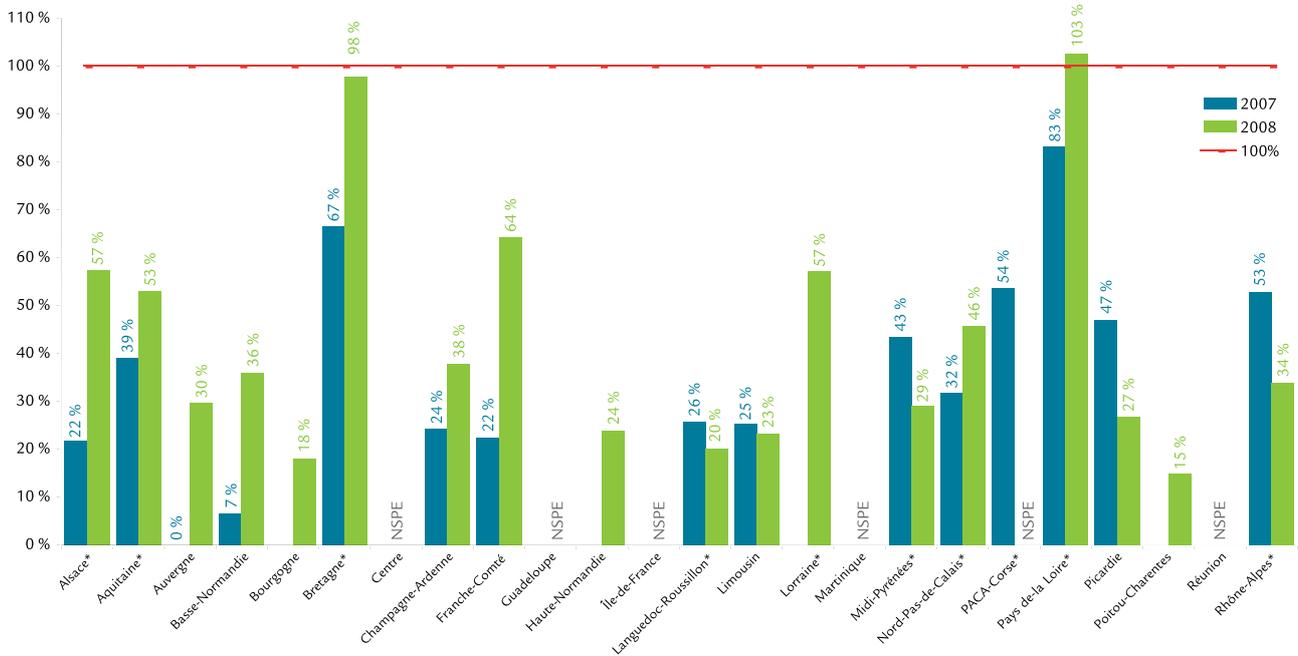
Type d'établissement	Nombre d'établissements interrogés	Nombre d'établissements ayant répondu à l'enquête	Taux de participation
Privé	447	184	41 %
CH	251	164	65 %
CHU/CHR par site	60	53	88 %
PSPH	57	31	54 %
CLCC	20	20	100 %
<b>Total Tous types d'établissements confondus</b>	<b>835</b>	<b>452</b>	<b>54 %</b>



2. Le tableau de bord des RRC, compilant les données des centres de coordination en cancérologie (3C) recueille des indicateurs sur le déploiement du dispositif d'annonce. La synthèse 2008, réalisée par l'INCa, confirme une progression dans la majorité des régions, principalement sur le volet des consultations médicales dédiées (Figure 11) ; 107 000 patients en ont bénéficié en 2008, soit un taux de 34 % lorsqu'on le rapporte aux cancers incidents<sup>12</sup>. En 2007, ce taux était de 29 % (92 288 patients).

Soixante-trois mille de ces patients ont eu, par ailleurs, un entretien soignant spécifique en relais de l'annonce médicale, en cohérence avec les données issues de l'expérimentation initiale de ce dispositif en 2004<sup>13</sup> (car tous les malades ne souhaitent pas y avoir recours).

**FIG. 11 : NOMBRE DE PATIENTS BÉNÉFICIAIRES DE CONSULTATIONS MÉDICALES DÉDIÉES À L'ANNONCE EN 2007 ET 2008 RAPPORTÉ AUX CANCERS INCIDENTS\*\***

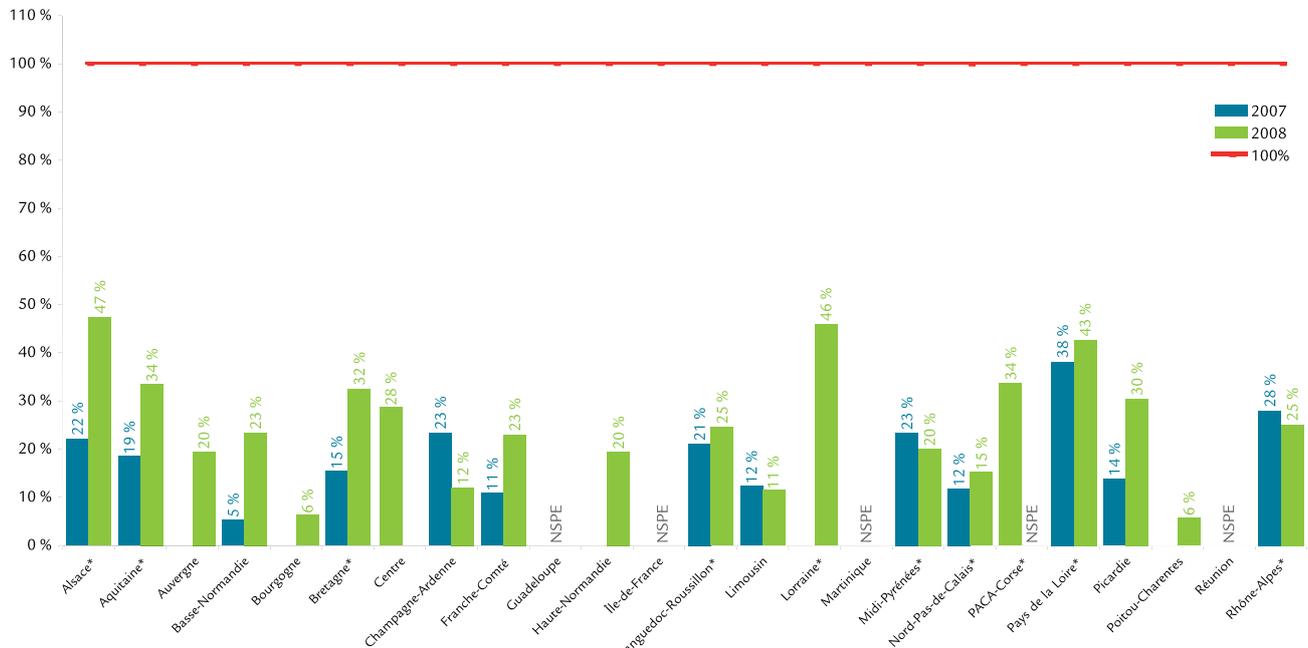


\* Régions ayant participé à l'expérimentation du dispositif d'annonce en 2004-2005  
 \*\* Données 2005 - Source FRANCIM  
 100% correspond au nombre de patients bénéficiaires d'une consultation médicale dédiée à l'annonce égal au nombre de cancers incidents (2005)  
 NSPE : Ne sait pas encore  
 Source : INCa - Tableaux de bord 2007/2008 des RRC

En 2010, deux enquêtes seront conduites sur cette action en partenariat entre la Ligue nationale contre le cancer et l'INCa (déploiement quantitatif et analyse qualitative) pour faire le point sur la montée en charge 2010 du dispositif dans les établissements autorisés, mais aussi évaluer l'impact qualificatif de cet accompagnement auprès des malades.

12. Données 2005 - source Francim.  
 13. Bilan des expérimentations du dispositif d'annonce, document INCa/DHOS.

**FIG. 12 : NOMBRE DE PATIENTS BÉNÉFICIAIRES D'UN ENTRETIEN SOIGNANT SPÉCIFIQUE À L'ANNONCE EN 2007 ET 2008 RAPPORTÉ AUX CANCERS INCIDENTS\*\***



\* Régions ayant participé à l'expérimentation du dispositif d'annonce en 2004-2005

\*\* Données 2005 - Source FRANCIM

Source : INCa - Tableaux de bord 2007/2008 des RRC

100 % correspond au nombre de patients bénéficiaires d'un entretien soignant spécifique à l'annonce égal au nombre de cancers incidents (2005)

NSPE : Ne sait pas encore

### La remise aux patients du programme personnalisé de soins (PPS)

En une année, le nombre de patients ayant bénéficié de la remise d'un PPS a progressé, selon les données transmises par les 3C et les RRC, passant de 22 783 à 33 051 patients en 2008. Cette augmentation ne doit cependant pas masquer le faible taux de remise de ce programme personnalisé tel qu'il est déclaré par les établissements de santé (taux de 10 % en 2008 *versus* 7 % en 2007).

Néanmoins, ce résultat sous-estime très probablement le taux réel de remise du PPS, qui, sans atteindre encore un bon niveau<sup>14</sup>, est certainement supérieur à ce taux déclaré de 10 %. En 2010, l'INCa va mettre en place avec la DHOS et les ARH une check list destinée à mesurer trimestriellement le niveau de mise en œuvre des critères d'autorisations, dont le PPS.

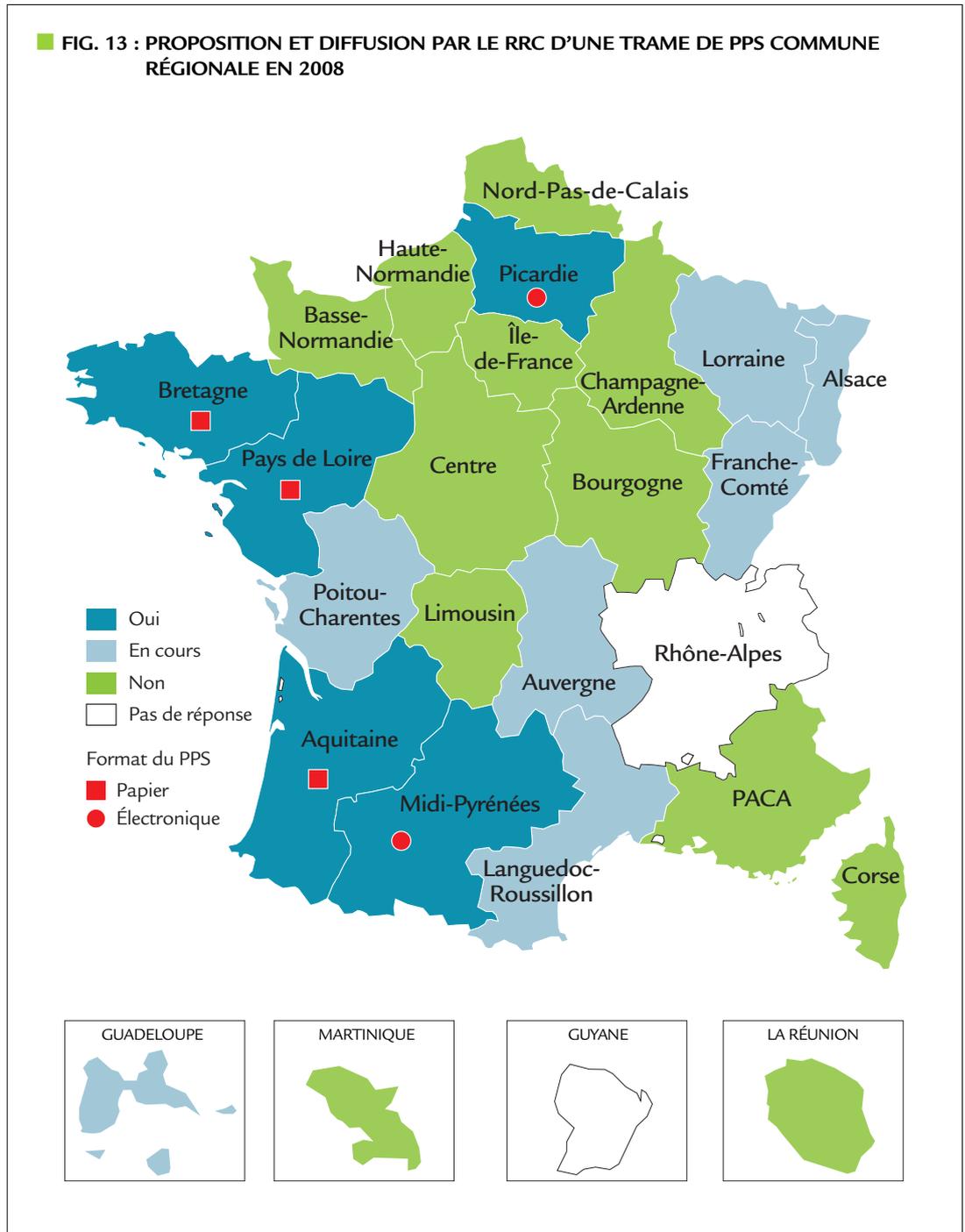
Cinq régions disposaient en 2008 d'un format type commun de PPS, élaboré par le RRC avec l'ensemble des acteurs (Figure 13). Le Plan cancer 2009-2013 prévoit désormais que ce format type de PPS soit validé par un comité de patients. L'INCa travaille avec son Comité des malades et des usagers (CMPU) pour proposer de façon synthétique les



14. Les établissements avec lesquels l'INCa a des partenariats atteignaient en 2009 un taux de remise du PPS de 50 %.

grandes lignes attendues du PPS. Au cours du premier trimestre 2010, cette proposition devrait être finalisée et adressée aux régions et aux établissements de santé.

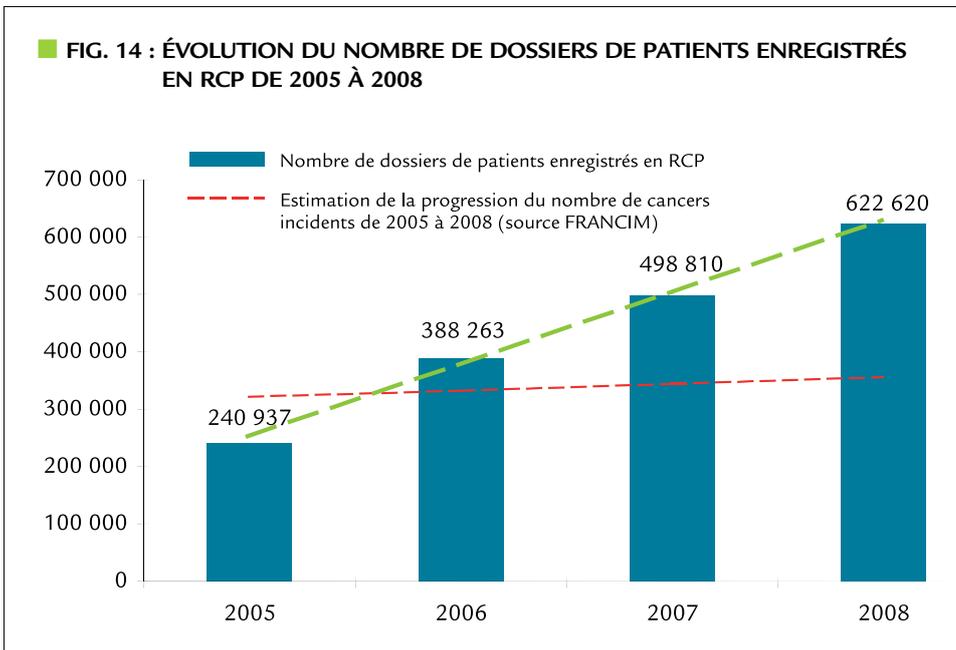
■ FIG. 13 : PROPOSITION ET DIFFUSION PAR LE RRC D'UNE TRAME DE PPS COMMUNE RÉGIONALE EN 2008



**Accès à la pluridisciplinarité**

Deuxième critère qualité exigible dans la prise en charge des malades atteints de cancer, les données issues des tableaux de bord 2008 des réseaux régionaux confirment l'excellente couverture en termes de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) dont bénéficient, dans notre pays, les malades atteints de cancer. De 2007 à 2008, le nombre de dossiers présentés et enregistrés en RCP a progressé de plus de 25 % pour atteindre 622 620 dossiers (Figure 14). Les RRC répertorient, par ailleurs, 381 établissements de

■ FIG. 14 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DOSSIERS DE PATIENTS ENREGISTRÉS EN RCP DE 2005 À 2008



santé sur 868 (44 %) disposant en 2008 d'outils de visioconférence *versus* 226 en 2007, soit une augmentation de 69 %, l'INCa ayant subventionné l'installation d'équipements de visioconférence par appels à projets pour faciliter la participation des médecins cancérologues aux RCP.

#### La mise à disposition de recommandations nationales validées

##### Éléments de contexte

Les recommandations de prise en charge spécialisée, dont le respect fait partie des mesures transversales de qualité au titre des autorisations en cancérologie, sont élaborées soit par l'INCa, le plus souvent en partenariat avec des sociétés savantes, soit par les sociétés savantes elles-mêmes, et de plus en plus dans le cadre de la procédure de label conjoint<sup>15</sup> attribué par la HAS et l'INCa.

##### L'activité de l'INCa<sup>16</sup>

Les recommandations suivantes ont été publiées en 2009 :

- la prise en charge des cancers du sein *in situ*, en partenariat avec la Société française de sénologie et de pathologie mammaire ;
- la prise en charge thérapeutique (chirurgie et traitement adjuvant) des cancers de l'ovaire ;
- la chirurgie prophylactique dans la prise en charge des cancers avec prédisposition génétique : cancers du sein, de l'ovaire, de l'estomac, du côlon, du rectum et de la thyroïde ;
- la prise en charge diagnostique et thérapeutique des carcinomes épidermoïdes cutanés (Société française de dermatologie, Label HAS-INCa) ;

#### FAIT MARQUANT 2009

- Élaboration de 5 recommandations de prise en charge spécialisée.



15. Téléchargeable sur le site de l'INCa [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

16. Avec l'apport au GIP de la FNCLCC.

- les pratiques chirurgicales en cancérologie digestive (Société française de chirurgie digestive et Association française de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique, Label HAS-INCa).

Par ailleurs, le travail réalisé en 2009 permettra la publication en 2010 de recommandations INCa de prise en charge thérapeutique du cancer du poumon non à petites cellules, et de prise en charge des cancers de l'endomètre, en partenariat avec la Société française d'oncologie gynécologique.

Concernant la procédure de label HAS-INCa, un total d'une dizaine de sociétés savantes ont été accompagnées en 2009 par l'INCa dans le projet de production de recommandations. Pour la plupart, une publication est prévue en 2010.

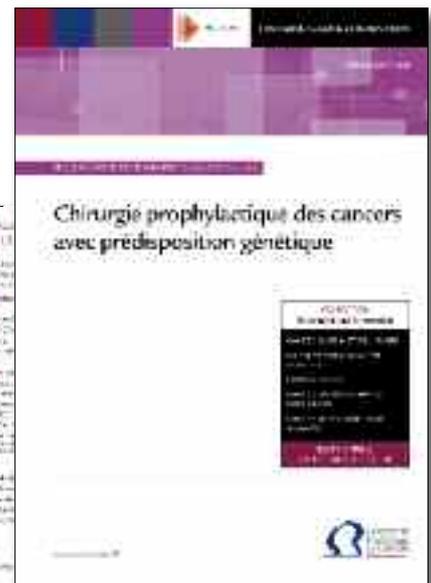
**TABLEAU 3. EXEMPLE D'ÉLABORATION D'UNE RECOMMANDATION DE PRISE CHARGE SPÉCIALISÉE : PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN IN SITU (INCa/SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE)**

Date	Étape
Juin 2008	Cadrage du projet par l'INCa en partenariat avec la SFSPM
Octobre 2008	Première réunion du groupe de travail composé de 13 experts
Juillet-Août 2009	Relecture nationale : envoi à 104 professionnels de santé et représentants de patients <i>via</i> les réseaux de cancérologie ainsi que la Ligue nationale contre le cancer. Le taux de réponse a été de 33 %
Octobre 2009	Validation par l'INCa et mise en ligne des recommandations - Production d'une plaquette - Diffusion nationale de la recommandation <i>via</i> les RRC
Novembre 2009	Présentation des recommandations aux 31èmes Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire, à Lyon
Février 2010	Publication de la synthèse des recommandations dans la Lettre du sénologue et dans la revue Oncologie.

**Quelques-unes des recommandations spécialisées produites en 2009**



< Ce document a fait l'objet de 373 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)



Ce document a fait l'objet de 1 537 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) >



Ce document a fait l'objet de 453 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) >

### Implémentation régionale des recommandations nationales

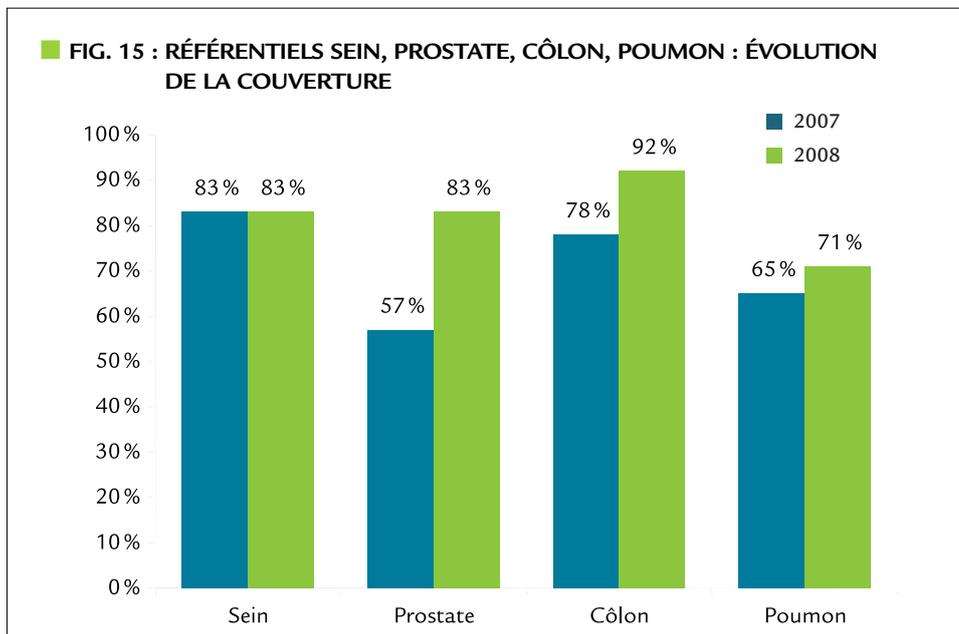
En 2009, le dispositif<sup>17</sup> mis en place a concrètement associé les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) dans la relecture nationale de 8 documents et la diffusion régionale de 8 productions.

Les RRC ont participé à la relecture nationale des recommandations de prise en charge des cancers du sein *in situ* et des cancers du poumon non opérables, ainsi que de 6 guides ALD (cancer du poumon et mésothéliome pleural malin, des voies aérodigestives supérieures, de l'ovaire, du col, de la thyroïde et de la vessie). En fonction des documents, une participation de 60 à 70 % des RRC a été enregistrée. Cette participation des professionnels de santé exerçant sur l'ensemble du territoire constitue un gage de qualité et représente un élément d'appropriation des recommandations. L'INCa transmet systématiquement, dès leur mise en ligne, les recommandations nationales aux réseaux, qui les diffusent et les portent à travers des actions d'appropriation au niveau régional, tel que, par exemple, la réalisation d'ateliers dédiés lors des « Deuxièmes rencontres de Haute-Normandie en cancérologie » organisées par le réseau Onconormand.

L'INCa coordonne les RRC et s'appuie sur eux pour la diffusion et l'appropriation des recommandations nationales, qui s'appliquent en région sous forme de référentiels régionaux. En 2009, 4 réunions nationales d'échanges avec les RRC sur ce thème ont eu lieu (incluant les 5<sup>èmes</sup> assises des réseaux régionaux de cancérologie qui se sont tenues à Nice).

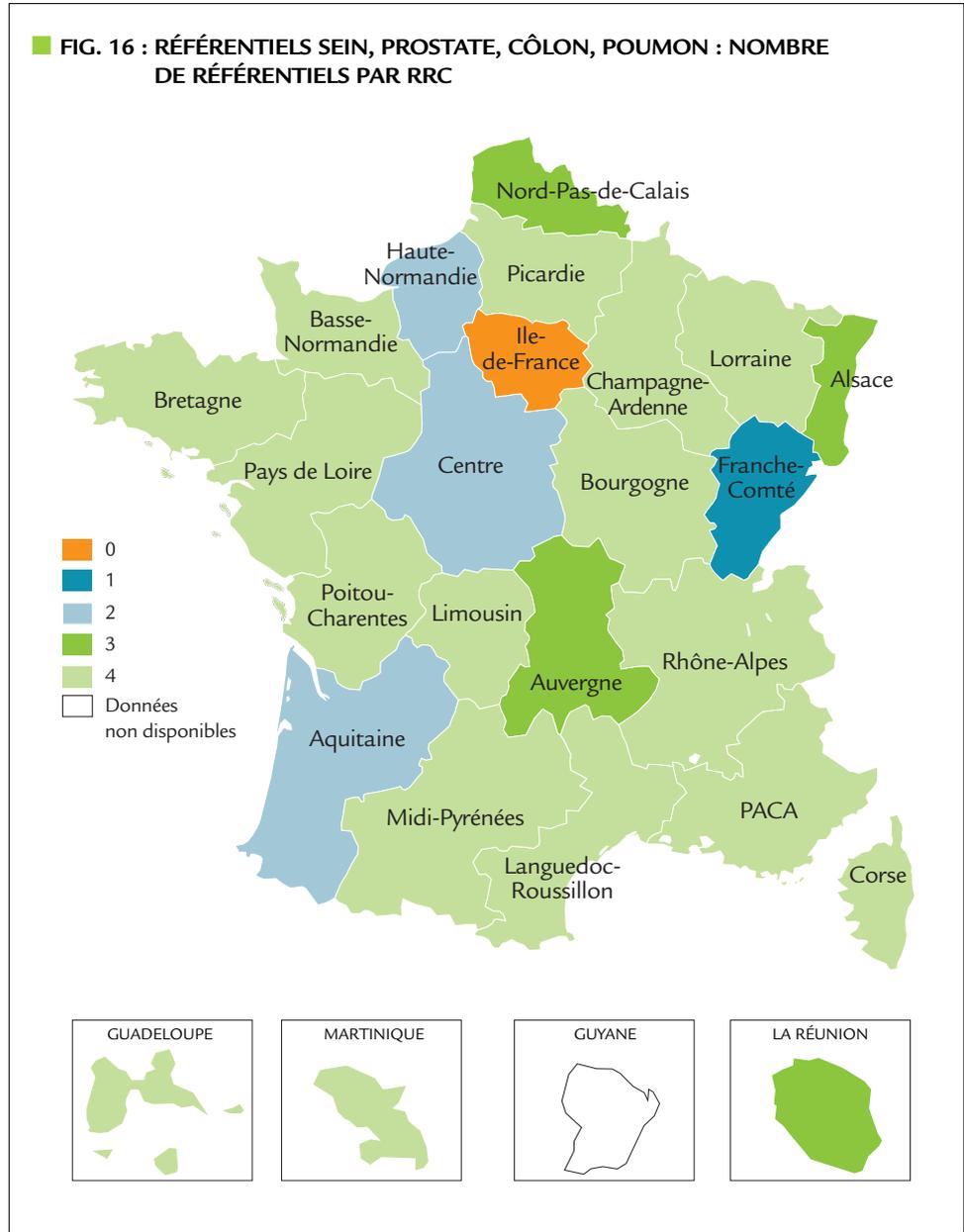
### État des lieux 2009 des référentiels régionaux disponibles en 2008

L'application des recommandations nationales et la disponibilité des référentiels régionaux



17. L'année 2008 avait permis, à travers différents échanges entre l'INCa et les RRC, de clarifier les missions de chacun et d'identifier les interfaces nécessaires, depuis l'élaboration d'une recommandation nationale jusqu'à son implémentation dans la pratique clinique.

■ FIG. 16 : RÉFÉRENTIELS SEIN, PROSTATE, CÔLON, POUMON : NOMBRE DE RÉFÉRENTIELS PAR RRC



ont fait l'objet d'une analyse, dont les résultats montrent notamment une meilleure couverture en référentiels régionaux pour les quatre localisations les plus fréquentes, en particulier pour les cancers du côlon et de la prostate (Figure 15). Par ailleurs si, en 2007, 55 % des régions disposaient d'un référentiel régional pour chacune de ces quatre principales localisations de cancers, cette couverture passe à 63 % en 2008 (Figure 16).

Les référentiels régionaux font systématiquement l'objet d'une diffusion par le réseau auprès de ses membres, en particulier les 3C permettant leur mise à disposition au sein des établissements de santé. Selon les régions, les réseaux territoriaux et médecins libéraux sont également destinataires, ainsi que des médecins généralistes dans 6 régions (25 %). Les principaux moyens d'information ont été des courriers électroniques ou papier (21/24) et des communications orales faites à l'occasion de rencontres régionales de professionnels organisées par le réseau (12/24). Lorsque le réseau dispose d'un site internet (79 %), les référentiels régionaux actualisés sont toujours accessibles en ligne.

### 5.2.2. PÉRENNISER LE FINANCEMENT DES MESURES QUALITÉ

Ces mesures, financées en Missions d'intérêt général depuis 2004, associent réunions de concertation pluridisciplinaire, centres de coordination en cancérologie, dispositif d'annonce et soins de support. Au cours de l'année 2009, la DHOS a mené, avec l'appui de l'INCa, un travail conjoint sur le financement des mesures qualité transversales dans les établissements de santé.

Cette collaboration a permis d'analyser et de définir les modalités de construction d'un forfait qualité en cancérologie (champ d'application, critères de répartition, montant de l'enveloppe dédiée, etc.), ainsi que les paramètres de calibrage de ce forfait. Des analyses ont ensuite été conduites par la DHOS afin d'évaluer l'impact potentiel du forfait qualité en cancérologie sur les établissements et dans les régions. Avec la finalisation récente de la délivrance des autorisations par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ce travail se poursuivra en 2010 pour une mise en œuvre effective en 2011. La DHOS conduit à cet effet un travail de concertation avec les fédérations hospitalières, auquel l'INCa participe.

### 5.2.3. ACCOMPAGNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

#### Éléments de contexte

La mise en œuvre du dispositif d'autorisation des établissements pour le traitement des cancers s'est fortement concrétisée en 2009, avec en particulier le travail mené par les ARH, qui ont finalisé le processus de délivrance des autorisations (Tableau 4). L'INCa a suivi et accompagné ce processus aux côtés de la DHOS.

#### L'activité de l'INCa

##### Suivi de l'activité de cancérologie et du dispositif des autorisations en cancérologie

Plusieurs travaux ont été menés en 2009 pour contribuer à la mise en œuvre de cette action :

- Suivi et accompagnement aux côtés de la DHOS et des ARH de la mise en œuvre du dispositif d'autorisation pour les traitements du cancer dans les établissements de santé, à travers en particulier :
  - une réunion trimestrielle de partage et d'échanges avec toutes les régions au niveau des correspondants cancer des ARH ;
  - la mise en place d'un extranet dédié sur le site internet de l'INCa pour faciliter la communication et le benchmarking entre ARH, DHOS et INCa ;
  - deux réunions d'échanges sur la mise en œuvre de ce dispositif avec les 4 fédérations hospitalières (FHF, FNCLCC, FHP, FEHAP).
- Suivi de l'activité PMSI 2008 de cancérologie des établissements de santé (base disponible en juin 2009) et analyse d'impact des autorisations au niveau national et par région avec publication d'une cartographie par discipline thérapeutique<sup>18</sup>.
- Élaboration de la base de données nationale sur les autorisations et l'activité des établissements de santé au fur et à mesure de la délivrance des autorisations par les régions.
- Construction d'un outil cartographique destiné à être mis en ligne sur le site internet de l'INCa et permettant de visualiser par région et par ville l'offre de soins en cancérologie de chirurgie des cancers, de radiothérapie et de chimiothérapie. Cette cartographie est consultable sur le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), depuis mars 2010.



#### Action 19.2

Conforter le financement des mesures qualité.



#### Action 19.3

Accompagnement de la mise en place des critères d'agrément et des décrets autorisation.

#### FAIT MARQUANT 2009

- Suivi de l'activité des 1 152 établissements de santé pratiquant la cancérologie.



18. Voir *La Situation du cancer en France 2009*, collection Rapports et expertises, INCa, octobre 2009, pp. 78-83.

- Élaboration, avec un groupe de travail associant des médecins DIM et des représentants de fédérations hospitalières, d'un algorithme spécifique au cancer pour pouvoir disposer d'une analyse de l'ensemble de l'activité hospitalière de cancérologie et suivre ensuite l'ensemble de l'activité réalisée dans les établissements traitant le cancer. Cet algorithme sera, après validation par l'ATIH, un outil de référence en 2010 pour le suivi de l'activité de cancérologie.

TABLEAU 4. DÉLIVRANCE DES AUTORISATIONS PAR LES AGENCES RÉGIONALES D'HOSPITALISATION (ARH) AU 31 DÉCEMBRE 2009

ARH	Date de la COMEX	Période de mise en conformité (Estimations en fonction de la date des notifications)
ALSACE	5 Mai 2009	Mai 2009 - Octobre 2010
RHÔNE-ALPES	10 juin 2009	Juin 2009 - Novembre 2010
CENTRE	16 juin 2009 et 10 juillet 2009	Juillet 2009 - Décembre 2010
PICARDIE	26 mai 2009 et 16 juin 2009	Juin 2009 - Novembre 2010
LANGUEDOC-ROUSSILLON	22 juillet 2009	Août 2009 - Janvier 2011
CHAMPAGNE-ARDENNE	30 juin et 23 septembre 2009	Octobre 2009 - Février 2011
BRETAGNE	1 juillet 2009	Juillet 2009 - Décembre 2010
GUADELOUPE	7 juillet 2009	Juillet 2009 - Décembre 2010
MIDI-PYRÉNÉES	7 juillet 2009	Juillet 2009 - Décembre 2010
BOURGOGNE	10 juillet 2009	Juillet 2009 - Décembre 2010
LORRAINE	15 juillet 2009	Juillet 2009 - Décembre 2010
ÎLE-DE-FRANCE	17 juillet 2009	Juillet 2009 - Décembre 2010
PAYS DE LA LOIRE	23 septembre 2009	Octobre 2009 - Mars 2011
AQUITAINE	6 octobre 2009	Octobre 2009 - Mars 2011
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	14 octobre 2009	Octobre 2009 - Mars 2011
POITOU-CHARENTES	19 octobre 2009	Octobre 2009 - Mars 2011
FRANCHE-COMTÉ	20 octobre 2009	Novembre 2009 - Avril 2011
NORD-PAS-DE-CALAIS	20 octobre 2009	Novembre 2009 - Avril 2011
CORSE	20 octobre 2009	Novembre 2009 - Avril 2011
GUYANE	27 octobre 2009	Novembre 2009 - Avril 2011
BASSE-NORMANDIE	10 novembre 2009	Novembre 2009 - Avril 2011
HAUTE-NORMANDIE	10 novembre 2009	Novembre 2009 - Avril 2011
MARTINIQUE	19 novembre 2009	Novembre 2009 - Avril 2011
RÉUNION et MAYOTTE	23 novembre 2009	Décembre 2009 - Mai 2011
AUVERGNE	25 novembre 2009	Décembre 2009 - Mai 2011
LIMOUSIN	14 décembre 2009	Décembre 2009 - Mai 2011

Source : ARH 2009 - Traitement INCa

### Production de documents de référence (dispositif des autorisations cancer)

L'INCa a produit et publié en 2009 les rapports et expertises suivants :

- recommandations concernant les établissements de santé associés pour la pratique des chimiothérapies, adoptées au conseil d'administration de l'INCa du 27 février 2009 ;
- catalogue de 21 comptes rendus minimums d'anatomopathologie (critère agrément n° 3 pour la pratique de la chirurgie des cancers)<sup>19</sup> ;
- élaboration avec les sociétés savantes de chirurgie des éléments minimums attendus dans les comptes rendus opératoires (critères agrément n° 3 pour la pratique de la chirurgie des cancers) ;
- élaboration, en 2009, des critères d'agrément INCa pour les spécialistes d'organe non titulaires du DESC ou de la compétence ordinale en cancérologie. Ces critères d'agrément pour les professionnels visent à apporter une solution à certains spécialistes d'organes et certains pédiatres qui, du fait de la période pendant laquelle leur cursus de formation a eu lieu, n'ont été en mesure ni de demander la compétence ordinale ni de s'inscrire au DESC de cancérologie. Un travail conjoint avec les sociétés savantes concernées a permis de définir à compter de juin 2009 les critères qui permettraient d'attester de l'expérience des professionnels concernés pour primo-prescrire des chimiothérapies. Cette première version, présentée au conseil d'administration de décembre 2009, sera finalisée avec les textes réglementaires modifiant le décret de mars 2007.

### Validation de la procédure de reconnaissance des RRC

Elle est nécessaire à la mise en conformité d'ici 2011 des établissements autorisés, qui ont pour obligation d'adhérer à un RRC reconnu par l'INCa. La procédure de reconnaissance, dont les travaux avaient débuté fin 2007, a été conjointement validée par la DHOS, la CNAMTS et l'INCa, fin 2009, donnant lieu à sa publication sur le site internet de l'INCa, le 19 janvier 2010.

### Interfaces nationales DHOS, CNAMTS et INCa

- 09/06/2009 : réunion conclusive sur la procédure de reconnaissance des RRC
- 21/07/2009 : validation de la procédure par la CNAMTS
- 10/09/2009 : validation de la procédure par la DHOS

### Animation nationale des réseaux régionaux de cancérologie (RRC)

Les RRC sont chargés d'offrir un cadre commun et des outils aux professionnels de santé en vue d'harmoniser et d'améliorer les pratiques régionales de prise en charge des patients atteints de cancer. Les missions et l'organisation des RRC ont été définies dans la circulaire du 25 septembre 2007.

L'INCa, au titre de sa mission de coordination des RRC, anime ce réseau d'acteurs, permet l'échange des informations, impulse des orientations, met en cohérence les actions conduites, suscite des rencontres et des réunions de travail sur des thèmes précis. L'INCa réalise également un tableau de bord d'activité des RRC.



19. Voir plus spécifiquement l'action 20.1.



### FAIT MARQUANT 2009

- Synthèse nationale des tableaux de bord 2007 des réseaux régionaux de cancérologie.

### Suivi et échanges régionaux

#### Interfaces RRC et INCa

À l'Institut, 3 réunions d'échanges avec les RRC :

- 01/04/2009
- 09/07/2009
- 09/12/2009

Participation aux 5<sup>èmes</sup> assises nationales des réseaux de cancérologie du 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2009 à Nice :

- interventions sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques, le DCC et la pluridisciplinarité

Rencontres et échanges sur l'état d'avancement de leurs missions avec 4 RRC :

- RRC Centre (Oncocentre)
- RRC Île-de-France (ONCORIF)
- RRC Limousin (réunions ARH, Oncolim, Hématolim)
- RRC Franche-Comté (ONCOLIE)

Participation aux journées régionales des RRC :

- 27/11/2009 RRC d'Aquitaine (RCA)
- 09/07/2009 RRC de Midi-Pyrénées (ONCOMIP)

**Lancement en septembre 2009 de la procédure d'identification des organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique** prévu par le troisième des critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans, dont la prise en charge s'effectue, en effet, au sein de 29 centres spécialisés en cancérologie pédiatrique, soumis au dispositif d'autorisation.

Cinq dossiers de candidature ont été évalués par un comité consultatif d'experts composé d'oncologues médicaux et d'hématologues, ainsi que de représentants d'associations de parents et de jeunes patients. Les projets ont été expertisés en regard des points suivants :

- mise en œuvre de la RCP interrégionale pédiatrique avec atteinte d'une masse critique et de l'exhaustivité de la discussion des dossiers de patients de moins de 18 ans ;
- projets d'organisation de filières de prise en charge pour au moins cinq pathologies et/ou techniques (tumeurs cérébrales, tumeur de l'appareil locomoteur, greffes de cellules souches hématopoïétiques, mise en œuvre des essais précoces, radiothérapie) ;
- contribution à l'amélioration des connaissances en termes de recherche clinique.

À l'issue de la première session, deux organisations interrégionales ont été identifiées au niveau de l'inter-région Grand Ouest « GOCE<sup>20</sup> », réunissant les centres spécialisés de Caen, Brest-Rennes, Angers, Nantes, Poitiers et Tours ; et du Nord-Ouest RIOP-NO<sup>21</sup> réunissant les centres spécialisés d'Amiens, de Lille (CHU et Centre Oscar Lambret) et de Rouen.

20. Groupe Ouest pour les Cancers de l'Enfant.

21. Réseau Interrégional en Oncologie Pédiatrique de la partie Nord-Ouest de la France.

### 5.3. SOUTIEN À LA SPÉCIALITÉ D'ANATOMOPATHOLOGIE

#### Éléments de contexte

Le diagnostic anatomopathologique est essentiel pour le choix de la stratégie thérapeutique et le traitement des cancers, car il identifie la maladie et fournit aux cliniciens des informations pronostiques et prédictives de la réponse thérapeutique. Les pathologistes sont aussi impliqués en santé publique puisqu'ils contribuent au suivi épidémiologique des cancers et jouent un rôle important dans les programmes de dépistage. Enfin, ils participent à des projets de recherche en constituant des banques de ressources biologiques.

Par ailleurs, cette profession est confrontée à des enjeux démographiques, économiques et doit faire face à des mutations technologiques et à des innovations thérapeutiques qui la conduisent à devoir évoluer. L'anatomopathologie représente donc un enjeu majeur de la lutte contre le cancer.

#### L'activité de l'INCa

Trois axes de travail ont été menés en 2009.

1. L'INCa a piloté le chantier des comptes rendus d'anatomopathologie aboutissant à leur mise en ligne à partir de février 2009.

La définition des données minimales à renseigner dans les comptes rendus ACP s'inscrit dans le cadre de l'accompagnement du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour les traitements du cancer. À partir des travaux des comptes rendus fiches standardisés (CRFS)<sup>22</sup> et d'un premier document générique établi entre l'INCa et les professionnels, la Société française de pathologie (SFP), l'Association française d'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologiques (AFAQAP) et le Syndicat des médecins pathologistes français (SMPF) ont proposé conjointement 9 fiches contenant les items minimums pour les pathologies suivantes : sein (biopsie et pièce opératoire), prostate (biopsie et pièce opératoire), poumon, thyroïde, rein, côlon-rectum, mélanome. Après une phase de validation INCa/sociétés savantes, ce travail a été présenté au conseil d'administration de l'INCa le 27 février 2009 et mis en ligne sur le site. La SFP a poursuivi le travail pour 14 nouvelles localisations qui ont été proposées à l'INCa en juillet 2009 (pancréas, estomac, foie, œsophage, testicule, vessie, corps utérin, col utérin, ovaires, glandes salivaires, hypopharynx, nasopharynx, larynx, lèvres, cavité buccale, oropharynx). L'INCa a ensuite porté une concertation avec les sociétés savantes de chirurgie et de cancérologie, ainsi qu'avec l'InVS. Le catalogue associant les 23 fiches a été présenté au conseil d'administration de l'INCa le 16 octobre 2009.



Fin 2009, 21 localisations tumorales sont ainsi couvertes dans le champ des cancers fréquents, représentant 85 % des nouveaux cas de cancer. Ces données ont été regroupées au sein d'un catalogue qui a été publié en décembre 2009, et ont vocation à être mises à jour annuellement.



#### Mesure 20

Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.



#### Action 20.2

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

#### FAIT MARQUANT 2009

■ Publication du catalogue des comptes rendus d'anatomocytopathologie, couvrant 21 localisations tumorales et 85 % des nouveaux cas de cancers.



22. Fiches expertales d'ACP réalisées par la Société française de pathologie et l'INCa en 2007 et 2008.

■ FIG. 17 : LISTE DES ITEMS MINIMAUX DEVANT FIGURER DANS UN COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE POUR UNE PIÈCE OPÉRATOIRE D'EXÉRÈSE D'UN CANCER DU SEIN

<p><b>5. Sein - pièces opératoires</b></p> <p><b>DONNÉES D'IDENTIFICATION ET DONNÉE PATIENT :</b> NOM, PRENOM, ALPHABÉTISÉ, N° IRD, N° ANATOMOPATHOLOGIQUE, DOSSIER</p> <p><b>Établissement où l'examen a été effectué et prélevement*</b> N° de l'établissement et de l'IRD</p> <p><b>Identifiant patient : 2 (Matière en contact avec le prélevement à la responsabilité de l'établissement pathologiste)*</b> N° de patient unique</p> <p>Prénom Nom et Vignette Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (en l'absence de date de naissance et par défaut : 1/1/1900) Sexe N° d'identification (n° de chambre sociale ou n° de chambre d'hôtel) Code postal de résidence</p> <p><b>Identifiant médecin demandeur (l'établissement, centre ou laboratoire prélevement) et l'établissement de l'examen anatomopathologique*</b> N° de l'établissement N° de prélevement</p>	<p><b>Données histopathologiques</b></p> <p><b>Type histologique</b> Liste des différents types de tumeurs 1. tumeur primitive * Appeler les tumeurs de type connexe (sarcome) et les tumeurs métastatiques de cancer primitif * Nomenclature histologique de la LBN (CIC) sans commentaire (tumeur : D01, D02, D03, D04, D05, D06) * Tumeur connexe (tumeur : C01) sans commentaire (tumeur connexe : o tumeur primitive o tumeur métastatique : tumeur métastatique de type connexe o tumeur métastatique : tumeur métastatique de type connexe * Tumeur connexe (tumeur : C01) sans commentaire (tumeur connexe : o tumeur primitive o tumeur métastatique : tumeur métastatique de type connexe o tumeur métastatique : tumeur métastatique de type connexe</p> <p><b>Grade histopathologique</b> Grade de la tumeur (G1, G2, G3) Extension tumorale Tumeurs multiples multiples : oui / non / non évaluées Marge d'excision positive : non évaluée / non commentée / positive (type histologique et histologique si applicable) * Autres facteurs pronostiques (tumeur primitive) D'autres caractéristiques : non évaluées Date des résections histologiques (tumeur primitive) Date de l'IRD Spécifier si la tumeur est métastatique (tumeur métastatique de type connexe : tumeur métastatique de type connexe)</p> <p><b>Commentaires de diagnostic histologique</b> <b>Commentaires sur la tumeur</b> L'extension tumorale Type de la tumeur (tumeur primitive ou tumeur métastatique de type connexe)</p> <p><b>Commentaires sur la tumeur</b> L'extension tumorale Type de la tumeur (tumeur primitive ou tumeur métastatique de type connexe)</p> <p><b>Notes</b> 1. Les tumeurs multiples multiples : oui / non / non évaluées 2. Les tumeurs multiples multiples : oui / non / non évaluées 3. Les tumeurs multiples multiples : oui / non / non évaluées 4. Les tumeurs multiples multiples : oui / non / non évaluées</p>
<p><b>COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE</b> <b>DONNÉES MINIMALES À RENSEIGNER POUR UNE TUMÉUR PRIMITIVE</b> <b>SEIN (CIC) - PIÈCES OPÉRATOIRES</b></p> <p><b>Identifiant médecin pathologiste</b> N° de carte de médecin N° de la structure d'activités et synthèse pathologique et de l'IRD Signature du médecin (nom) N° de signature et numéro de pièce</p> <p><b>Commentaires de la pièce opératoire</b> Description de la pièce opératoire (avec la responsabilité du prélevement) Type de prélevement Chirurgie conservatrice / mastectomie totale / mastectomie partielle / large excision / autre Si chirurgie conservatrice : dynamométrique / mastectomie totale / mastectomie partielle / large excision / autre Localisation du prélevement dans l'organe (avec coordonnées) CIC : C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21, C22, C23, C24, C25, C26, C27, C28, C29, C30, C31, C32, C33, C34, C35, C36, C37, C38, C39, C40, C41, C42, C43, C44, C45, C46, C47, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58, C59, C60, C61, C62, C63, C64, C65, C66, C67, C68, C69, C70, C71, C72, C73, C74, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C81, C82, C83, C84, C85, C86, C87, C88, C89, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C97, C98, C99, C100, C101, C102, C103, C104, C105, C106, C107, C108, C109, C110, C111, C112, C113, C114, C115, C116, C117, C118, C119, C120, C121, C122, C123, C124, C125, C126, C127, C128, C129, C130, C131, C132, C133, C134, C135, C136, C137, C138, C139, C140, C141, C142, C143, C144, C145, C146, C147, C148, C149, C150, C151, C152, C153, C154, C155, C156, C157, C158, C159, C160, C161, C162, C163, C164, C165, C166, C167, C168, C169, C170, C171, C172, C173, C174, C175, C176, C177, C178, C179, C180, C181, C182, C183, C184, C185, C186, C187, C188, C189, C190, C191, C192, C193, C194, C195, C196, C197, C198, C199, C200, C201, C202, C203, C204, C205, C206, C207, C208, C209, C210, C211, C212, C213, C214, C215, C216, C217, C218, C219, C220, C221, C222, C223, C224, C225, C226, C227, C228, C229, C230, C231, C232, C233, C234, C235, C236, C237, C238, C239, C240, C241, C242, C243, C244, C245, C246, C247, C248, C249, C250, C251, C252, C253, C254, C255, C256, C257, C258, C259, C260, C261, C262, C263, C264, C265, C266, C267, C268, C269, C270, C271, C272, C273, C274, C275, C276, C277, C278, C279, C280, C281, C282, C283, C284, C285, C286, C287, C288, C289, C290, C291, C292, C293, C294, C295, C296, C297, C298, C299, C300, C301, C302, C303, C304, C305, C306, C307, C308, C309, C310, C311, C312, C313, C314, C315, C316, C317, C318, C319, C320, C321, C322, C323, C324, C325, C326, C327, C328, C329, C330, C331, C332, C333, C334, C335, C336, C337, C338, C339, C340, C341, C342, C343, C344, C345, C346, C347, C348, C349, C350, C351, C352, C353, C354, C355, C356, C357, C358, C359, C360, C361, C362, C363, C364, C365, C366, C367, C368, C369, C370, C371, C372, C373, C374, C375, C376, C377, C378, C379, C380, C381, C382, C383, C384, C385, C386, C387, C388, C389, C390, C391, C392, C393, C394, C395, C396, C397, C398, C399, C400, C401, C402, C403, C404, C405, C406, C407, C408, C409, C410, C411, C412, C413, C414, C415, C416, C417, C418, C419, C420, C421, C422, C423, C424, C425, C426, C427, C428, C429, C430, C431, C432, C433, C434, C435, C436, C437, C438, C439, C440, C441, C442, C443, C444, C445, C446, C447, C448, C449, C450, C451, C452, C453, C454, C455, C456, C457, C458, C459, C460, C461, C462, C463, C464, C465, C466, C467, C468, C469, C470, C471, C472, C473, C474, C475, C476, C477, C478, C479, C480, C481, C482, C483, C484, C485, C486, C487, C488, C489, C490, C491, C492, C493, C494, C495, C496, C497, C498, C499, C500, C501, C502, C503, C504, C505, C506, C507, C508, C509, C510, C511, C512, C513, C514, C515, C516, C517, C518, C519, C520, C521, C522, C523, C524, C525, C526, C527, C528, C529, C530, C531, C532, C533, C534, C535, C536, C537, C538, C539, C540, C541, C542, C543, C544, C545, C546, C547, C548, C549, C550, C551, C552, C553, C554, C555, C556, C557, C558, C559, C560, C561, C562, C563, C564, C565, C566, C567, C568, C569, C570, C571, C572, C573, C574, C575, C576, C577, C578, C579, C580, C581, C582, C583, C584, C585, C586, C587, C588, C589, C590, C591, C592, C593, C594, C595, C596, C597, C598, C599, C600, C601, C602, C603, C604, C605, C606, C607, C608, C609, C610, C611, C612, C613, C614, C615, C616, C617, C618, C619, C620, C621, C622, C623, C624, C625, C626, C627, C628, C629, C630, C631, C632, C633, C634, C635, C636, C637, C638, C639, C640, C641, C642, C643, C644, C645, C646, C647, C648, C649, C650, C651, C652, C653, C654, C655, C656, C657, C658, C659, C660, C661, C662, C663, C664, C665, C666, C667, C668, C669, C670, C671, C672, C673, C674, C675, C676, C677, C678, C679, C680, C681, C682, C683, C684, C685, C686, C687, C688, C689, C690, C691, C692, C693, C694, C695, C696, C697, C698, C699, C700, C701, C702, C703, C704, C705, C706, C707, C708, C709, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, C720, C721, C722, C723, C724, C725, C726, C727, C728, C729, C730, C731, C732, C733, C734, C735, C736, C737, C738, C739, C740, C741, C742, C743, C744, C745, C746, C747, C748, C749, C750, C751, C752, C753, C754, C755, C756, C757, C758, C759, C760, C761, C762, C763, C764, C765, C766, C767, C768, C769, C770, C771, C772, C773, C774, C775, C776, C777, C778, C779, C780, C781, C782, C783, C784, C785, C786, C787, C788, C789, C790, C791, C792, C793, C794, C795, C796, C797, C798, C799, C800, C801, C802, C803, C804, C805, C806, C807, C808, C809, C810, C811, C812, C813, C814, C815, C816, C817, C818, C819, C820, C821, C822, C823, C824, C825, C826, C827, C828, C829, C830, C831, C832, C833, C834, C835, C836, C837, C838, C839, C840, C841, C842, C843, C844, C845, C846, C847, C848, C849, C850, C851, C852, C853, C854, C855, C856, C857, C858, C859, C860, C861, C862, C863, C864, C865, C866, C867, C868, C869, C870, C871, C872, C873, C874, C875, C876, C877, C878, C879, C880, C881, C882, C883, C884, C885, C886, C887, C888, C889, C890, C891, C892, C893, C894, C895, C896, C897, C898, C899, C900, C901, C902, C903, C904, C905, C906, C907, C908, C909, C910, C911, C912, C913, C914, C915, C916, C917, C918, C919, C920, C921, C922, C923, C924, C925, C926, C927, C928, C929, C930, C931, C932, C933, C934, C935, C936, C937, C938, C939, C940, C941, C942, C943, C944, C945, C946, C947, C948, C949, C950, C951, C952, C953, C954, C955, C956, C957, C958, C959, C960, C961, C962, C963, C964, C965, C966, C967, C968, C969, C970, C971, C972, C973, C974, C975, C976, C977, C978, C979, C980, C981, C982, C983, C984, C985, C986, C987, C988, C989, C990, C991, C992, C993, C994, C995, C996, C997, C998, C999, C1000, C1001, C1002, C1003, C1004, C1005, C1006, C1007, C1008, C1009, C1010, C1011, C1012, C1013, C1014, C1015, C1016, C1017, C1018, C1019, C1020, C1021, C1022, C1023, C1024, C1025, C1026, C1027, C1028, C1029, C1030, C1031, C1032, C1033, C1034, C1035, C1036, C1037, C1038, C1039, C1040, C1041, C1042, C1043, C1044, C1045, C1046, C1047, C1048, C1049, C1050, C1051, C1052, C1053, C1054, C1055, C1056, C1057, C1058, C1059, C1060, C1061, C1062, C1063, C1064, C1065, C1066, C1067, C1068, C1069, C1070, C1071, C1072, C1073, C1074, C1075, C1076, C1077, C1078, C1079, C1080, C1081, C1082, C1083, C1084, C1085, C1086, C1087, C1088, C1089, C1090, C1091, C1092, C1093, C1094, C1095, C1096, C1097, C1098, C1099, C1100, C1101, C1102, C1103, C1104, C1105, C1106, C1107, C1108, C1109, C1110, C1111, C1112, C1113, C1114, C1115, C1116, C1117, C1118, C1119, C1120, C1121, C1122, C1123, C1124, C1125, C1126, C1127, C1128, C1129, C1130, C1131, C1132, C1133, C1134, C1135, C1136, C1137, C1138, C1139, C1140, C1141, C1142, C1143, C1144, C1145, C1146, C1147, C1148, C1149, C1150, C1151, C1152, C1153, C1154, C1155, C1156, C1157, C1158, C1159, C1160, C1161, C1162, C1163, C1164, C1165, C1166, C1167, C1168, C1169, C1170, C1171, C1172, C1173, C1174, C1175, C1176, C1177, C1178, C1179, C1180, C1181, C1182, C1183, C1184, C1185, C1186, C1187, C1188, C1189, C1190, C1191, C1192, C1193, C1194, C1195, C1196, C1197, C1198, C1199, C1200, C1201, C1202, C1203, C1204, C1205, C1206, C1207, C1208, C1209, C1210, C1211, C1212, C1213, C1214, C1215, C1216, C1217, C1218, C1219, C1220, C1221, C1222, C1223, C1224, C1225, C1226, C1227, C1228, C1229, C1230, C1231, C1232, C1233, C1234, C1235, C1236, C1237, C1238, C1239, C1240, C1241, C1242, C1243, C1244, C1245, C1246, C1247, C1248, C1249, C1250, C1251, C1252, C1253, C1254, C1255, C1256, C1257, C1258, C1259, C1260, C1261, C1262, C1263, C1264, C1265, C1266, C1267, C1268, C1269, C1270, C1271, C1272, C1273, C1274, C1275, C1276, C1277, C1278, C1279, C1280, C1281, C1282, C1283, C1284, C1285, C1286, C1287, C1288, C1289, C1290, C1291, C1292, C1293, C1294, C1295, C1296, C1297, C1298, C1299, C1300, C1301, C1302, C1303, C1304, C1305, C1306, C1307, C1308, C1309, C1310, C1311, C1312, C1313, C1314, C1315, C1316, C1317, C1318, C1319, C1320, C1321, C1322, C1323, C1324, C1325, C1326, C1327, C1328, C1329, C1330, C1331, C1332, C1333, C1334, C1335, C1336, C1337, C1338, C1339, C1340, C1341, C1342, C1343, C1344, C1345, C1346, C1347, C1348, C1349, C1350, C1351, C1352, C1353, C1354, C1355, C1356, C1357, C1358, C1359, C1360, C1361, C1362, C1363, C1364, C1365, C1366, C1367, C1368, C1369, C1370, C1371, C1372, C1373, C1374, C1375, C1376, C1377, C1378, C1379, C1380, C1381, C1382, C1383, C1384, C1385, C1386, C1387, C1388, C1389, C1390, C1391, C1392, C1393, C1394, C1395, C1396, C1397, C1398, C1399, C1400, C1401, C1402, C1403, C1404, C1405, C1406, C1407, C1408, C1409, C1410, C1411, C1412, C1413, C1414, C1415, C1416, C1417, C1418, C1419, C1420, C1421, C1422, C1423, C1424, C1425, C1426, C1427, C1428, C1429, C1430, C1431, C1432, C1433, C1434, C1435, C1436, C1437, C1438, C1439, C1440, C1441, C1442, C1443, C1444, C1445, C1446, C1447, C1448, C1449, C1450, C1451, C1452, C1453, C1454, C1455, C1456, C1457, C1458, C1459, C1460, C1461, C1462, C1463, C1464, C1465, C1466, C1467, C1468, C1469, C1470, C1471, C1472, C1473, C1474, C1475, C1476, C1477, C1478, C1479, C1480, C1481, C1482, C1483, C1484, C1485, C1486, C1487, C1488, C1489, C1490, C1491, C1492, C1493, C1494, C1495, C1496, C1497, C1498, C1499, C1500, C1501, C1502, C1503, C1504, C1505, C1506, C1507, C1508, C1509, C1510, C1511, C1512, C1513, C1514, C1515, C1516, C1517, C1518, C1519, C1520, C1521, C1522, C1523, C1524, C1525, C1526, C1527, C1528, C1529, C1530, C1531, C1532, C1533, C1534, C1535, C1536, C1537, C1538, C1539, C1540, C1541, C1542, C1543, C1544, C1545, C1546, C1547, C1548, C1549, C1550, C1551, C1552, C1553, C1554, C1555, C1556, C1557, C1558, C1559, C1560, C1561, C1562, C1563, C1564, C1565, C1566, C1567, C1568, C1569, C1570, C1571, C1572, C1573, C1574, C1575, C1576, C1577, C1578, C1579, C1580, C1581, C1582, C1583, C1584, C1585, C1586, C1587, C1588, C1589, C1590, C1591, C1592, C1593, C1594, C1595, C1596, C1597, C1598, C1599, C1600, C1601, C1602, C1603, C1604, C1605, C1606, C1607, C1608, C1609, C1610, C1611, C1612, C1613, C1614, C1615, C1616, C1617, C1618, C1619, C1620, C1621, C1622, C1623, C1624, C1625, C1626, C1627, C1628, C1629, C1630, C1631, C1632, C1633, C1634, C1635, C1636, C1637, C1638, C1639, C1640, C1641, C1642, C1643, C1644, C1645, C1646, C1647, C1648, C1649, C1650, C1651, C1652, C1653, C1654, C1655, C1656, C1657, C1658, C1659, C1660, C1661, C1662, C1663, C1664, C1665, C1666, C1667, C1668, C1669, C1670, C1671, C1672, C1673, C1674, C1675, C1676, C1677, C1678, C1679, C1680, C1681, C1682, C1683, C1684, C1685, C1686, C1687, C1688, C1689, C1690, C1691, C1692, C1693, C1694, C1695, C1696, C1697, C1698, C1699, C1700, C1701, C1702, C1703, C1704, C1705, C1706, C1707, C1708, C1709, C1710, C1711, C1712, C1713, C1714, C1715, C1716, C1717, C1718, C1719, C1720, C1721, C1722, C1723, C1724, C1725, C1726, C1727, C1728, C1729, C1730, C1731, C1732, C1733, C1734, C1735, C1736, C1737, C1738, C1739, C1740, C1741, C1742, C1743, C1744, C1745, C1746, C1747, C1748, C1749, C1750, C1751, C1752, C1753, C1754, C1755, C1756, C1757, C1758, C1759, C1760, C1761, C1762, C1763, C1764, C1765, C1766, C1767, C1768, C1769, C1770, C1771, C1772, C1773, C1774, C1775, C1776, C1777, C1778, C1779, C1780, C1781, C1782, C1783, C1784, C1785, C1786, C1787, C1788, C1789, C1790, C1791, C1792, C1793, C1794, C1795, C1796, C1797, C1798, C1799, C1800, C1801, C1802, C1803, C1804, C1805, C1806, C1807, C1808, C1809, C1810, C1811, C1812, C1813, C1814, C1815, C1816, C1817, C1818, C1819, C1820, C1821, C1822, C1823, C1824, C1825, C1826, C1827, C1828, C1829, C1830, C1831, C1832, C1833, C1834, C1835, C1836, C1837, C1838, C1839, C1840, C1841, C1842, C1843, C1844, C1845, C1846, C1847, C1848, C1849, C1850, C1851, C1852, C1853, C1854, C1855, C1856, C1857, C1858, C1859, C1860, C1861, C1862, C1863, C1864, C1865, C1866, C1867, C1868, C1869, C1870, C1871, C1872, C1873, C1874, C1875, C1876, C1877, C1878, C1879, C1880, C1881, C1882, C1883, C1884, C1885, C1886, C1887, C1888, C1889, C1890, C1891, C1892, C1893, C1894, C1895, C1896, C1897, C1898, C1899, C1900, C1901, C1902, C1903, C1904, C1905, C1906, C1907, C1908, C1909, C1910, C1911, C1912, C1913, C1914, C1915, C1916, C1917, C1918, C1919, C1920, C1921, C1922, C1923, C1924, C1925, C1926, C1927, C1928, C1929, C1930, C1931, C1932, C1933, C1934, C1935, C1936, C1937, C1938, C1939, C1940, C1941, C1942, C1943, C1944, C1945, C1946, C1947, C1948, C1949, C1950, C1951, C1952, C1953, C1954, C1955, C1956, C1957, C1958, C1959, C1960, C1961, C1962, C1963, C1964, C1965, C1966, C1967, C1968, C1969, C1970, C1971, C1972, C1973, C1974, C1975, C1976, C1977, C1978, C1979, C1980, C1981, C1982, C1983, C1984, C1985, C1986, C1987, C1988, C1989, C1990, C1991, C1992, C1993, C1994, C1995, C1996, C1997, C1998, C1999, C2000, C2001, C2002, C20</p>	

à des examens très spécialisés et être source de difficultés. Trois réseaux de référence anatomopathologiques, constitués de centres experts nationaux et régionaux, ont ainsi été identifiés en 2009 en lien avec des centres de référence clinique. Ils concernent les sarcomes, les mésothéliomes et les tumeurs neuroendocrines malignes rares. Un réseau anatomopathologique des lymphomes a été structuré en parallèle. Tous les lymphomes ne sont pas à proprement parler des tumeurs rares, mais la classification OMS 2008 souligne leur extrême diversité. Les réseaux de référence anatomopathologiques, organisés par les pathologistes, sont composés de centres experts référents, auxquels sont rattachés des pathologistes experts sur ces pathologies rares. Les experts, reconnus dans leurs spécialités respectives, ont une pratique quotidienne importante dans la pathologie relevant de leur domaine d'expertise. Ils disposent également, au sein du centre expert référent, des moyens techniques nécessaires pour aboutir à un diagnostic et à un pronostic.

La mission principale des centres experts est d'organiser et d'assurer une double lecture anatomopathologique, accompagnée si nécessaire d'actes/investigations ou analyses complémentaires (immunohistochimie ou examens moléculaires). Cette double lecture est gratuite pour les malades. Les pathologistes qui envoient les prélèvements sont dédommagés pour l'envoi et ne reçoivent pas de facture. Les centres experts doivent également définir les critères diagnostiques anatomopathologiques de la néoplasie ou du groupe de néoplasies rares pour lequel ils sont labellisés, initier et coordonner les recherches sur ce cancer rare et participer à la surveillance épidémiologique. Grâce à l'ensemble des données qu'ils collectent et dans le respect des règles de confidentialité et de déontologie, cette nouvelle organisation concourra à améliorer la qualité diagnostique des cancers rares.

#### 5.4. GARANTIR UN ÉGAL ACCÈS AUX TRAITEMENTS ET AUX INNOVATIONS

Deux types d'actions ont été menés pour mettre en œuvre cette action 21.1 :

- la publication et l'actualisation des référentiels de bon usage (RBU) ;
- l'élaboration et la publication du rapport sur la situation de la chimiothérapie des cancers en 2009.

##### 5.4.1. PRODUCTION ET PUBLICATION DES RÉFÉRENTIELS DE BON USAGE (RBU) DES MÉDICAMENTS

Pour permettre l'égalité d'accès aux molécules innovantes et onéreuses sur l'ensemble du territoire, une liste de spécialités pharmaceutiques innovantes et coûteuses, prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation (article L162-22-7 du code de la Sécurité sociale), bénéficie d'un remboursement dès lors que ces molécules sont prescrites dans le cadre du bon usage.

Des référentiels de bon usage (RBU)<sup>23</sup> sont ainsi définis au niveau national par l'INCa et publiés conjointement avec l'Afssaps après avis de la Haute autorité de santé. Les RBU définissent, par pathologie et par molécule de la liste hors GHS, les conditions d'utilisation de bon usage selon deux seules catégories : l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et le protocole thérapeutique temporaire (PTT). Les RBU sont actualisés au moins annuellement depuis 2009.

#### FAITS MARQUANTS 2009

Appels à projets :

- Centres cliniques et anatomopathologiques de référence pour cancers rares (11 projets retenus).
- Réseau de référence anatomopathologique des lymphomes.
- Renforcement de l'organisation régionale de l'anatomopathologie dans le cadre de l'analyse moléculaire des cancers (17 projets retenus).



#### Action 21.1

Faciliter l'accès aux traitements par molécules innovantes.

#### FAIT MARQUANT 2009

- Publication et actualisation de 6 référentiels de bon usage (gynécologie-urologie-ORL-digestif-pulmonaire-sein).



23. Décret n°2008-1121 du 31 octobre 2008.

L'année 2009 a été marquée par :

- la poursuite des travaux de production des RBU, avec la publication de trois nouveaux référentiels de bon usage pour les cancers gynécologiques, les cancers urologiques et génitaux de l'homme, ainsi que les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou ; ainsi, à la fin de l'année 2009, l'ensemble des cancers les plus fréquents est couvert par des RBU. Les cancers rares, les tumeurs cérébrales malignes de l'adulte et les cancers pédiatriques sont inscrits au programme de travail 2010 de l'INCa ;
- la mise à jour de trois référentiels (cancers digestifs, cancers bronchiques et mésothéliomes pleuraux malins, cancers du sein) illustrant la réactivité indispensable à l'efficience du système.

Depuis 2009, les modifications des AMM, extension ou nouvelle indication, sont également systématiquement intégrées dès leur officialisation.

TABLEAU 5. CALENDRIER DES PUBLICATIONS DES RBU

Référentiel de bon usage	Date de publication (intégrant la dernière actualisation)	Nombre de consultations sur <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a>
Cancers digestifs	Mai 2009	2 234
Cancers bronchiques et mésothéliomes pleuraux malins	Avril 2009	2 068
Cancers du sein	Août 2008 et mars 2009 (fiches Herceptin® et Taxotere®)	11 508
Cancers hématologiques de l'adulte	Décembre 2008 (actualisé en mars 2010)	1 681
Cancers gynécologiques	Mars 2009	2 900
Cancers urologiques et génitaux de l'homme	Juillet 2009	2 004
Carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou	Juillet 2009	1 924

Institutions impliquées, aux côtés de l'INCa, dans la démarche des RBU en cancérologie :

- Afssaps : GTOH (groupe de travail sur les médicaments utilisés en oncologie et hématologie) ;
- Afssaps : Comité de qualification et commission d'AMM ;
- HAS : Commission de transparence.

#### 5.4.2. ÉLABORATION ET PUBLICATION DU RAPPORT SUR LA SITUATION DE LA CHIMIOTHÉRAPIE DES CANCERS EN 2009

Chiffres et données clés en 2009

- 58 % des dépenses des molécules onéreuses remboursées en sus des GHS sont des anticancéreux (974 651 585 € en secteur public et PSPH en 2008<sup>24</sup>) ;
- 92 % des dépenses des molécules anticancéreuses sont réparties entre 10 molécules et 8 % des coûts restants sur les 33 autres molécules ;
- 54 % des coûts sont désormais concentrés sur les biothérapies ;

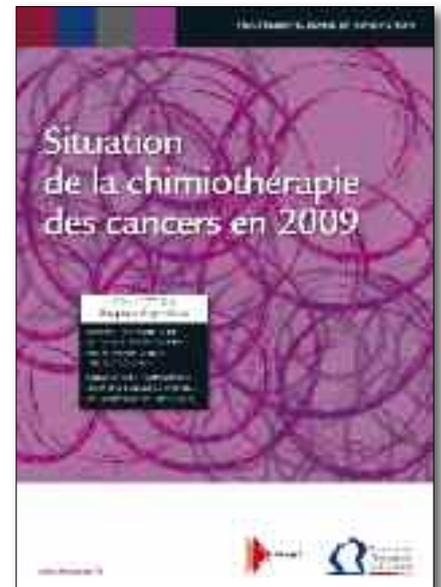


#### Action 21.1

Faciliter l'accès aux traitements par molécules innovantes.

24. Les données du secteur privé ne sont pas encore disponibles dans le PMSI 2008.

- Les cinq molécules les plus prescrites concentrent 66 % des dépenses des anticancéreux :
  - Mabthera® (rituximab) ;
  - Avastin® (bevacizumab) ;
  - Herceptin® (trastuzumab) ;
  - Taxotere® (docetaxel) ;
  - Erbitux® (cetuximab).

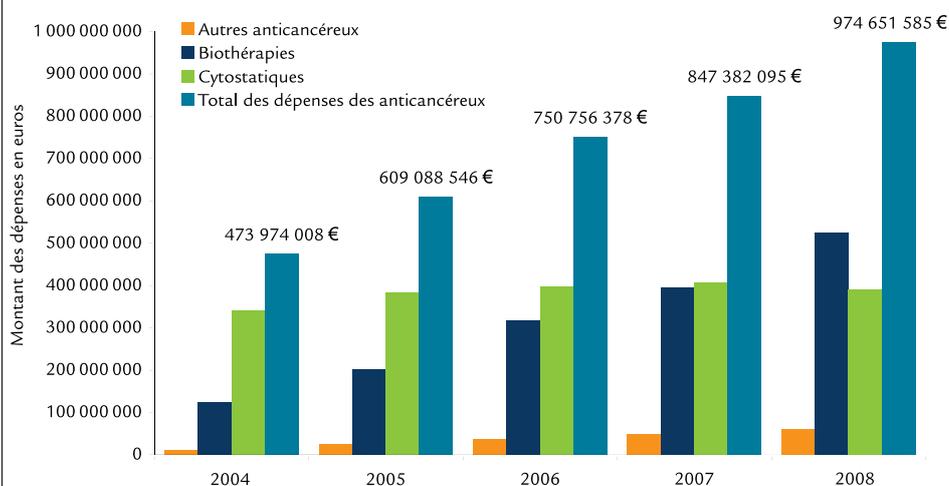


Ce document a fait l'objet de 3 025 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

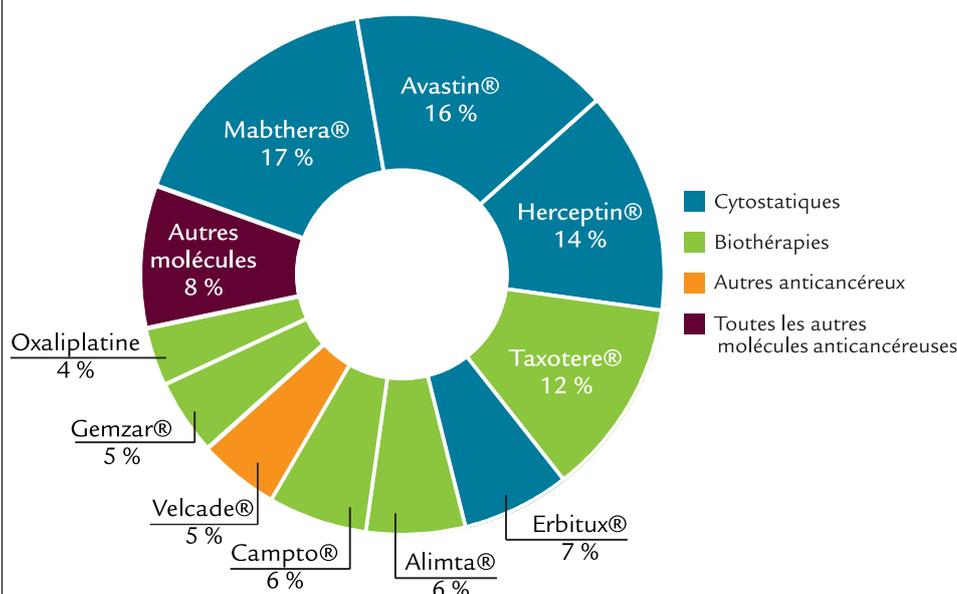
### FAIT MARQUANT 2009

- Publication d'un rapport d'expertise sur *La situation de la chimiothérapie des cancers en 2009*.

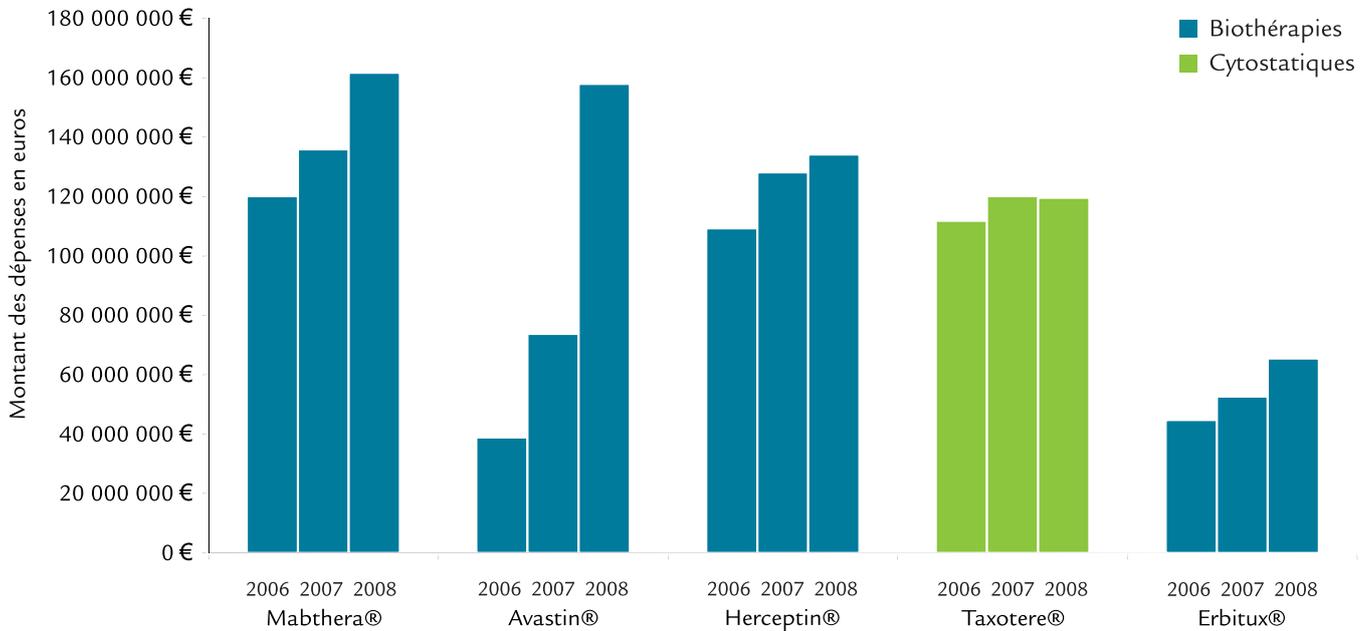
■ FIG. 18 : RÉPARTITION DES DÉPENSES DE 2004 À 2008 PAR CATÉGORIES D'ANTICANCÉREUX DE LA LISTE EN SUS HORS SECTEUR PRIVÉ



■ FIG. 19 : RÉPARTITION DES DÉPENSES DES 10 MOLÉCULES ANTICANCÉREUSES LES PLUS PRESCRITES EN 2008 DE LA LISTE EN SUS DES GHS HORS SECTEUR PRIVÉ



■ FIG. 20 : ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE 2006 À 2008 DES 5 MOLÉCULES ANTICANCÉREUSES LES PLUS PRESCRITES EN 2008 DE LA LISTE EN SUS DES GHS HORS SECTEUR PRIVÉ



Plusieurs préconisations ont été avancées afin d'améliorer l'usage en termes de sécurité et concourir à une maîtrise des dépenses des molécules anticancéreuses en cohérence avec le Plan cancer 2009-2013 :

- la révision régulière des molécules inscrites dans la liste des médicaments facturables « hors GHS » ;
- la mise en œuvre de contrôles ciblés du respect des référentiels de bon usage ;
- la mise en œuvre de mesures spécifiques pour restreindre l'usage des chimiothérapies ciblées aux seuls malades pouvant en obtenir des bénéfices thérapeutiques, sur la base des tests moléculaires pratiqués en préalable à leur prescription ;
- la réalisation de recommandations spécifiques pour l'usage de certaines de ces molécules dans les cancers métastatiques après plusieurs lignes de traitement.

**Participation au Système d'information E-OMEDIT**

L'INCa participe au dispositif d'évaluation des pratiques de prescription pour certains des médicaments et produits de la liste hors GHS (travail en collaboration avec la HAS, l'Afssaps, la DHOS, et les Omedits) via le système E-OMEDIT, dont l'Institut a assuré la maîtrise d'ouvrage, par délégation de la DHOS jusqu'au 31 décembre 2009, l'ATIH étant l'institution reprenant ce système à partir de 2010. Ce système d'information a fait l'objet d'une expérimentation concernant les fonctionnalités de suivi qualitatif des prescriptions des médicaments dits « traceurs », entre juillet 2008 et décembre 2008. L'analyse des résultats issus de cette expérimentation a été réalisée en 2009 et permettra de transmettre à l'ATIH les éléments nécessaires à l'évolution de ce système d'information.

### 5.4.3. STRUCTURATION DE LA GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

#### Éléments de contexte

L'INCa a mis en place depuis 2006 un programme spécifique pour soutenir la structuration de la génétique somatique des tumeurs *via* le développement de plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers. Ce dispositif garantit en particulier un accès optimal aux thérapies ciblées en permettant de prescrire un traitement aux seuls patients susceptibles d'en bénéficier. Vingt-huit plateformes réalisent à ce titre, avec des financements spécifiques, les tests moléculaires innovants pour l'ensemble des patients de leur région, quel que soit l'établissement où ces patients sont pris en charge.

#### L'activité de l'INCa

Les plateformes remettent à l'INCa des données d'activité annuelles, ce qui permet de suivre la structuration du dispositif. Un bilan a été réalisé au niveau national sur l'activité 2008 (publié en octobre 2009 sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)), ce qui permet de disposer de données à la fois qualitatives et quantitatives (Tableau 6).



#### Action 21.2

Développer les plateformes de génétique moléculaire et l'accès aux tests moléculaires.



Ce document a fait l'objet de 152 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

#### FAIT MARQUANT 2009

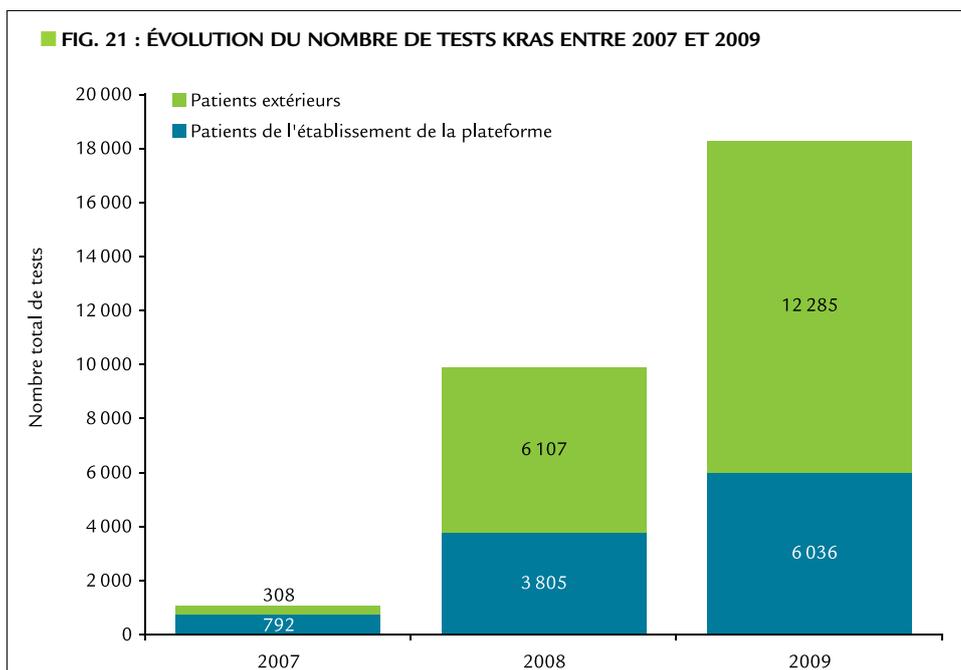
■ Publication du bilan national d'activité des 28 plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers en 2008.



TABLEAU 6. MARQUEURS PRÉDICTIONNELS DÉTERMINANT L'ACCÈS À UNE THÉRAPIE CIBLÉE		
Marqueurs prédictifs déterminant l'accès à une thérapie ciblée		
Translocation de BCR-ABL : 1. détection de BCR-ABL 2. quantification de BCR-ABL 3. mutation d'ABL	Leucémie myéloïde Chronique Leucémie aiguë Lymphoblastique	Prescription de Glivec® 1. prescription de Glivec® 2. suivi de la maladie résiduelle 3. résistance au Glivec®
Mutations de KIT et PDGFRA	GIST	Prescription de Glivec®
Amplification de HER2	Cancer du sein	Prescription d'Herceptin®
Mutation de KRAS	Cancer colorectal	Prescription de Vectibix® et d'Erbix®
Mutation d'EGFR et de KRAS	Cancer du poumon	Prescription de Tarceva® et d'Iressa®

#### Mutations du KRAS

Dès 2008, l'INCa avait accordé un financement incitatif exceptionnel de 2,5 M€ aux plateformes de génétique moléculaire pour permettre la réalisation du test KRAS des patients



atteints de cancer colorectal métastatique et faciliter l'accès des malades aux prescriptions de panitumumab et de cetuximab. Les plateformes se sont engagées à réaliser les tests KRAS pour l'ensemble des patients de leur région sans contrepartie financière et à dédommager les laboratoires ou les cabinets d'anatomopathologie qui leur adressent les prélèvements.

D'après les bilans d'activité trimestriels des plateformes pour le test KRAS, 18 000 tests ont été réalisés en 2009, dont 60 % pour des prescriptions extérieures à l'établissement siège de la plateforme (Figure 21), contre 10 000 en 2008 et 1 100 en 2007, soit une augmentation majeure de 16 fois en 2 ans. L'activité effectuée en 2009 est tout à fait conforme aux prévisions. En effet, on estime à 20 000 le nombre annuel de patients susceptibles de bénéficier d'un traitement par les deux thérapies ciblées que sont le panitumumab ou le cetuximab.

#### Tests EGFR pour l'accès aux thérapies ciblées des malades atteints de cancer du poumon : soutien financier de l'INCa en 2009

De nouvelles avancées scientifiques concernent aujourd'hui le cancer du poumon. Plusieurs études montrent que la présence dans la tumeur d'une mutation activatrice du gène REGF est un facteur prédictif de la réponse aux inhibiteurs de tyrosine kinase et que dans ce cas, les patients répondent mieux à ces traitements qu'à la chimiothérapie standard. Sur la base de ces études, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a délivré en juin 2009 une AMM pour le gefitinib dans le cancer du poumon, uniquement pour les patients dont la tumeur porte une mutation activatrice du gène REGF. On estime qu'au moins 10 000 examens devraient ainsi être effectués par an à ce titre.

L'INCa a débloqué dès septembre 2009 une subvention ciblée exceptionnelle de 1,7 M€ pour que les plateformes hospitalières de génétique moléculaire réalisent cet examen sans contrepartie financière et permettent l'accès aux thérapies ciblées aux patients atteints de cancers du poumon (publication en mars 2010 du rapport sur les mutations EGFR dans le cancer du poumon).

### 5.5. SOUTIEN À LA RADIOTHÉRAPIE

Le comité national de suivi de la radiothérapie, dont le président de l'INCa assure la coordination, associe l'ensemble des acteurs de la radiothérapie. Ce comité assure le suivi des 32 mesures nationales pour la radiothérapie mises en place en 2007 pour garantir la sécurité et la qualité des pratiques de radiothérapie. Deux ans après l'élaboration de la feuille de route, 31 des 32 mesures<sup>24</sup> ont été mises en œuvre grâce aux professionnels, sociétés savantes, ministère chargé de la santé, Autorité de sûreté nucléaire et agences sanitaires.

Le comité national de radiothérapie est organisé en quatre groupes de travail :

- les métiers de la radiothérapie (4 réunions INCa en 2009 d'une dizaine de personnes) ;
- la radiovigilance (2 réunions INCa en 2009 pilotées par la DGS regroupant une quinzaine de personnes) ;
- le groupe national d'appui (7 réunions INCa en 2009 d'une dizaine de personnes) ;
- la recherche et le développement (4 réunions INCa en 2009).

24. Bilan de la feuille de route ministérielle 2007-2009.



#### Mesure 22

Soutenir la radiothérapie.

#### FAIT MARQUANT 2009

- Publication du premier rapport d'étape du comité national de suivi de la radiothérapie.



À l'issue de sa première année de fonctionnement, deux rapports ont été remis en juin 2009 et en janvier 2010 à la ministre de la santé et des sports.

C'est également ce comité qui assure le pilotage des actions radiothérapie du Plan cancer.

### 5.5.1. LES ACTIONS MENÉES POUR LA RADIOTHÉRAPIE

Plusieurs actions ont été entreprises par l'INCa en 2009.

#### Accompagnement des centres de radiothérapie dans l'amélioration des pratiques qualité et sécurité (critères d'agrément INCa)

Dans la suite des actions entreprises par l'INCa avec la MEAH (ANAP) entre 2003 et 2007, la gestion du projet a été transférée à l'INCa en 2008. Quarante nouveaux centres de radiothérapie ont été accompagnés entre mai 2008 et décembre 2009 pour renforcer leur démarche qualité et la sécurité de leurs pratiques (actions de formation et d'appui conseil sur site pendant une année).

#### Mise en œuvre INCA 2009

- un soutien financier spécifique de 1,2 M€ ;
- 4 réunions nationales de lancement du process ;
- 10 réunions de bilan des diagnostics et de présentation des plans d'actions par les centres de radiothérapie ;
- 8 réunions de clôture.

Au total, 140 professionnels de santé médicaux et paramédicaux ont été mobilisés autour de cette action et environ 400 professionnels impliqués dans les centres de radiothérapie.



#### Action 22.1

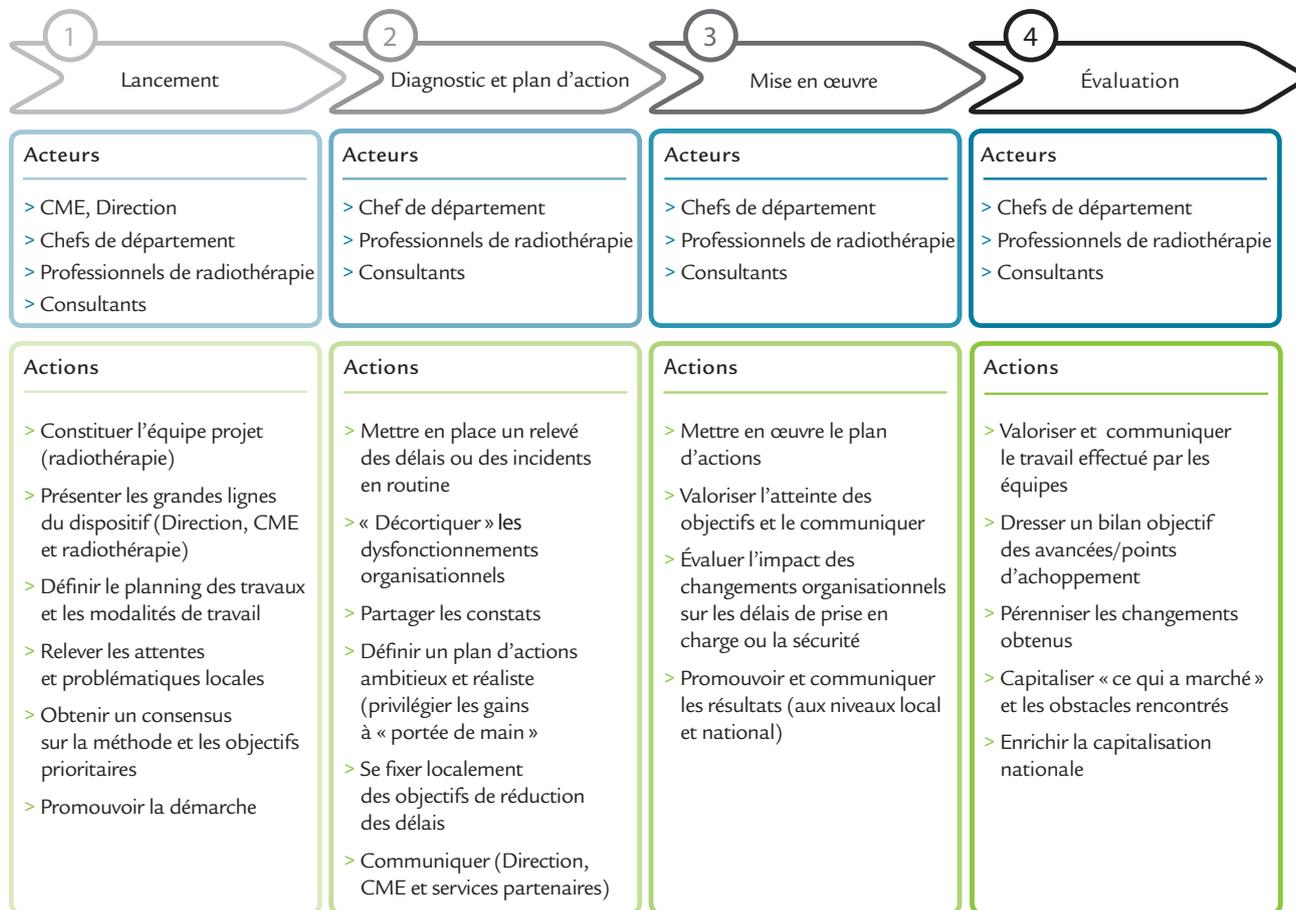
Soutenir la qualité et la sécurité des pratiques dans les centres de radiothérapie.

#### FAITS MARQUANTS 2009

- Accompagnement de 40 centres de radiothérapie pour renforcer les démarches qualité et sécurité.
- 400 professionnels impliqués.



#### PHASAGE DU PROJET MAI 2008-DÉCEMBRE 2009



Un rapport intermédiaire produit en avril 2009 présente une synthèse des grands axes d'amélioration choisis par les centres au sein de leurs plans d'actions et un rapport final sera publié en mars 2010.

L'INCa poursuivra et finalisera son soutien en 2010 à une trentaine de centres supplémentaires, ce qui permettra d'atteindre 100 centres de radiothérapie formés sur les 176 (57 %).

#### Réflexion sur les situations d'exception géographique reconnues sous forme de groupement de coopération sanitaire avec un centre d'appui

Dans le cadre des autorisations délivrées pour traiter par radiothérapie les malades atteints de cancer, certains centres de radiothérapie vont être autorisés à titre dérogatoire, du fait de leur isolement géographique. Ces centres, qui ne seront soumis ni au seuil d'activité (600 patients par an), ni au niveau minimal d'équipement (2 accélérateurs), doivent néanmoins garantir un niveau de qualité et de sécurité dans la délivrance des traitements équivalent aux traitements réalisés dans les autres centres de radiothérapie. L'INCa a proposé des critères d'identification de ces centres dérogatoires, repris dans la circulaire DHOS d'avril 2009. Le soutien financier dont ont bénéficié les 5 régions où se trouvent ces centres, vise autant le centre dérogatoire que le centre d'appui. Un suivi sera effectué pour évaluer les coopérations en place (partage des moyens humains) et l'organisation de l'hébergement des malades en cas de besoin.

#### Suivi du dispositif et évolution de l'observatoire des données de radiothérapie pour recueillir de façon pérenne des données quantitatives et qualitatives sur la discipline

Deux actions, inscrites également dans la feuille de route ministérielle 2007-2009 et dans le Plan cancer, sont concernées :

- L'Observatoire national pour la radiothérapie, qui fournit des données quantitatives sur l'activité, le parc et les professionnels en exercice ;
- L'Enquête sur les pratiques, qui apporte des éléments quant à la qualité des pratiques, particulièrement en regard de la mise en œuvre des critères d'agrément spécifiques à la radiothérapie.

#### Suivi des données relatives à la radiothérapie

Le recueil des données relatives à l'activité, aux équipements et aux ressources humaines a donné lieu à une publication en juin 2009.

#### Publication de l'Observatoire de la radiothérapie 2008

D'autre part, un marché, passé par l'INCa en 2009, va permettre désormais une modernisation du process permettant aux centres de radiothérapie une saisie directe en ligne, l'accès à leurs données antérieures et l'intégration des indicateurs qualité sécurité (avec possibilité de comparatif par rapport aux moyennes nationales). Ce processus nécessaire a retardé la saisie (en cours en février 2010), l'analyse et la publication des données 2008 et 2009, seront de ce fait disponibles au premier semestre 2010.

Ces deux enquêtes seront intégrées au sein d'une plateforme nationale des données de radiothérapie, qui constituera la source d'information support du comité national de suivi pour la radiothérapie.



■ FIG. 22 : CARTOGRAPHIE DES CENTRES DES 175 CENTRES DE RADIOTHÉRAPIE EN 2009



#### Focus sur les équipements de radiothérapie de haute technicité en 2009

Parmi les 404 accélérateurs installés au sein des 175 centres de radiothérapie français<sup>25</sup>, 23 sont des appareils de très haute technicité. Entre 2007 et 2009, le nombre de ces appareils a triplé en France<sup>26</sup>, sans que ces implantations ne soient intégrées dans une stratégie nationale de développement de l'offre de soins en radiothérapie.

25. Source : Observatoire de la radiothérapie.

26. 2007 : 8 appareils de haute technicité (3 TomoTherapy®, 3 CyberKnife® et 2 Novalis®).



Parmi les 23 accélérateurs de haute technicité (source 2009) :

- 16 permettent de réaliser des traitements de RCMI, dont :
  - 8 en RCMI dynamique (RapidArc® et VMat®),
  - 8 en RCMI sur appareil dédié (TomoTherapy®).
- et 7 permettent de réaliser des traitements en conditions stéréotaxiques intra et extra-crâniennes (CyberKnife®, Novalis® et Novalis Tx®).

**TABLEAU 7. IMPLANTATION DES APPAREILS DE RADIOTHÉRAPIE DE HAUTE TECHNICITÉ EN 2009**

RCMI dynamique ou dédiée		
RapidArc®	VMat®	TomoTherapy®
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ APHP – HEGP (Paris)</li> <li>■ Centre Paul Lamarque Val d'Aurelle (Montpellier)</li> <li>■ Centre Georges François Leclerc (Dijon)</li> <li>■ ONCORAD Garonne – Atrium (Toulouse)</li> <li>■ Clinique Sainte Catherine (Avignon)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Centre Léon Bérard (Lyon)</li> <li>■ Centre Eugène Marquis (Rennes)</li> <li>■ Clinique Claude Bernard (Metz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Institut Curie (Paris)</li> <li>■ Centre Oscar Lambret (Lille) : 2 appareils</li> <li>■ Institut Bergonié (Bordeaux)</li> <li>■ Centre René Gauducheau (Nantes)</li> <li>■ Centre Paul Strauss (Strasbourg)</li> <li>■ Institut Claudius Regaud (Toulouse)</li> <li>■ APHM – Hôpital Nord (Marseille)<sup>27</sup></li> </ul>
Stéréotaxie extra-crânienne		
CyberKnife®	Novalis®	Novalis Tx®
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Centre Oscar Lambret (Lille)</li> <li>■ Centre Alexis Vautrin (Nancy)</li> <li>■ Centre Antoine Lacassagne (Nice)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Centre René Gauducheau (Nantes)</li> <li>■ CHU Rangueil (Toulouse) : service de neurochirurgie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Centre Paul Strauss (Strasbourg)</li> <li>■ Polyclinique Courlancy (Reims)</li> </ul>

L'INCa a assuré le suivi des projets financés en 2006 et 2007. Deux réunions regroupant l'ensemble des équipes Cyberknife®, Tomotherapy® et stéréotaxie extra-crânienne<sup>28</sup> ont été organisées afin de suivre l'implantation et l'utilisation de ces appareils dans les différents centres. À l'issue de ces réunions, une synthèse sur l'état d'avancement des projets a été réalisée. Les principaux résultats sont synthétisés ci-après :

**Projets Cyberknife® (CLCC de Lille, Nice et Nancy)**

Entre novembre 2006 et décembre 2009, 1 023 patients ont été traités sur l'ensemble des 3 centres.

**TABLEAU 8. RÉPARTITION GLOBALE DES PATHOLOGIES TRAITÉES DANS LES CENTRES ÉQUIPÉS DE CYBERKNIFE®**

Indications	Nombres de patients	% de patients
Poumon (validée par la HAS)	241	23,6 %
Intracrânien	189	18,5 %
Foie	168	16,4 %
Rachis (validée par la HAS)	110	10,8 %
ORL/Récidive ORL	94	9,2 %
Crâne	77	7,5 %
Autres (dont os, sein, prostate, œil...)	144	14 %
Total : 2007-2009	1 023	100 %

27. Installation prévue en 2010.

28. Appel à projets de 2005-2006 financé par l'INCa.

En moyenne, chacun des trois centres a traité 300 patients entre 2007 et 2009 (soit 100 patients par an et par centre).

Dans 35 % des cas, les patients ont été traités pour des indications validées<sup>29</sup> par la HAS<sup>30</sup> (tumeurs du rachis et tumeurs bronchopulmonaires) et 16,4 % des patients ont été traités pour des indications validées par la HAS en recherche clinique (tumeurs hépatiques) ; 48,6 % des patients ont été traités dans d'autres indications, principalement les récurrences ORL, les cancers de la prostate, du rein, du sein, des os et les mélanomes.

#### Projets Tomotherapy® (CLCC de Paris, Nantes et Bordeaux)

Entre janvier 2007 et décembre 2009, 750 patients ont été traités sur les 3 centres (principalement pour des indications ORL, de la prostate, gynécologique, du rachis, tumeurs de la base du crâne et irradiation corporelle totale).

**TABLEAU 9. RÉPARTITION GLOBALE DES PATHOLOGIES TRAITÉES DANS LES CENTRES ÉQUIPÉS DE TOMOTHERAPY® (ENTRE JANVIER 2007 ET SEPTEMBRE 2009)**

Indications	Nombre de patients	% de patients
ORL	205	28,5 %
Sarcomes	98	13,6 %
Gynécologie	62	8,6 %
Traitement palliatif	57	7,9 %
Poumon/Plèvre	54	7,5 %
Prostate	43	6 %
Autres (dont digestif, méningiomes, métastases, plasmocytomes pancréas, foie...)	199	27,9 %
Total	718	100 %

38,4 % des patients ont été traités pour des indications validées par la HAS<sup>31</sup> (tumeurs de la tête et du cou, tumeurs de la prostate, tumeurs du rachis, tumeurs de la base du crâne et de la voûte et irradiation corporelle totale) et 30,5 % des patients ont été traités pour des indications validées par la HAS en recherche clinique<sup>32</sup> (thorax, sarcome, poumon, métastases et plasmocytomes).

#### Projets stéréotaxie extra-crânienne sur des accélérateurs non dédiés

L'installation des équipements additionnels pour la stéréotaxie extra-crânienne dans les différents centres s'est échelonnée entre septembre 2007 et octobre 2009. L'ensemble de ces centres traite actuellement des patients principalement pour des indications pulmonaires et hépatiques.

L'ensemble des centres impliqués dans la mise en œuvre des techniques innovantes en radiothérapie est intégré dans un processus d'évaluation médico-économique.

L'évaluation de la radiothérapie en conditions stéréotaxiques des carcinomes non à petites cellules pulmonaires T1-T2, N0, M0 non opérés a débuté en janvier 2009. Cette étude est financée par l'INCa à hauteur de 148 000 €. Elle comprend l'inclusion de 120 patients sur 2 ans avec une durée de suivi de 2 ans après la fin du traitement.

La durée totale prévue de l'étude est de 4 ans.



29. Indications validées avec un service attendu considéré comme suffisant.

30. Évaluation de la radiothérapie extra-crânienne en conditions stéréotaxiques. Avis de la Haute Autorité de Santé rendu en décembre 2006.

31. Service attendu considéré comme suffisant - avis favorable - Évaluation de la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité ; avis de la Haute autorité de santé rendu en décembre 2006.

32. Service attendu considéré comme non déterminé - avis favorable en tant qu'acte en phase de recherche clinique.



Un protocole d'évaluation médico-économique de la tomothérapie et de l'arcthérapie dynamique pour les carcinomes épidermoïdes ORL a par ailleurs été mis en place en 2009. Cette étude qui vise à évaluer d'un point de vue médico-économique ces techniques (tomothérapie, RapidArc® et VMAT®) débutera en 2010. Elle sera financée par l'INCa à hauteur de 310 000 €.

**Publication de l'Enquête sur les pratiques en radiothérapie**

Cette enquête avait pour objectif de :

- disposer d'une première photographie de la situation nationale des pratiques en radiothérapie, basée en grande partie sur l'application des critères d'agrément ;
- et d'apporter une première aide méthodologique aux centres de radiothérapie, en leur proposant un outil d'autoévaluation, qui devra se généraliser à compter de mi-2011.

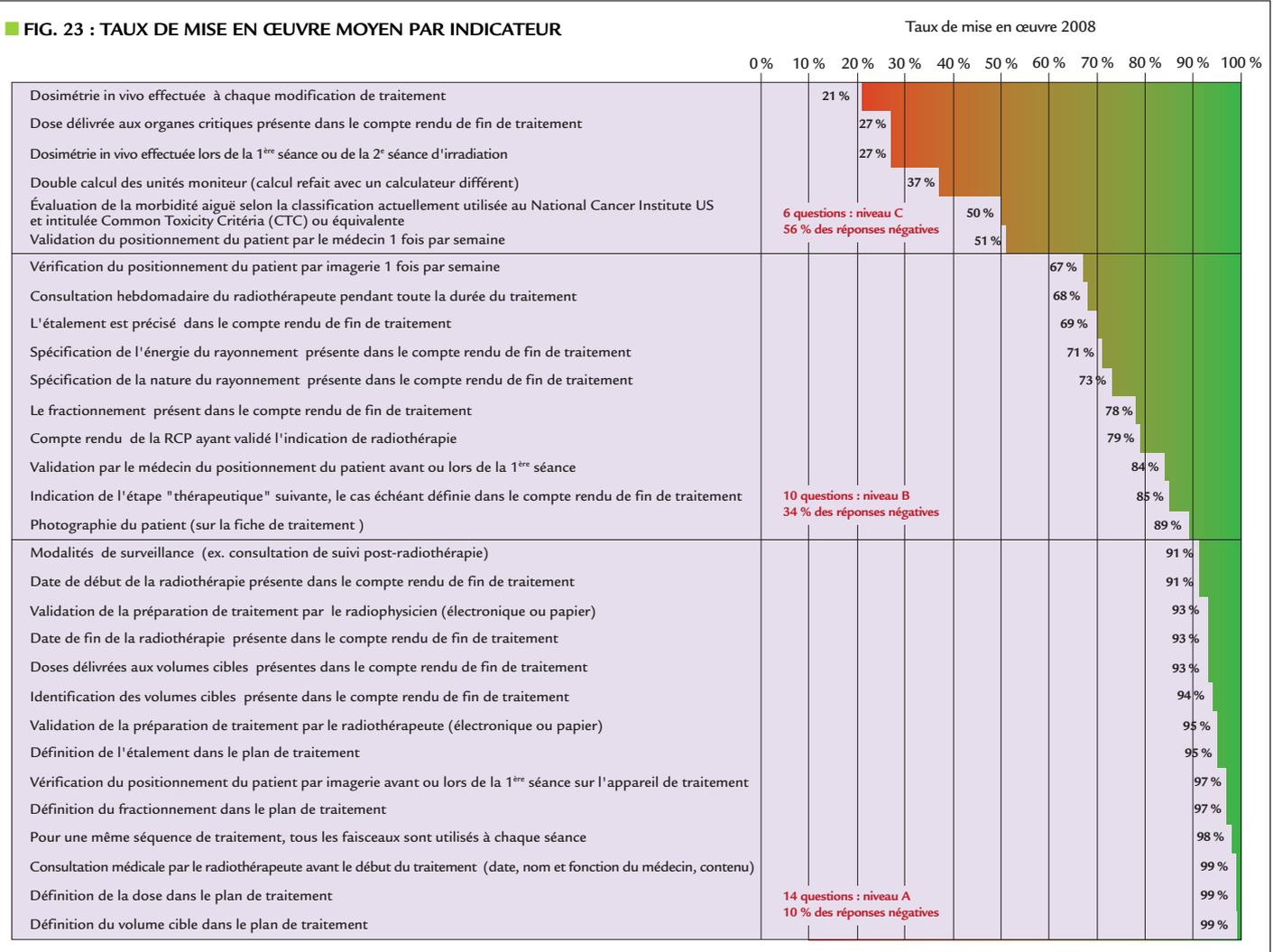
Trois mille dossiers de patients, traités en 2008 au sein de 101 centres de radiothérapie volontaires, ont été analysés. Avec un pourcentage de centres privés et publics participants identique à la répartition nationale, cette étude est représentative des pratiques en radiothérapie en France.

**Chiffres clés issus de l'enquête des pratiques (Figure 23) :**

- 75 % de mise en œuvre moyenne des critères d'agrément pour la pratique de la radiothérapie externe ;

Ce document a fait l'objet de 564 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

**FIG. 23 : TAUX DE MISE EN ŒUVRE MOYEN PAR INDICATEUR**



- 50 % des critères relatifs à la qualité des pratiques ont un taux de mise en œuvre supérieur à 90 % et deux tiers ont un taux de mise en œuvre qui dépasse les 75 % ;
- 5 critères d'agrément ont en revanche des niveaux de mise en œuvre inférieurs ou égaux à 50 % :
  - la réalisation de dosimétrie *in vivo* lors de la première ou de la deuxième séance et à chaque modification de traitement. Cette mesure a fait l'objet d'un soutien financier spécifique en 2008 : il est donc attendu un accroissement important du taux de réalisation de l'indicateur en 2010 ;
  - l'inscription de la dose délivrée aux organes critiques dans le compte rendu de fin de traitement ;
  - la réalisation du double calcul des unités moniteur avec un calculateur différent ;
  - l'évaluation de la morbidité aiguë selon la classification CTC ;
  - la validation du positionnement du patient par le médecin une fois par semaine.

### 5.5.2. RENFORCER LES MÉTIERS DE LA RADIOTHÉRAPIE

#### Radiophysiciens

Renforcer les effectifs en s'appuyant sur la formation pour mieux sécuriser les pratiques et accompagner l'évolution de la discipline.

#### Évolution du nombre d'étudiants en formation de physique médicale

Pour atteindre l'objectif cible de 600 radiophysiciens en poste à échéance de la fin 2011, les promotions d'étudiants en formation doivent augmenter et se stabiliser à 105 à compter de 2010. Pour ce faire, l'arrêté du 18 mars 2009, modifiant l'arrêté du 19 novembre 2004, a ouvert l'accès à de nouveaux Masters et aux écoles d'ingénieurs.

Cette action a nécessité de nombreuses interfaces (une dizaine de réunions) entre les différents parties prenantes professionnelles (SFPM, professionnels, organisme de formation), afin d'atteindre l'objectif fixé tout en obtenant une adhésion de la profession à soutenir cette montée en charge significative, mais aussi avec le directeur du Commissariat à l'énergie

atomique (CEA) et les directeurs et présidents de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et l'Institut national des sciences et techniques nucléaires (INSTN).

En parallèle, deux actions de communication basées sur l'ouverture de l'accès au DQPRM et sur les opportunités d'emploi ont été organisées et financées par l'INCa en juin 2009 et en septembre. Le résultat de ces deux campagnes a été le dépôt de 300 dossiers de candidatures supplémentaires en juin et 176 en septembre.

La promotion 2009 est de 77 étudiants (83 étudiants dont 6 se sont dirigés vers l'obtention d'une thèse avant la formation), au lieu de 55 étudiants en 2008, soit une augmentation de près de 40 % par rapport à la promotion 2008.



#### Action 22.2

Renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie.



#### Action 22.2

[...] Renforcer l'attractivité de la filière de radiophysique médicale en maintenant l'effort de recrutement.



**FAIT MARQUANT 2009**

- Augmentation de 40 % du nombre d'étudiants en formation de physique médicale.



### Augmentation du nombre de terrains de stages

Cette évolution du nombre d'étudiants en formation a nécessité une augmentation du nombre de lieux d'accueil pour les stages. Celui-ci est passé de 30 à 40 centres de radiothérapie pour permettre l'encadrement des stagiaires. Une subvention<sup>33</sup> de 5 000 € a été attribuée, sur demande, par l'INCa aux centres accueillant au moins deux stagiaires. Ce soutien visait l'achat de matériel pédagogique faisant partie de la liste des équipements recommandés par le conseil d'enseignement du DQPRM.

Trente-et-une subventions ont été attribuées pour un montant total de financement de 155 000 €.

#### Action 22.3

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

#### Action 22.3

[...] Produire un rapport d'expertise sur la place de la curiethérapie en termes d'indications et de techniques et publier un référentiel national.

#### Mesure 23

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

#### Action 23.1

Structuration de la prise en charge des patients atteints de cancers rares.

### 5.5.3. PRODUIRE ET ACTUALISER DES RECOMMANDATIONS

#### Production d'une expertise sur la place de la curiethérapie

L'INCa a sollicité en décembre 2008 la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) pour une mission d'étude sur la curiethérapie avec comme objectifs :

- de réaliser un état des lieux de la situation ;
- de mettre en évidence les perspectives attendues en termes de techniques et d'indications ;
- de définir la place de la curiethérapie dans les traitements de radiothérapie ;
- et enfin d'identifier les compétences nécessaires en termes d'équipe et d'activité pour sa mise en œuvre.

Une première version de ce travail, mené par le Pr Pfeiffert de Nancy, a été présentée à l'INCa en juin 2009. Elle doit être complétée et un rapport final devrait pouvoir être publié sous double timbre courant 2010.

### 5.6. DÉVELOPPER DES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

#### 5.6.1. STRUCTURATION DE LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS RARES

##### Éléments de contexte

La structuration de l'offre de soins pour les patients adultes atteints de cancers rares se fait autour de centres experts cliniques et anatomopathologiques, chargés d'organiser une prise en charge régionale optimale pour chaque patient.

Ainsi, tout patient atteint de cancer rare pourra être pris en charge dans l'établissement de son choix, mais sera assuré d'un avis d'expert tant pour le diagnostic (double lecture des lames) qu'aux divers temps de sa maladie (discussion de son dossier en RCP de recours régionale ou nationale) et de son suivi, qui sera le plus souvent alterné. Les centres experts régionaux (dits de compétence) sont coordonnés par un centre expert national (dit de référence).

##### L'activité de l'INCa

Un séminaire sur les cancers rares s'est tenu à l'INCa le 8 avril 2009, réunissant les coordonnateurs des 23 projets préfigurateurs, identifiés dans les appels à projets 2006-2007. Chaque équipe a pu présenter les actions menées, les bénéfices apportés et/ou les difficultés rencontrées. Les grandes lignes du projet de labellisation de centres de référence de cancers rares de l'adulte y ont été présentées et discutées.

33. Conformément à la circulaire DHOS du 17 juin 2009 relative à l'accueil des stagiaires dans le cadre de la formation initiale préparant le diplôme de qualification en physique radiologique et médicale.

L'INCa a lancé, en lien avec la DHOS, en février 2009, un premier appel à projets concernant la labellisation de centres de référence pour cancers rares de l'adulte. Cette mesure s'inscrivait en complément du Plan national maladies rares 2005-2008. Vingt-deux projets ont été soumis et évalués chacun par deux experts et un rapporteur. Un comité d'évaluation comprenant 16 membres (représentant les professionnels de santé, les associations de patients et le ministère de la santé) s'est réuni en mai 2009 et a proposé au président de l'INCa de retenir :

- 8 projets cliniques retenus et financés qui concernent les pathologies suivantes : les sarcomes des tissus mous et des viscères (3 centres experts nationaux) ; les tumeurs cérébrales rares oligodendrogiales de haut grade (2 centres experts nationaux, 29 centres experts régionaux) ; les cancers thyroïdiens réfractaires (2 centres experts nationaux, 37 centres experts régionaux) ; les cancers de la surrenale (3 centres experts nationaux, 29 centres experts régionaux) ; les tumeurs rares du péritoine (1 centre expert national, 24 centres experts régionaux) ; les tumeurs neuroendocrines malignes rares sporadiques et héréditaires (1 centre expert national, 16 centres experts régionaux) ; les tumeurs trophoblastiques gestationnelles (1 centre expert national, 4 centres experts régionaux) ; la maladie de Von Hippel Lindau et les prédispositions héréditaires au cancer du rein de l'adulte (7 centres experts nationaux, 24 centres experts régionaux) ;
- et 3 réseaux de référence anatomopathologiques en rapport avec ces pathologies et un réseau de référence anatomopathologique des lymphomes.

Au total, cette première phase d'organisation de la prise en charge des cancers rares identifie 12 établissements de santé hospitalo-universitaires en tant que centres experts nationaux cliniques (centres de référence) et 59 établissements hospitalo-universitaires en tant que centres experts cliniques régionaux (centres de compétence).

Cette nouvelle structuration a été présentée lors de colloques nationaux (colloque maladies rares Eurobiomed, octobre 2009) et européens (10th workshop on partnering for rare disease therapy development, octobre 2009).

### 5.6.2. ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES À RISQUE GÉNÉTIQUE

#### Éléments de contexte

L'identification de gènes de prédisposition au cancer a permis le développement de tests biologiques destinés aux familles supposées à haut risque. Ces tests concernent à la fois des personnes malades (cas index) et des membres non malades de leur famille (apparentés). Ils sont prescrits, dans le cadre de consultations d'oncogénétique, selon le risque évalué par l'oncogénéticien, et sont effectués au sein d'un réseau de laboratoires référents. Les personnes identifiées avec un risque héréditaire de cancer se voient proposer une stratégie de prise en charge et de suivi adaptée, ainsi que des mesures de prévention et/ou de détection précoce, selon les pathologies potentiellement induites par l'altération génétique.

#### L'activité de l'INCa

Publication du rapport national d'activité 2008 du dispositif d'oncogénétique. Les consultations et les laboratoires d'oncogénétique transmettent un rapport d'activité annuel à l'INCa, permettant de suivre l'évolution du dispositif. Le bilan réalisé en 2009 du dispositif d'oncogénétique (activité 2008) et sur l'évolution 2003-2008 est disponible sur le site internet de l'INCa. La progression du dispositif d'oncogénétique est très forte pour les prédispositions aux cancers du sein et/ou de l'ovaire depuis 2003 mais reste beaucoup plus lente pour le syndrome de Lynch. Entre 2003 et 2008, le dispositif d'oncogénétique a identifié 6 679 personnes comme étant porteuses d'une mutation BRCA (cas index et apparentés) et 3 072 personnes comme étant porteuses d'une mutation MMR (cas index et apparentés).

Lancement d'un appel à projets, financé sur des crédits Assurance maladie (1,4 M€), pour mettre en place des expériences pilotes pour intégrer, faciliter et améliorer la prise en charge globale, médicale et chirurgicale, des personnes prédisposées héréditairement

#### FAITS MARQUANTS 2009

- 12 établissements de santé hospitalo-universitaires identifiés en tant que centres de référence.
- 59 établissements de santé hospitalo-universitaires identifiés en tant que centres de compétence.



#### Action 23.3

Suivre les personnes à risque génétique.





Ce document a fait l'objet de 768 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).



Ce document a fait l'objet de 130 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

## FAIT MARQUANT 2009

### Appels à projets :

- Identification de structures pilotes pour améliorer la prise en charge des personnes prédisposées héréditairement au cancer (6 projets retenus).

au cancer. Six projets ont été retenus et feront l'objet d'une évaluation pendant les deux prochaines années afin d'assurer le déploiement sur tout le territoire à partir des expériences qui auront fait leurs preuves.

Des recommandations pour la chirurgie prophylactique dans les cancers avec prédisposition génétique ont été validées et publiées en août 2009 et sont disponibles en ligne sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

Mise en place en 2009 d'un groupe de travail pour expertise spécifique sur le gène MYH, qui devrait être finalisée d'ici la fin de l'année 2010. Cette expertise, en cohérence avec les préconisations du rapport 2008 sur l'évolution des besoins à 10 ans de la discipline<sup>34</sup>, a pour objectifs de définir les critères d'indication pour la recherche d'altérations du gène MYH, de déterminer les stratégies d'analyse, d'élaborer des recommandations de prise en charge des individus atteints et de leurs apparentés, et enfin de clarifier les conduites à tenir vis-à-vis des personnes porteuses d'une mutation mono-allélique du gène MYH.

### Action 23.4

Amélioration de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer.

### 5.6.3. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ÂGÉS

#### Éléments de contexte

Le cancer devient de plus en plus une pathologie du sujet âgé. Il est essentiel que sur l'ensemble du territoire national, tout patient âgé atteint de cancer puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée en oncogériatrie. Celle-ci repose d'abord sur une collaboration active entre cancérologues et gériatres, en incluant les médecins généralistes.

34. Rapport INCa sur l'estimation des besoins de la population pour les 10 ans à venir en termes d'accès aux consultations et aux tests d'oncogénétique, coordination : Pr Bonaiti.

### L'activité de l'INCa

Publication en mai 2009 d'un rapport d'expertise sur l'état des lieux et les perspectives en oncogériatrie (également disponible sous forme de cédérom accompagné d'une synthèse). Organisation d'un séminaire des Unités pilotes de coordination en oncogériatrie en septembre 2009 à Lille pour échanger sur l'état des lieux issu des rapports d'activité 2006 à 2009 et discuter des perspectives en oncogériatrie. Les représentants des 15 unités pilotes de coordination en oncogériatrie étaient présents.

Suivi et accompagnement de l'étude Oncodage. L'évaluation gériatrique approfondie (EGA) est une méthode qui a démontré son intérêt dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer, mais se révèle complexe à généraliser, ce qui implique de développer un outil de dépistage permettant d'individualiser les patients devant bénéficier en 2<sup>ème</sup> intention d'une EGA. À la suite d'une procédure d'appel à projets en 2008, l'INCa a financé une étude qui évalue un outil de dépistage gériatrique constitué de 8 items, comparé en aveugle à l'EGA. Cet outil devrait permettre à tout patient âgé atteint de cancer de bénéficier d'une approche gériatrique avant toute décision thérapeutique.

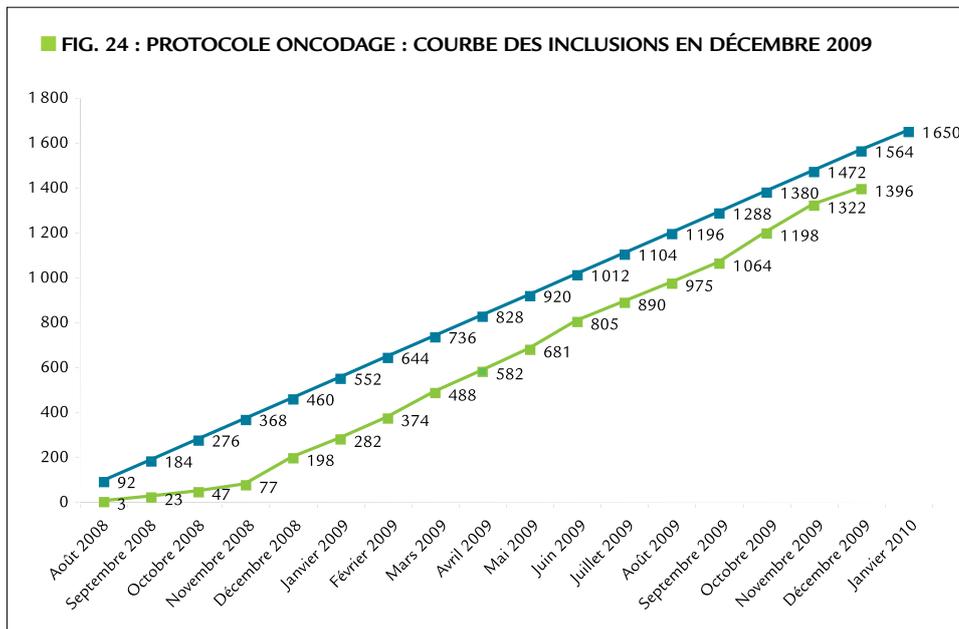
À la suite d'un bilan des inclusions réalisées en juillet 2009 au sein des 20 centres investigateurs impliqués, tous ceux ayant inclus moins de 15 patients ont été contactés directement pour tenter de résoudre les éventuels freins à l'inclusion. Le nombre total d'inclusions au 31 décembre 2009 est de 1 396 sur les 1 650 inclusions nécessaires (85 %). Les premiers résultats sont attendus en septembre 2010.

### FAIT MARQUANT 2009

■ Publication du rapport d'expertise *État des lieux et perspectives en oncogériatrie*.



Ce document a fait l'objet de 1 159 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).



Un article reprenant les actions soutenues par l'INCa dans le domaine de l'oncogériatrie a été publié dans *L'année gériatrique* en 2009<sup>35</sup>.

35. Bréchet J.-M., Rodde-Dunet M.-H., « La stratégie française : création des unités pilotes de coordination en oncogériatrie à l'initiative de l'Institut National du Cancer », *L'année gériatrique*, 2009, Vol. 23, p. 35-39.



plan  
cancer

**Action 23.5**

Améliorer la prise en charge des enfants atteints de cancer et lancer un programme d'actions spécifiques vis-à-vis des adolescents atteints de cancer.

**FAIT MARQUANT 2009**
**Appel à projets**

- Soutien aux associations de patients (17 projets retenus).


**5.6.4. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS**
**L'activité de l'INCa**

**Publication du rapport sur l'offre de soins en cancérologie pédiatrique.** Le rapport sur l'offre de soins en cancérologie pédiatrique a été finalisé en décembre 2009. Ce document dresse un état des lieux des centres spécialisés sur la période de septembre 2007 à mars 2009, au regard des critères de la circulaire de 2004 et dans la perspective de l'application du dispositif d'autorisation de l'activité de traitement du cancer.

Il a été construit à partir des données d'un questionnaire adressé aux centres spécialisés en cancérologie pédiatrique, et de visites sur site d'une journée, menées par deux personnes de l'INCa et deux représentants de patients et de jeunes patients. Le rapport a mis en avant parmi les points forts, les conditions d'accueil du patient et de sa famille par les équipes des centres spécialisés, l'accès aux soins de support, notamment pour la douleur, et l'implication des associations de parents et de jeunes patients dont l'accès à l'information, le soutien aux familles et l'amélioration des conditions de prise en charge.

En revanche, d'autres points doivent progresser comme le maintien d'une scolarité optimale pour tous les enfants, notamment pour ceux scolarisés au lycée, la mise en place d'un maillage de soins pour organiser le retour au domicile et la mise en place d'une offre adaptée à la prise en charge de l'adolescent.

**5.7. SOUTIEN AUX ASSOCIATIONS DE PATIENTS VIA UN APPEL À PROJETS**

L'INCa soutient les associations d'aide aux malades ou à leurs proches *via* des appels à projets. Ces derniers permettent d'encourager des actions innovantes pour améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches tout au long de leur parcours. Ce sont 107 projets qui ont été financés auprès de 76 associations depuis 2006. En 2008, l'appel à projets lancé vers les associations portait sur l'accompagnement des malades et de leurs proches en situation de fragilité et de précarité. Sur 22 projets reçus, représentant un montant total de 640 841 €, 16 projets ont été retenus à hauteur de 240 106 €.

En 2009, l'appel à projets a eu pour objectif d'encourager plus largement des actions précisément définies et ciblées, menées en faveur de l'amélioration de la qualité de vie des malades du cancer ou de leurs proches. Sur les 78 projets reçus, pour un montant total de 2 073 750 €, 27 ont été retenus à hauteur de 377 199 €, qui concernaient les thématiques suivantes :

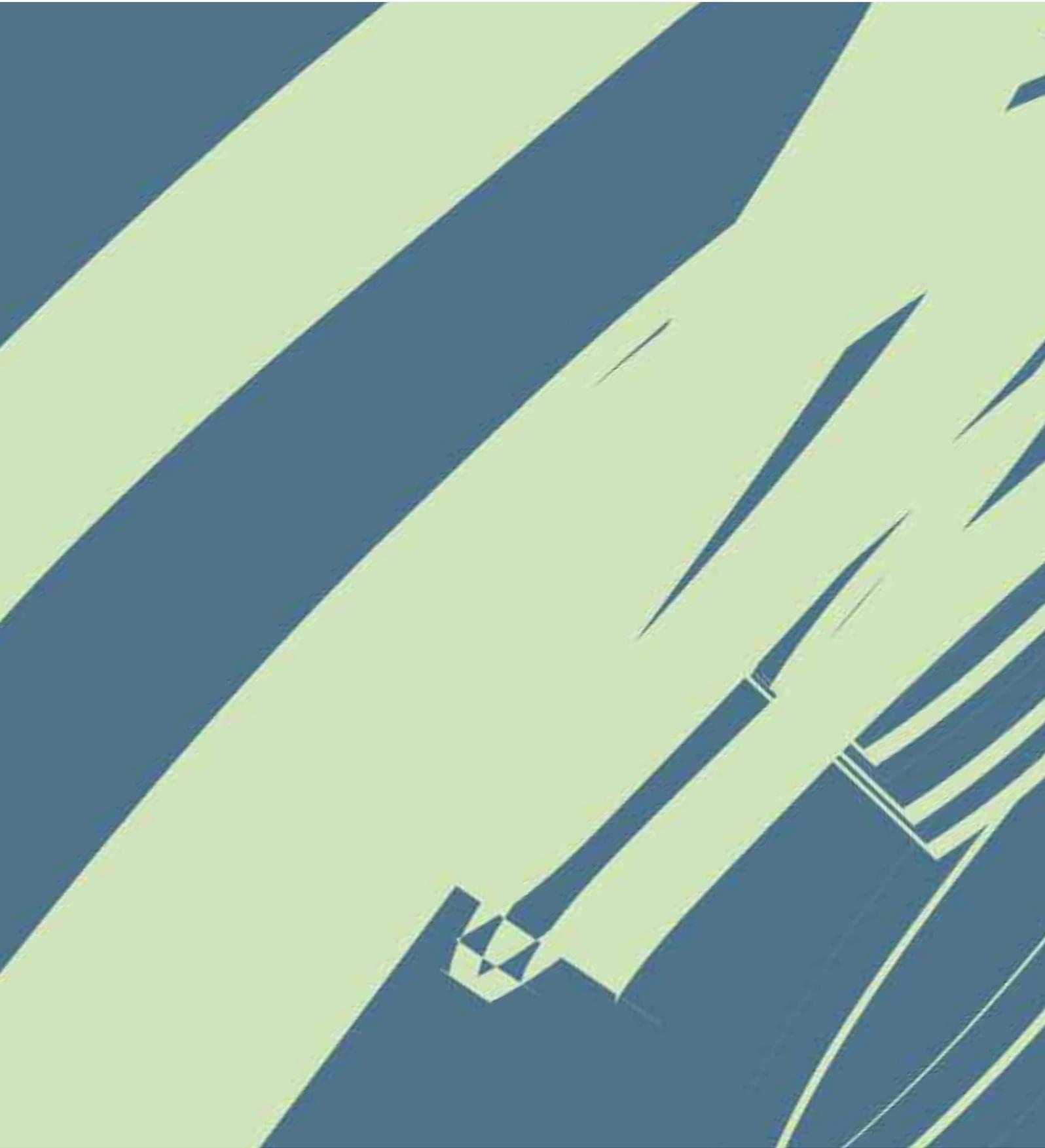
- inégalités et précarité (4 projets) ;
- accompagnement aux malades ou à leurs proches (21 projets) dont 12 concernant la pédiatrie ;
- bien-être (2 projets).



### 5.8. COORDINATION DU PROJET EUROPÉEN CoCanCPG

Depuis 2006, l'INCa est coordonnateur du projet européen CoCanCPG (Coordination of cancer clinical practice guidelines in Europe). Il rassemble 16 partenaires impliqués dans la production de recommandations de pratique clinique en cancérologie. Onze pays y sont représentés : France, Belgique, Canada, Allemagne, Pays-Bas, Hongrie, Italie, Israël, Lituanie, Espagne et Royaume-Uni. Le projet CoCanCPG est majoritairement financé par la DG Recherche de la Commission européenne (6<sup>ème</sup> programme cadre, FP6). Le projet vise à améliorer l'efficacité du transfert des résultats de la recherche vers la pratique clinique en mutualisant les efforts de recherche et de production de recommandations à l'échelle européenne. Durant l'année 2009, l'INCa a organisé la réunion annuelle du projet à Vilnius, un atelier stratégique à Rome et le Symposium de fin de projet CoCanCPG à Paris en novembre 2009. Toutes les activités du projet sont détaillées sur le site internet du projet ([www.cocancpg.eu/](http://www.cocancpg.eu/)).





## 6. L'information des publics

### 6.1. L'INFORMATION DE LA POPULATION GÉNÉRALE

#### 6.1.1. PROMOUVOIR UN NOUVEAU REGARD SUR LES CANCERS

##### Éléments de contexte

L'Institut National du Cancer poursuit son travail visant à changer le regard de la société sur les cancers en donnant à voir une réalité du vécu de cette maladie complexe, douloureuse mais porteuse d'espoir. Une réalité où l'après cancer occupe aujourd'hui une place centrale et constitue un axe essentiel du Plan cancer 2009-2013. Le programme de communication travaillant sur l'image sociale du cancer mené par l'INCa depuis 2007 a pour objectif de faire évoluer l'opinion d'une perception « terrorisée » qui ne veut pas savoir ou qui se nourrit de croyance vers un regard plus optimiste qui intègre la notion de progrès. Un nouveau regard qui pourra permettre de favoriser, d'une part le mieux vivre des personnes touchées par le cancer grâce à une société moins stigmatisante et excluante et, d'autre part, le développement d'attitudes plus ouvertes à la prévention et au dépistage sous l'effet de la réduction du sentiment de peur et de fatalité.

##### L'activité de l'INCa

###### La campagne « Pour un nouveau regard »

Dans le prolongement de la campagne « Nous sommes deux millions de héros ordinaires », l'INCa a redonné la parole à neuf « héros ordinaires ». Forts de leurs expériences personnelles, ces neuf témoins évoquent la maladie dans son rapport au temps, l'après cancer mais aussi le rôle fondamental de l'entourage et de la vie sociale (diffusion des films sur les chaînes hertziennes – TF1, France 2, M6, Canal+ et France 5 – pendant six semaines, en fil rouge le week-end en novembre et décembre 2009).

###### Le module internet « Cancers, il y a des moyens pour agir »

L'INCa a poursuivi la promotion de l'espace d'information généraliste du site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), « Cancers, il y a des moyens pour agir ». Partant des questions telles qu'elles se posent dans la vie quotidienne, cet espace d'information grand public rassemble en un seul lieu toutes les composantes d'une compréhension approfondie des cancers autour des principaux moyens d'agir que sont la prévention, la détection précoce, les soins et la recherche.

###### Mesurer l'évolution des représentations sociales du cancer

L'INCa a participé à l'évolution et à la mise en place d'outils permettant d'observer l'évolution des représentations sociales de la maladie au sein de l'opinion publique et des médias. Les questions sur les représentations sociales du cancer dans l'enquête « Baromètre Cancer » de



##### Axe 5

Vivre pendant et après un cancer : améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion.



##### Mesure 6.3

Réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement et la perception des cancers et des facteurs de risques, notamment un baromètre « cancer ».

#### FAIT MARQUANT 2009

- Neuf « héros ordinaires » évoquent l'après-cancer lors de la campagne télévisée de novembre et décembre.





l'INPES ont été revues afin de pouvoir mieux évaluer les perceptions de la maladie et le ressenti des malades.

Par ailleurs, l'INCa, en partenariat avec un laboratoire de recherche universitaire, a lancé une étude pluriannuelle sur l'observation et l'analyse des représentations sociales du cancer dans le discours médiatique et auprès de l'opinion publique en ligne (forum, blogs...). La première analyse (portant sur les années 2008 et 2009) sera publiée au premier semestre 2010. Ces résultats contribueront à alimenter l'Observatoire sociétal des cancers mis en place par la Ligue nationale contre le cancer, dans le cadre du Plan cancer 2009-2013.

#### Action 14.1

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

#### Action 14.2

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

### FAITS MARQUANTS 2009

■ « Mars bleu », mobilisation contre le cancer colorectal : campagne nationale télévisée et radio, actions ciblées auprès des populations, diffusion d'outils d'information pour les professionnels :

- une campagne qui apprend des choses nouvelles et incite à se faire dépister : 67 % des personnes interrogées non dépistées découvrent à travers la campagne des informations sur la manière de dépister le cancer colorectal. Elles sont 74 % à se déclarer incitées par la campagne à faire le test ;
- on note en 2009 une forte augmentation de la connaissance du test Hémocult® (analyse des selles/test de recherche de sang dans les selles) par les Français : elle passe de 19 % en 2005 à 38,9% en 2009.

### 6.1.2. PROMOUVOIR LES DÉPISTAGES DES CANCERS AUPRÈS DES POPULATIONS CIBLES

#### Le dépistage du cancer colorectal : mars, mois du cancer colorectal

##### Éléments de contexte

Tous les Français âgés de 50 à 74 ans sont maintenant invités tous les deux ans à participer au programme national de dépistage du cancer colorectal. Dans ce contexte, le programme d'information de l'INCa a eu pour objectif en 2009 de contribuer à l'augmentation du taux de participation de la population à ce dépistage. Dans le prolongement des actions entreprises en 2008, l'année 2009 a été marquée par une grande campagne nationale télévisée et radio, des actions ciblées auprès de populations ayant plus de résistance à participer à ce dépistage et la mise à disposition d'outils d'information et d'événements de communication clés en main pour les acteurs de terrain et notamment les structures de gestion.



#### L'activité de l'INCa

##### La campagne nationale

La campagne TV « Le plus souvent, dépisté à temps, un cancer colorectal n'est pas méchant » a été reprise et diffusée du 9 au 29 mars et du 22 août au 14 septembre sur les chaînes hertziennes, une sélection de chaînes de la TNT, du câble et du satellite et des DOM. Le dispositif comprenait également la reprise de la campagne radio « Le GPS » du 21 mars au 7 avril. De plus, pour toucher la population cible (50-74 ans, en particulier masculine), une opération spéciale avec l'Équipe (le quotidien et magazine) a été conçue au début de mois de mars 2009.



**Évaluation :** le post-test a montré que la campagne a bénéficié de scores de mémorisation excellents, 92 % des 50-74 ans se souvenaient spontanément d'une campagne sur le dépistage du cancer colorectal. Devant la radio, le spot TV a largement marqué les esprits (dans le cœur de cible : 81 % de reconnaissance contre 52 % en radio). La campagne entraîne une forte implication des personnes de 50-74 ans. Pour le cœur de cible qui a reconnu la campagne, ils se sentent à 71 % concernés personnellement par le sujet et sont 47 % à en avoir parlé avec leurs proches, dont 23 % avec leur médecin. Enfin, si la campagne est jugée utile et claire par plus de 73 % des sondés cœur de cible, on constate que 67 % des non dépistés y découvrent des informations sur la manière de dépister le cancer colorectal. Ces derniers sont 74 % à se déclarer incités par la campagne à faire le test et à en parler à leur médecin.

#### La tournée d'un camion exposition mobile

Un camion accueillant le public autour d'une exposition et offrant la possibilité d'un échange avec les médecins des structures de gestion a circulé dans 11 départements et sur plus de 20 sites différents en un mois. Dix structures de gestion ont participé à la tournée à l'instar des départements de l'Ariège (taux de participation : 13,6 %), du Vaucluse (11 %), du Val de Marne (20 %) ou de l'Aisne (34 %). Au total, ce dispositif a permis plus de 8 000 contacts avec le public, soit en moyenne plus de 400 personnes sensibilisées par site.

L'objectif des retombées médiatiques a été largement atteint par l'opération. Elle a permis de créer un vrai intérêt sur le sujet à l'échelle départementale et d'augmenter la couverture médiatique du sujet. La presse quotidienne régionale a bien relayé l'information. Enfin, l'événement a permis aux acteurs locaux de fédérer différents interlocuteurs (institutionnels, associatifs, régimes sociaux et professionnels de santé).



#### Le renouvellement des outils de proximité

Les outils de proximité ont été renouvelés et complétés. L'affichette et la carte postale de Mars bleu ont été repiquées avec les logos des partenaires de l'opération (ministère, Assurance maladie, RSI, MSA, Ligue nationale contre le cancer, Comités féminins, Mutualité française). Ils ont été diffusés respectivement à 80 000 et 500 000 exemplaires. De nouveaux outils ont été créés pour les entreprises ou les structures de gestion : des mugs, des jetons de caddie et des vitrophanies.

La diffusion de ces outils a été multipliée par 8 par rapport à 2008.

#### Une mobilisation nationale élargie à de nouveaux acteurs

- **Les parlementaires :** le Sénat a accueilli l'exposition sur le dépistage des cancers entre le 23 et le 27 mars. Gérard Larcher, son président, a inauguré l'exposition en présence d'une vingtaine de sénateurs sensibilisés préalablement par courrier. Derrière Bernard Accoyer, son président, l'Assemblée nationale a été associée à l'opération en ouvrant la Cour d'honneur à l'exposition mobile « Le cancer colorectal et son dépistage » le 31 mars 2009. Les 577 députés en ont été informés par courrier.
- **Les collectivités locales :** élus et agents des collectivités ont été sensibilisés par une annonce dans les trois titres principaux de la presse spécialisée : la Gazette des communes, le Courrier des Maires, Maires de France. Une dizaine de collectivités telles que Montpellier, Soissons, Bondy, Dijon, Aulnay, Compiègne, Reims ont sollicité l'INCa pour recevoir des supports d'information (plus de 1 000 dépliant et 1 500 cartes d'information). Certaines sont allées au-delà en créant un événement autour de l'exposition « Le cancer colorectal et son dépistage ».
- **Les établissements de santé :** parties prenantes dans le dispositif, CHU, CHR et CLCC ont répondu à l'appel de l'INCa. Avec 55 880 dépliant demandés, leurs commandes

représentent 27 % du volume total de dépliants diffusés. Des conférences thématiques ont été organisées au sein des établissements de soin.

- **Les entreprises** : l'opération Mars bleu 2009 a offert l'opportunité de nouer un dialogue durable avec les entreprises. L'objectif est de sensibiliser les salariés aux différents dépistages des cancers. Une vingtaine d'entreprises ont mis en place, dès le mois de mars, des actions d'information de leurs salariés sur le lieu de travail (Renault, Veolia, RATP, Air France, Danone, Crédit agricole, Axa Assurance, La Banque Postale, Carrefour, Galeries Lafayette, L'Oréal...).

### Dépistage du cancer du sein : Octobre Rose

#### Éléments de contexte

Pour la cinquième année consécutive, l'Institut National du Cancer a mis en place, en lien avec le ministère de la santé et des sports et l'Assurance maladie, un dispositif d'information pour inciter les femmes âgées de 50 à 74 ans à participer au dépistage organisé du cancer du sein. L'édition 2009 a mis l'accent sur la qualité du dépistage organisé et l'importance de convaincre les femmes qui se font suivre par ailleurs et celles qui ne font pas de mammographie, à rejoindre le programme national : « Le dépistage organisé, un dépistage de qualité pour toutes les femmes ».

#### L'activité de l'INCa

##### Une campagne dans les medias nationaux

Une campagne à la radio et dans la presse féminine rappelait les qualités du programme national de dépistage en mettant l'accent sur l'âge à partir duquel il est important de se faire dépister et la régularité nécessaire de la démarche.

Les spots radios ont été diffusés du 24 septembre au 27 octobre sur RTL, France Inter, Europe 1, France Bleu, Nostalgie, France Info, RMC et Chérie FM. Cette campagne a été déclinée dans les DOM.

##### Un roman-photo

Un roman-photo a été édité avec pour objectif d'inscrire le dépistage dans une démarche de santé. L'idée était à travers cet outil de lutter contre l'idée selon laquelle le dépistage ne s'adresse qu'à des personnes ayant des symptômes et se sentant malades. Le roman-photo permet aussi de montrer en images les différentes étapes du dépistage et de dédramatiser l'examen. Il a été imprimé à 2 millions d'exemplaires et a été encarté dans le magazine *Version Fémina* diffusé dans les départements où le taux de participation au dépistage organisé est le plus faible.

##### Un partenariat exceptionnel avec la série TV « Plus Belle la vie »

L'Institut a souhaité à travers ce partenariat, impliquer des femmes connues, particulièrement appréciées de la cible des femmes de plus de 50 ans. Quatre messages radio enregistrés par les comédiennes ont



#### Action 14.1

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

#### Action 14.2

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

### FAITS MARQUANTS 2009

- « Octobre rose », mobilisation pour le dépistage du cancer du sein : une campagne nationale qui met l'accent sur la qualité du dépistage organisé :
  - les femmes de catégories socioprofessionnelles les moins favorisées sont plus nombreuses à parler de la campagne autour d'elles (69 % versus 64% de l'ensemble des femmes), notamment avec leur médecin ou un professionnel de santé (44 %) ;
  - les modalités de dépistage organisé (choix du radiologue ou double lecture de la mammographie) sont mieux connues en 2009 : 89 % des femmes interviewées déclarent que le dispositif permet de choisir son radiologue contre 82 % en 2008 (+ 7 points), 76 % d'entre elles connaissent la double lecture, contre 71 % en 2008 (+ 5 points).

été diffusés sur RTL et Nostalgie du 26 septembre au 27 octobre, une affichette et une carte postale avec les photos des comédiennes incitant au dépistage ont été diffusées aux acteurs locaux.

#### Des actions ciblées en direction des femmes d'origine étrangère

Ces femmes peuvent avoir des difficultés d'accès au dépistage pour des raisons culturelles ou socio-économiques. Afin de s'adresser à elles de façon adaptée, l'INCa a noué un partenariat avec les principales radios de la diversité (Africa n°1, Beur FM, Radio Orient). Des messages de sensibilisation en français et en arabe conçus avec les animateurs ont été diffusés à l'antenne et des émissions en direct ont été organisées pour répondre aux questions des femmes.

Un dépliant d'information a été également réalisé en lien avec des associations intervenant auprès des populations étrangères. Il explique en six langues l'importance du dépistage du cancer du sein.

**Évaluation de ces actions :** les études post-test réalisées ont permis d'évaluer l'impact, la compréhension et le caractère incitatif des éléments de la campagne auprès des femmes de 50-74 ans en général, et d'un échantillon de femmes appartenant aux catégories socioprofessionnelles les moins favorisées dont on sait qu'elles pratiquent moins le dépistage.

Les résultats montrent que le programme de communication a eu un impact fort puisque 70 % des femmes de 50 à 74 ans et 71 % des femmes appartenant aux catégories socioprofessionnelles moins favorisées ont reconnu au moins un élément de la campagne. C'est un score de reconnaissance au-dessus des standards qui montre que la campagne a bien touché ces deux populations.

Pour plus de 9 femmes sur 10, cette campagne montre que le dépistage du cancer du sein doit être fait régulièrement (96 %), donne une image positive du dépistage organisé (92 %), informe sur la qualité du dépistage organisé (86 %). C'est une campagne qui incite à se faire dépister dans le cadre du dépistage organisé (80 %). Les femmes appartenant aux catégories socioprofessionnelles moins favorisées sont plus nombreuses à en parler autour d'elles (69 % des femmes appartenant aux catégories socioprofessionnelles moins favorisées/64 % de l'ensemble des femmes), notamment avec leur médecin ou un professionnel de santé (44 %).

Le post-test révèle également que les modalités du dépistage sont mieux connues qu'en 2008 (choix du radiologue ou double lecture de la mammographie) : les femmes interviewées étaient déjà 82 % en 2008 à déclarer que le dispositif permet de choisir son radiologue et en 2009, elles sont 89 % à le citer, soit une augmentation de 7 points. De plus, 76 % d'entre elles connaissent la double lecture effectuée dans le cadre de ce dispositif contre 71 % en 2008 (soit une augmentation de 5 points).

Une attention particulière a été portée au partenariat avec la série « Plus Belle la vie » et au roman-photo dans le cadre de cette évaluation. On constate que l'agrément global du partenariat avec la série « Plus belle la vie » est élevé (80 %), mais que peu de femmes de 50 à 74 ans l'ont apprécié fortement (22 %). L'intérêt d'avoir recours à des actrices connues pour promouvoir le dépistage n'est donc pas plébiscité par les femmes. Par contre, les femmes qui ont vu le roman-photo sont 80 % à l'avoir apprécié et au global une femme sur deux considère que le roman-photo est mieux qu'une brochure classique pour donner des informations en matière de santé. Les femmes appartenant aux catégories socioprofessionnelles moins favorisées se démarquent avec une adhésion encore plus importante.



Plan  
cancer**Action 14.1**

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

Plan  
cancer**Action 6.3**

Réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement et la perception des cancers et des facteurs de risques, notamment un baromètre cancers.

« Les Français face au dépistage des cancers » : une enquête barométrique pour mieux comprendre les opinions, attitudes et comportements des Français à l'égard du dépistage.

**Éléments de contexte**

Dans le cadre de sa mission d'information des publics sur le dépistage des cancers, l'Institut National du Cancer a mis en place une enquête barométrique afin de mieux comprendre les attitudes, opinions, connaissances et pratiques déclarées des Français par rapport au dépistage des cancers.

**L'activité de l'INCa**

Faisant suite à une première enquête (novembre-décembre 2005) menée pour l'évaluation des effets d'une grande campagne nationale, l'enquête a été reprise en février 2009<sup>36</sup> sur la base d'un questionnaire complété afin de prendre en compte notamment les évolutions organisationnelles intervenues depuis 2005 sur les dépistages des cancers.



Publiés dans la collection « Enquêtes et sondages » de l'INCa, les résultats constituent le point 2 de l'étude barométrique que l'INCa souhaite renouveler tous les deux ans. Cette étude vient compléter des études existantes, l'étude sur les facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal de l'InVS, le Baromètre Cancer de l'INPES ou encore l'enquête EDIFICE du laboratoire pharmaceutique Roche.

Plan  
cancer**Action 17.2**

Améliorer la détection précoce des cancers de la peau.

**Détection précoce des cancers de la peau**

Le dépliant d'information sur la détection précoce du mélanome a été refondu afin de permettre une meilleure identification des sujets à risque (sous l'angle « comment savoir si je suis à risque ») et des lésions suspectes devant conduire à consulter (diffusion des critères de la règle ABCDE). Ce dépliant a été diffusé à 50 000 exemplaires à l'occasion de la Journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau, organisée par le Syndicat national des dermatologues-vénéréologues (SNDV) le 28 mai 2009.

Plan  
cancer**Action 19.5**

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

**6.2. L'INFORMATION DES MALADES ET DES PROCHES****6.2.1. CANCER INFO, LA PLATEFORME DE RÉFÉRENCE SUR LES CANCERS****Éléments de contexte**

Le programme d'information des malades et des proches s'inscrit dans la mise en œuvre de l'action 19.5 du Plan cancer 2009-2013. Ce programme se matérialise à travers Cancer info, la plateforme d'information médicale et sociale de référence sur les cancers, destinée aux patients et à leurs proches. Cancer info a pour objectif de leur faciliter l'accès à une information validée et à jour aux plans scientifique, médical et réglementaire.

36. Méthodologie de l'enquête : enquête par téléphone auprès d'un échantillon de 1 013 personnes, représentatif de la population française âgée de 25 ans et plus. Les interviews ont été réalisées du 19 au 23 janvier 2009 et du 20 au 21 février 2009. L'échantillon a été construit selon la méthode des quotas appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle.

## L'activité de l'INCa

### Finalisation de la méthodologie d'élaboration des contenus de Cancer info

La méthodologie d'élaboration des contenus de Cancer info est déterminante pour faire de Cancer info un point de référence au sein d'un environnement informationnel dense et souvent confus, ainsi qu'un outil relationnel entre le patient et l'équipe médicale qui le prend en charge. Elle dicte de la même façon l'élaboration des dossiers destinés à être mis en ligne sur internet et les guides destinés à être imprimés.

Il s'agit d'une méthodologie pluridisciplinaire associant des professionnels de santé et des usagers, conçue conformément au guide méthodologique de l'HAS *Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé*. Elle utilise en priorité les données publiées ou validées par l'INCa avec pour volonté de promouvoir une information patients en miroir de l'information destinée aux spécialistes.

### Mise en ligne de la rubrique internet dédiée aux malades et aux proches sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

La rubrique Cancer info a été mise en ligne sur le site de l'INCa mi-novembre 2009. Elle est conçue pour être conforme, comme l'ensemble du site de l'INCa, aux principes HAS-HonCode concernant les sites d'information en santé.

Elle s'organise en quatre onglets regroupant des dossiers constitués de fiches :

- les cancers : dossiers complets par pathologie. Publications 2009 : les cancers du poumon, les cancers de l'enfant, qu'est-ce qu'un cancer ?
- pendant les traitements : dossiers transversaux explicitant les modalités de traitement, l'organisation des soins en cancérologie, les démarches administratives et les droits sociaux, etc. Publications 2009 : la chirurgie, les cancers professionnels, la chute des cheveux, démarches sociales, droits des malades, etc.
- après les traitements : dossiers transversaux sur la vie après un cancer (retour au travail, droit à l'emprunt et l'assurance, etc.). Publications 2009 : reprendre le travail, prêts et assurances, après le décès d'un proche, etc.
- ressources pratiques : coordonnées des associations, des espaces d'information, des vendeurs signataires de la charte de perruquiers, etc.

Sont également accessibles un dictionnaire des mots du cancer en cours de développement et le registre des essais cliniques de l'INCa.

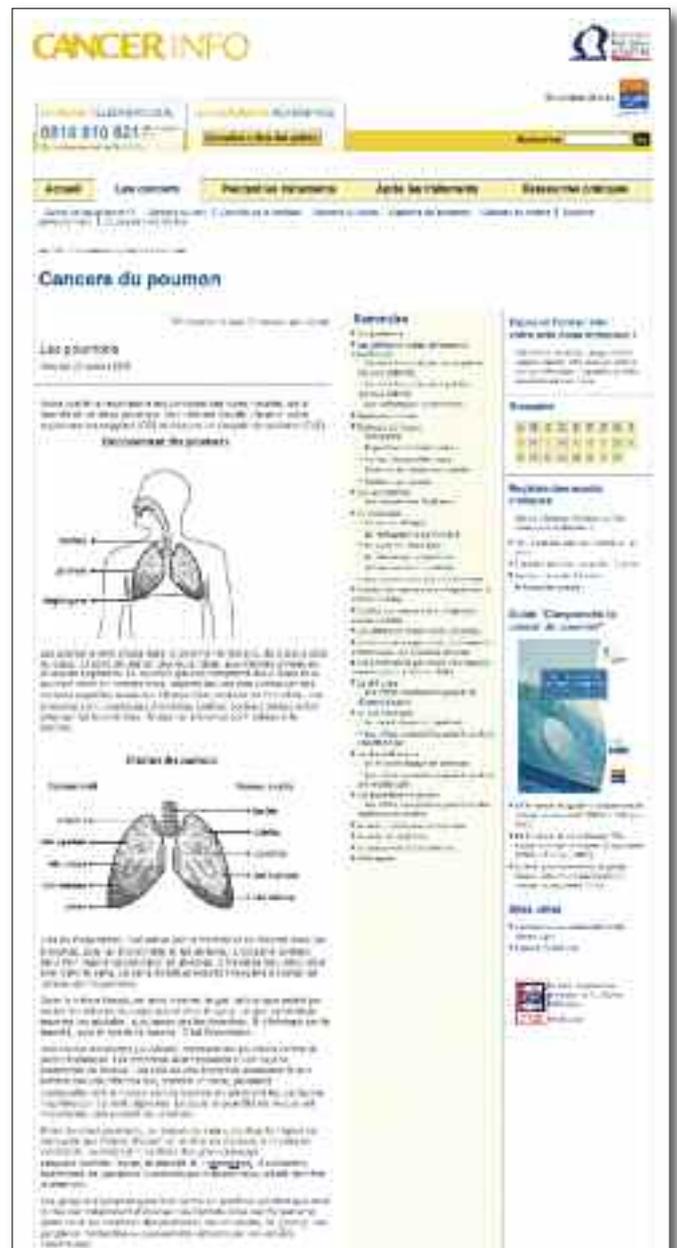
Plus de 500 pages ont été publiées sur internet de mi-novembre à fin décembre 2009. Au total, plus de 53 000 pages ont été vues au cours de cette même période, et ce en l'absence de toute promotion. La mise en ligne a été précédée d'une phase test auprès des équipes de l'INCa et d'une sélection de partenaires du projet ayant permis de valider l'ergonomie globale du site et la simplicité des modes de navigation.

### Publication de guides d'information destinés aux patients

Complémentaires des dossiers internet, les guides d'information Cancer info remplacent progressivement les guides SOR Savoir Patient et ont vocation à être remis aux patients à des moments clés du parcours de soins.

## FAIT MARQUANT 2009

- Mise en ligne de la rubrique Cancer info, nouvel espace d'information pour les malades et leurs proches, sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), en novembre 2009.

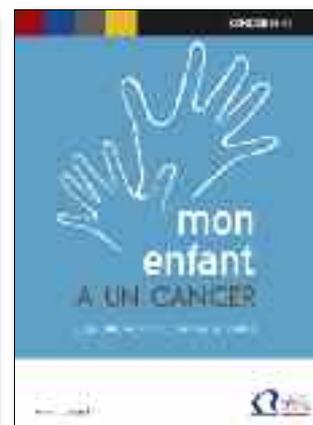


**FAITS MARQUANTS 2009**

- Publication de trois guides Cancer info : *Démarches sociales et cancer*, *Mon enfant a un cancer*, *Comprendre la radiothérapie*.
- Diffusion de 68 460 guides d'information pour les patients, en grande majorité dans les établissements de santé.

La collection comprend :

- des guides par pathologie, destinés à être proposés lors d'une des consultations du dispositif d'annonce. Ont ainsi été développés en 2009 pour édition en 2010 : *Les traitements du cancer du côlon*, *Les traitements du cancer du poumon*, *Les traitements du cancer de la prostate*, *Les traitements du cancer du sein* ;
- des guides transversaux sur les modalités de traitement, les conséquences de la maladie, ou consacrés à une population spécifique. Sont ainsi parus en 2009 : *Comprendre la radiothérapie*, *Démarches sociales et cancer* et *Mon enfant a un cancer*.

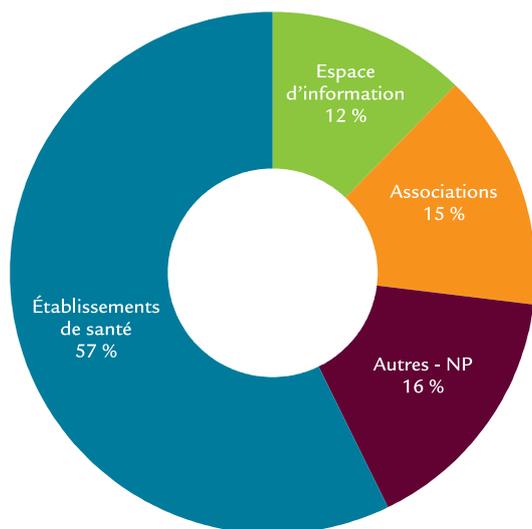

**TABLEAU 10. DOCUMENTS ÉDITÉS ET RÉÉDITÉS EN 2009**

Documents	Nombre d'exemplaires diffusés	Nombre de consultations sur <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a>
Traitements du cancer et chute des cheveux (Cancer info)	11 251	5 155
Comprendre la chimiothérapie (SOR Savoir Patient)	7 696	1 882
Démarches sociales et cancer (Cancer info)	7 224	968
La radiothérapie	5 746	115
Vivre pendant et après un cancer (SOR Savoir Patient)	5 293	62
Comprendre le cancer du sein (SOR Savoir Patient)	5 267	443
Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (SOR Savoir Patient)	3 892	-
Fatigue et cancer (SOR Savoir Patient)	3 162	-
Comprendre le cancer de la prostate (SOR Savoir Patient)	2 811	-
Comprendre le cancer du poumon (SOR Savoir Patient)	2 535	-
Douleur et cancer (SOR Savoir Patient)	2 322	141
Comprendre la radiothérapie (Cancer info)	2 718	1 246
Mon enfant a un cancer (Cancer info)	2 185	366
Essais cliniques en cancérologie	2 061	135
Comprendre le mélanome de la peau (SOR Savoir Patient)	1 860	913
Comprendre la nutrition entérale (SOR Savoir Patient)	1 601	83
Comprendre le cancer de l'ovaire (SOR Savoir Patient)	695	114
Comprendre le néphroblastome (SOR Savoir Patient)	140	75
<b>Total</b>	<b>68 459</b>	<b>-</b>

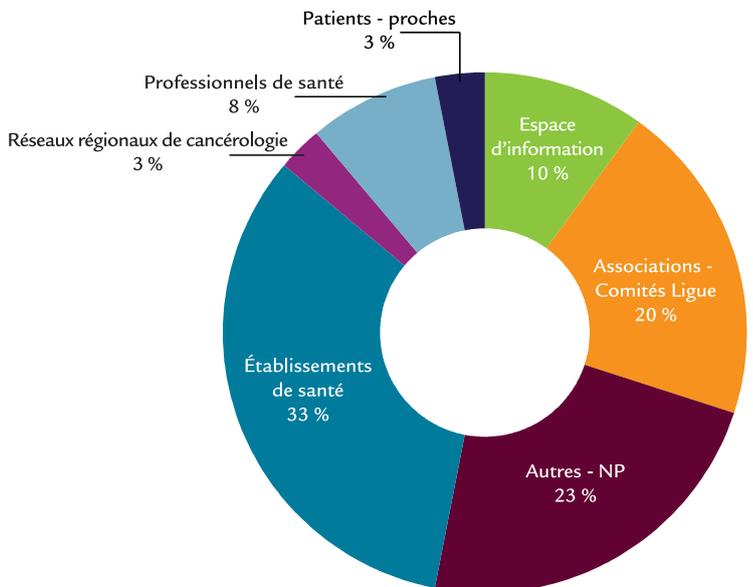
Au total en 2009, les guides patients (guides SOR et guides Cancer info confondus) ont été diffusés à 68 460 exemplaires. Le choix d'une mise à disposition gratuite (les guides SOR étaient auparavant payants pour les organismes qui en faisaient la demande et gratuits pour les patients), la progression de la notoriété de l'INCa et la mise en place d'un outil de commande en ligne à partir d'octobre 2009 ont favorisé une accélération de la demande au 3<sup>ème</sup> trimestre.

Pour un tiers, ce sont les établissements de santé qui commandent les guides patients, suivis par les associations (dont notamment les comités de la Ligue nationale contre le cancer). Viennent ensuite les espaces d'information tels que les ERI (Espaces rencontre information) ou les kiosques d'information sur les cancers, les professionnels de santé, les réseaux régionaux de cancérologie et les patients.

■ FIG. 25 : RÉPARTITION DES COMMANDES DE GUIDES CANCER INFO PAR TYPE DE PUBLIC, JANVIER-SEPTEMBRE 2009



■ FIG. 26 : RÉPARTITION DES COMMANDES DE GUIDES CANCER INFO PAR TYPE DE PUBLIC, OCTOBRE-DÉCEMBRE 2009



L'INCa a par ailleurs collaboré en 2009 avec la HAS afin d'établir la structure type des guides ALD patients sur les cancers. Au sein du format imposé (8 pages), les objectifs sont d'optimiser la valeur informative du document et de restituer au mieux les spécificités de la prise en charge des cancers. *In fine*, il s'agit de mettre à la disposition des patients deux documents qui se complètent :

- le guide ALD, 8 pages, remis en ville par le médecin traitant à l'occasion de la mise en ALD, une information synthétique sur la maladie et sa prise en charge ;
- le guide Cancer info, 50 pages, remis au sein de l'établissement de santé au cours d'une consultation du dispositif d'annonce, une information détaillée sur la prise en charge médicale pendant la phase aiguë des traitements.

#### Un partenariat avec les associations

Une convention de partenariat, dont l'objet est de développer l'accès à Cancer info, a été signée en octobre 2009 entre l'Institut National du Cancer et la Ligue nationale contre le cancer. L'INCa a par ailleurs souhaité associer à Cancer info d'autres associations de malades ou d'usagers elles-mêmes impliquées dans l'information sur les cancers *via* :

- une réunion de concertation organisée le 31 mars 2009, à laquelle ont participé 35 associations ;



**FAIT MARQUANT 2009**

- Financement de 42 centres de radiothérapie pour la mise en place de dispositifs d'information des patients et des proches utilisant la plateforme Cancer info.

- un cadre de partenariat formalisé et proposé à toutes les associations désireuses d'être impliquées dans le développement de Cancer info ;
- une lettre d'information électronique conçue et diffusée pour la première fois en décembre 2009 à 130 contacts.


**Des espaces d'information dans les centres de radiothérapie**

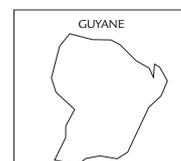
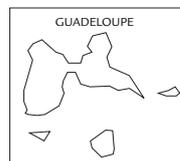
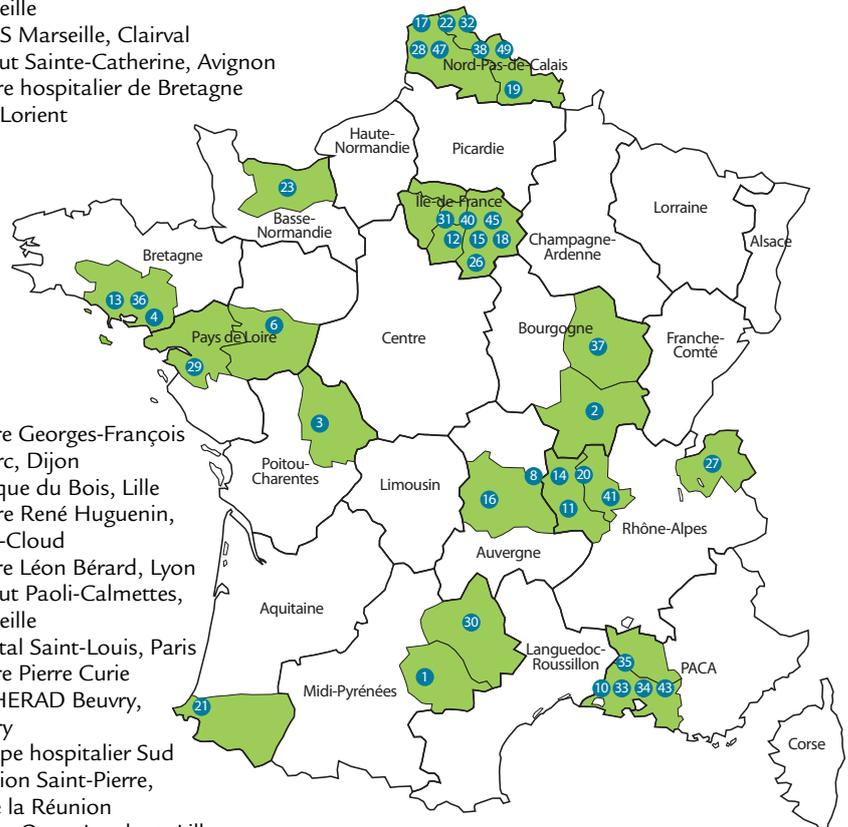
Pour favoriser la mise en place de dispositifs d'information en accès libre à destination des patients et des proches dans des établissements de santé, l'INCa a ouvert fin 2008 un appel à projets pilote pour les centres et services de radiothérapie (176 en France), dans lesquels une grande majorité des malades sont amenés à recevoir un traitement. Quarante-neuf dossiers de candidatures ont été déposés dans les

**FIG. 27 : APPELS À PROJETS CANCER INFO RELAIS, CARTOGRAPHIE DES CANDIDATURES RETENUES**

- 1. SCP Albi
- 2. SORAM Mâcon
- 3. CHU Poitiers
- 4. Pôle hospitalier mutualiste Saint-Nazaire
- 6. Centre Paul Papin Angers
- 8. Centre de radiothérapie Villeurbanne
- 9. Clinique Sainte-Clotilde, Ile de la Réunion
- 10. AP-HM Marseille
- 11. Institut de cancérologie de la Loire Saint-Priest-en-Jarez
- 12. Hôpital privé des Peupliers, Paris
- 13. Centre d'Oncologie Saint-Yves, Vannes
- 14. IRIDIS, Lyon
- 15. Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris
- 16. Unité de radiothérapie Centre République, Clermont-Ferrand
- 17. IRIDIS Nord Croix
- 18. Hôpital Henri-Mondor, Créteil
- 19. Cabinet radiologique des Dentellières, Valenciennes
- 20. IRIDIS Lyon - Mermoz
- 21. Centre d'oncologie et de radiothérapie de haute énergie du Pays Basque, Bayonne
- 22. IRIDIS Nord - Dunkerque
- 23. Centre François Baclesse, Caen
- 24. Centre Hospitalier Universitaire de Fort de France
- 26. Centre de radiothérapie de Ris-Orangis
- 27. SERA Contamine-sur-Arve
- 28. Centre Joliot-Curie, Saint-Martin-Boulogne
- 29. Centre René Gauducheau, Saint-herblain
- 30. Centre hospitalier de Rodez
- 31. Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris

- 32. Centre Gray Maubeuge
- 33. Centre Radiothérapie Beauregard, Marseille
- 34. IRIDIS Marseille, Clairval
- 35. Institut Sainte-Catherine, Avignon
- 36. Centre hospitalier de Bretagne Sud, Lorient

- 37. Centre Georges-François Leclerc, Dijon
- 38. Clinique du Bois, Lille
- 40. Centre René Huguenin, Saint-Cloud
- 41. Centre Léon Bérard, Lyon
- 43. Institut Paoli-Calmettes, Marseille
- 45. Hôpital Saint-Louis, Paris
- 47. Centre Pierre Curie ARATHERAD Beuvry, Beuvry
- 48. Groupe hospitalier Sud Réunion Saint-Pierre, Île de la Réunion
- 49. Centre Oscar Lambret, Lille



délais impartis, et 42 ont été retenus par les membres du comité d'évaluation : 3 CHU (7 % des dossiers financés), 4 AP-HP (10 % des dossiers financés), 1 AP-HM (2 % des dossiers financés), 2 CH (5 % des dossiers financés), 8 Centres de lutte contre le cancer (19 % des dossiers financés), 24 établissements privés (57 % des dossiers financés).

Ces 42 sites de radiothérapie financés en 2009 sont répartis dans 12 régions (Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Île-de-France, Bretagne, Pays de la Loire, Bourgogne, Poitou-Charentes, Auvergne, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes) et 2 départements d'outre-mer (île de La Réunion, Martinique). Les 7 cancéropoles sont représentés à travers les 42 candidatures retenues.

En 2009, outre la mise en œuvre de l'appel à projets 2008, l'INCa a relancé un second appel à projets afin de permettre aux centres de radiothérapie qui n'auraient pas pu répondre au premier de soumettre un dossier.

Ces expérimentations seront évaluées afin d'en analyser la pertinence et d'envisager les modalités d'un déploiement national au sein des établissements de santé autorisés à pratiquer les traitements du cancer, que ce soit par radiothérapie, chirurgie ou chimiothérapie.

#### Le développement de la ligne téléphonique

Le service téléphonique proposé par l'Institut National du Cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer est accessible au 0810 810 821 (prix d'un appel local), du lundi au samedi de 9 heures à 19 heures. Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond aux questions d'ordre pratique, médical ou social et oriente les appelants vers des ressources complémentaires. La ligne permet également d'accéder à deux services proposés par la Ligue nationale contre le cancer : un service d'écoute animé par des psychologues (transfert direct) et une permanence juridique animée par des avocats (prise de rendez-vous).

En 2009, la ligne téléphonique a été repositionnée comme un des trois vecteurs d'accès à la plateforme d'information, complémentaire du site internet et des guides d'information. De Cancer info service, elle est à ce titre rebaptisée ligne téléphonique Cancer info.

Aucune promotion de la ligne téléphonique n'a été effectuée en 2009, année de transition.

Dans ce contexte, 14 608 appels ont été reçus au total de janvier à décembre, soit en moyenne 47 appels par jour ouvré. Sept appelants sur dix sont des femmes.

Douze séances de formations sur les cancers ont été dispensées aux répondants qui voient, par ailleurs, leurs bases de connaissances usuelles complétées par la base Cancer info. La supervision psychologique mensuelle, la réunion d'équipe mensuelle et les debriefs hebdomadaires individuels sur appels ont été poursuivis.

Enfin, le marché avec le prestataire gestionnaire de la ligne arrivant à échéance en octobre 2010, la procédure d'appel d'offres a été préparée en 2009 avec la rédaction du cahier des charges.

#### Des supports de promotion de la plateforme

Une identité graphique, une signature et des outils de communication ont été conçus et réalisés en 2009 afin de préparer la promotion de la plateforme Cancer info auprès des relais d'opinion (associations, professionnels de santé, institutions partenaires, etc.) prévue pour 2010.

Cancer info est choisi comme nom de marque unique pour désigner la plateforme, et des pictogrammes permettent une identification instantanée des trois vecteurs d'accès : le télé-

#### FAIT MARQUANT 2009

- 14 608 appels reçus sur la ligne téléphonique Cancer info.



phone, internet et les guides. La signature « toute l'info de référence sur les cancers » qualifie la nature référentielle de l'information proposée. Les outils suivants sont réalisés : une plaquette de présentation (4 pages), des cartes de visite, une affichette, un kakémono, une vitrophanie pour habiller borne ou présentoir.



La plateforme Cancer info a par ailleurs fait l'objet de présentations orales à l'ISQua (13/10/2009), lors des 2<sup>èmes</sup> rencontres de Haute-Normandie en cancérologie (20/11/2009), et dans le cadre des Rencontres de la cancérologie française (15/12/2009).

### 6.3. L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

#### Éléments de contexte

L'INCa a développé une stratégie d'information à destination des professionnels de santé, définie autour de trois grands principes, repris dans chacune des actions mises en place en 2009 :

- s'inscrire dans les objectifs fixés par le Plan cancer 2009-2013 ;
- s'appuyer sur des partenaires reconnus par les professionnels de santé (organisations professionnelles et sociétés savantes, caisses nationales d'assurance maladie) ;
- privilégier une approche pluridisciplinaire en s'adressant aux différents professionnels de santé parallèlement, mais en adaptant le message aux attentes, aux besoins et aux pratiques de chacun d'eux.

## L'activité de l'INCa

### 6.3.1. S'APPUYER SUR LES PARTENAIRES RECONNUS PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le cancer du col de l'utérus : conformément aux actions 13.1 et 16.5 du Plan cancer 2009-2013, visant à lutter contre les cancers d'origine infectieuse et à accompagner la vaccination HPV dans le cadre d'une stratégie intégrée de lutte contre le cancer du col de l'utérus, une action d'information a été développée, en partenariat avec le Cespharm (Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française de l'Ordre des pharmaciens), pour informer et mobiliser les pharmaciens d'officine qui peuvent, à l'occasion de la délivrance d'un vaccin, conseiller les femmes.

Dans ce cadre, un courrier cosigné par le Cespharm et l'INCa leur a été adressé avec un kit d'information comprenant 4 exemplaires d'une fiche synthétique recto/verso (pour le pharmacien d'officine et son équipe) ; 1 affichette d'information grand public et 10 dépliant d'information grand public.



Le cancer du sein : afin d'augmenter l'implication des médecins traitants dans les programmes de dépistage organisé (action 16.1 du Plan cancer), de favoriser l'adhésion et la fidélisation des populations concernées, de réduire les écarts de participation et les inégalités d'accès aux dispositifs existants (actions 14.1 et 14.2 du Plan cancer), des actions d'information ont été menées à destination des gynécologues, des médecins traitants et des pharmaciens :

- Pour les gynécologues, acteurs majeurs du dépistage du cancer du sein, l'INCa, en partenariat étroit avec le Syndicat des gynécologues obstétriciens de France (SYNGOF) a réalisé et adressé une plaquette d'information (4 pages) sur le dépistage organisé du cancer du sein à destination des 7 500 gynécologues obstétriciens de France en octobre 2009. L'objectif était de montrer concrètement aux gynécologues comment ils pouvaient prescrire un dépistage dans le cadre du dépistage organisé. Sur un échantillon de 602 gynécologues : l'analyse des résultats montre que 37 % des gynécologues se souviennent avoir reçu ce document ; et parmi eux, 33 % se sentent, à la suite de la lecture de ce document, plus enclins à prescrire une mammographie dans le cadre du dépistage organisé (Étude sur l'impact du mailing envoyé aux gynécologues, octobre 2009. INCa/BVA).
- Pour les médecins traitants, un document d'information spécifique (6 pages) a été adressé en 70 000 exemplaires, encarté dans le Bulletin du conseil national de l'ordre des médecins (octobre 2009) pour les inciter à aborder la question du dépistage avec leurs patientes.



#### Action 13.1

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



#### Action 16.5

Développer des actions d'information à destination des professionnels de santé accompagnant la vaccination HPV.

### FAIT MARQUANT 2009

■ 22 000 kits d'information sur les recommandations en matière de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus (vaccination et frottis) diffusés auprès des pharmaciens d'officine (en partenariat avec le Cespharm).



#### Action 14.1

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



#### Action 14.2

Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage.



#### Action 16.1

Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers (socio-économiques, culturelles et territoriales).



**FAITS MARQUANTS 2009**

- 70 000 plaquettes diffusées aux médecins traitants, sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein (en partenariat avec le Cespharm), 7 500 aux gynécologues (avec le SYNGOF, Syndicat national des gynécologues obstétriciens) et 2 500 aux pharmaciens (avec le Cespharm).
- Sur le dépistage du cancer du sein après envoi des documents d'information aux professionnels de santé : à la suite de la lecture du document d'information, 33 % des gynécologues se sentent plus enclins à prescrire une mammographie dans le cadre du dépistage organisé ; 70% des pharmaciens disent qu'après avoir lu ce document, ils parleront davantage de ce dépistage à leurs clientes.

- Pour les pharmaciens, acteurs de santé de proximité, l'INCa, en partenariat avec le Cespharm, a adressé un kit d'information en direction de l'ensemble des 22 000 officines (octobre 2009), avec la possibilité de commander des documents complémentaires sur le site internet du Cespharm. Sur un échantillon de 601 pharmaciens, l'analyse des résultats montre que près d'un pharmacien sur deux se souvient avoir reçu ces documents ; et parmi ces pharmaciens, 70 % estiment qu'après cet envoi, ils parleront davantage de ce dépistage à leurs clientes. À noter que 90 % des pharmaciens interrogés ont disposé les dépliants d'information dans leur officine (Étude sur l'impact du mailing envoyé aux pharmaciens, octobre 2009. INCa/BVA).

**Le cancer colorectal** : dans le cadre de l'action 16.1 du Plan cancer, visant à augmenter l'implication des médecins traitants dans les programmes de dépistage organisés, et à favoriser l'engagement des populations ciblées dans ces dépistages (actions 14.1 et 14.2), une action d'information a été menée en partenariat avec l'Assurance maladie.

Préparée en 2009, une opération impliquant les délégués de l'Assurance maladie (DAM) se déroulera en 2010. Chacun des 45 000 médecins traitants recevra une visite de l'un de ces délégués, ciblée sur la thématique des programmes de dépistage organisés et notamment sur le dépistage du cancer colorectal. Les outils qui seront remis aux médecins traitants lors de ces visites ont été coréalisés par la CNAMTS et l'INCa.

Les liens créés avec ces partenaires sont pérennes et plusieurs actions communes ont déjà été décidées pour l'année 2010. Par ailleurs, ce principe qui consiste à s'appuyer sur des acteurs reconnus par les professionnels de santé a permis d'étendre encore la liste des partenaires avec lesquels l'INCa travaillera en 2010 : le Collège national des généralistes enseignants, le Collège national des gynécologues obstétriciens de France, le Conseil national de l'ordre des sages femmes, la Fédération nationale des médecins radiologues.

**Plan cancer**  
**Action 14.1**

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

**Plan cancer**  
**Action 14.2**

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

**Plan cancer**  
**Action 16.1**

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

**6.3.2. PRIVILÉGIER UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE : S'ADRESSER AUX DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARALLÈLEMENT, MAIS EN ADAPTANT LE MESSAGE AUX ATTENTES, AUX BESOINS ET AUX PRATIQUES DE CHACUN D'EUX**

Pour chaque campagne nationale d'incitation aux dépistages organisés et à la prévention du cancer du col de l'utérus, des outils d'information adaptés aux pratiques ont été conçus et diffusés (actions 14.1 et 14.2, action 16.1 du Plan cancer). Cette volonté s'est pleinement exprimée lors de la campagne sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein au cours de laquelle trois documents spécifiques ont été réalisés pour les médecins traitants, les gynécologues et les pharmaciens (octobre 2009).



Ce document a fait l'objet de 56 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).



Ce document a fait l'objet de 333 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).



Ce document a fait l'objet de 209 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

### 6.3.3. PRÉPARATION DE LA STRATÉGIE D'IMPLÉMENTATION DE LA PLATEFORME CANCER INFO AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Pour accompagner le dispositif d'information destiné aux malades et aux proches et impliquer les professionnels comme « prescripteurs » de la plateforme d'information Cancer info (action 19.5 du Plan cancer), l'INCa a élaboré une stratégie d'implémentation de la plateforme auprès de plusieurs catégories de personnels de santé et prioritairement les personnels impliqués dans la prise en charge hospitalière des malades. Cette stratégie, définie avec la Ligue nationale contre le cancer, partenaire de la plateforme Cancer info, se déploiera tout au long de l'année 2010.

### 6.3.4. RÉFLEXION SUR LA FAÇON DE MIEUX FAIRE CONNAÎTRE ET RENDRE ACCESSIBLES LES RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS PRODUITS, NOTAMMENT POUR LES MÉDECINS TRAITANTS

L'INCa élabore des recommandations de prise en charge à destination notamment des médecins traitants (guide ALD Médecins traitants) en partenariat avec la HAS et des référentiels de bon usage du médicament en lien avec l'Afssaps. Ces recommandations sont disponibles sur les sites de l'INCa ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)) et de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)), mais l'objectif est de mieux les faire connaître afin que les médecins les utilisent dans leur pratique. Une réflexion s'est donc engagée en 2009 sur les différents moyens et canaux de diffusion à privilégier pour atteindre cet objectif.

## 6.4. RENFORCER LA VISIBILITÉ DES THÉMATIQUES CANCERS

En 2009, l'INCa a renforcé ses outils de communication afin de donner davantage de visibilité aux actions de lutte contre le cancer et de diffuser plus largement ses travaux d'expertise auprès des chercheurs, des professionnels de santé, de la presse, des patients et du grand public.

L'accompagnement de la préparation du nouveau Plan cancer, le lancement des Rencontres de l'INCa, la professionnalisation et la mise en place de nouveaux outils de pilotage de l'activité diffusion (catalogue et outil de commande en ligne des publications), l'enrichissement des contenus du site internet, le lancement d'une lettre électronique de l'INCa constituent quelques faits marquants de l'année.

### 6.4.1. INSTALLER L'INCA DANS UNE POSITION DE RÉFÉRENT « CANCER » POUR LA PRESSE

Pour donner de la visibilité à ses actions et aux temps forts de la lutte contre le cancer en France, l'INCa a produit en 2009, 31 communiqués de presse et 18 dossiers de presse et organisé ou co-organisé 13 conférences ou points presse. Il a également répondu à de très nombreuses demandes d'information de la presse.

Ces différentes actions se sont traduites par plus de 1 650 retombées presse, radio et TV (hors blogs), dont environ 250 interviews radio et TV. Les sujets autour du Plan cancer et de la santé publique ont été les plus traités. Sur les quatre derniers mois de 2009, l'INCa et les actions menées ont généré 900 articles sur les sites internet et les blogs. L'INCa a conforté son positionnement sur les sujets concernant la recherche et les soins. Par ailleurs, sur des thématiques qui suscitent encore des interrogations comme la mammographie avant 50 ans, le dépistage du cancer de la prostate, le coût des molécules, les liens entre alcool et cancer ou la radiothérapie, l'INCa est très souvent sollicité comme expert pour rappeler les références scientifiques.



#### Action 19.5

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

#### FAITS MARQUANTS 2009

- 31 communiqués de presse.
- 13 conférences ou points de presse.



#### 6.4.2. LA PREMIÈRE ÉDITION DES RENCONTRES ANNUELLES DE L'INCa

Les premières Rencontres annuelles de l'Institut National du Cancer ont eu lieu le 7 octobre 2009 à Paris (Maison de la Mutualité) en présence de plus de 1 200 participants et d'une cinquantaine d'intervenants. Cette journée a été placée sous le signe de l'information, de l'échange, du partage des différents angles de vue autour des grands thèmes et propositions du rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld *Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013. Pour un nouvel élan*. Professionnels de la santé et de la recherche, associations de patients, malades et institutions ont ainsi pu débattre des « enjeux du Plan cancer 2009-2013 », lors de huit tables rondes organisées sur les thèmes de la recherche, de la santé publique, des soins, de la vie pendant et après le cancer. La journée a été conclue par la lecture d'un message du président de la République par Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. L'ensemble des comptes rendus de ces premières rencontres annuelles, ainsi que plusieurs interviews vidéo ont été mis en ligne sur le site internet de l'Institut, [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).



### 6.4.3. À LA RENCONTRE DES DIFFÉRENTS PUBLICS

L'INCa a assuré une présence, à travers un stand, sur 15 événements professionnels et grand public en 2009, dont le Medec, Eurocancer, l'ICACT, le Salon de la recherche, les Journées françaises d'hépatogastroentérologie et oncologie digestive, le Salon infirmier, le Congrès de l'Association dentaire française, mais également l'Espace prévention du Salon de l'étudiant.

L'Institut a organisé, en plus de sa première journée annuelle, 15 symposiums et colloques dont 10 scientifiques et 4 sur des thèmes de santé publique (dépistage, prévention).

Le taux de satisfaction sur le contenu des colloques a atteint 92 %.

Les interventions réalisées lors de ces journées sont mises en ligne sur le site de l'INCa sous forme de comptes rendus, de vidéos, de diaporamas, de photos.

La création de synergies avec les autres institutions et agences sanitaires se traduit aussi dans les participations communes à certains salons. L'INCa a, par exemple, partagé un stand avec l'Inserm, lors du Salon de la recherche, en juin 2009.

Parallèlement, l'INCa a accordé son parrainage institutionnel à 44 événements en lien avec la cancérologie en 2009.



#### ÉVÉNEMENTS ORGANISÉS PAR L'INCa EN 2009 :

<b>Santé publique et soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Symposium « Dépistage des cancers : état des lieux et perspectives » lors du Medec 2009, 12 mars – 150 participants.</li> <li>● Séminaires autour du dépistage des cancers du sein, 18 et 19 mai – 155 participants.</li> <li>● Conférence européenne sur la prévention des cancers de la cavité buccale, vendredi 12 juin – 271 participants.</li> <li>● Symposium sur le projet européen CoCanCPG (Recommandations de pratique clinique pour le cancer), 24 novembre – 60 participants.</li> </ul>
<b>Recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Symposium « La révolution génomique va-t-elle changer notre approche du cancer et de ses traitements ? » lors de l'ICACT, 4 février – 150 participants.</li> <li>● Séminaires de suivi des projets sciences humaines et sociales, 28 mai, 4 et 11 juin – 42 participants.</li> <li>● Workshop Inserm/Écoles nationales vétérinaires, 8 et 9 juin – 95 participants.</li> <li>● Symposium « L'attaché de recherche clinique : un acteur indispensable » lors du congrès Eurocancer, 23 juin – 100 participants.</li> <li>● Séminaire PAIR Prostate, 2 juillet – 156 participants.</li> <li>● Séminaire de suivi des projets STIC cancérologiques, 16 septembre.</li> <li>● Colloque international « Accélérer le transfert des nanotechnologies au diagnostic, pronostic et traitement des cancers », à la Cité Internationale Universitaire de Paris, 5 octobre – 100 participants.</li> <li>● Colloque « Cohortes et suivi des cancers » à l'Institut Montsouris, 13 octobre – 107 participants.</li> <li>● Symposium international ICMS « recherche translationnelle », 20-24 octobre – 666 participants.</li> <li>● Colloque de recherche INCa-Lilly « Bilan des projets soutenus dans le cadre de l'appel à projets commun lancé en 2006 », 14 décembre – 60 participants.</li> </ul>
<b>Institutionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Première édition des « Rencontres annuelles de l'INCa : les nouveaux enjeux du Plan cancer 2009-2013 » à la Maison de la Mutualité, 7 octobre 2009 – 1 200 participants.</li> </ul>

**FAIT MARQUANT 2009**

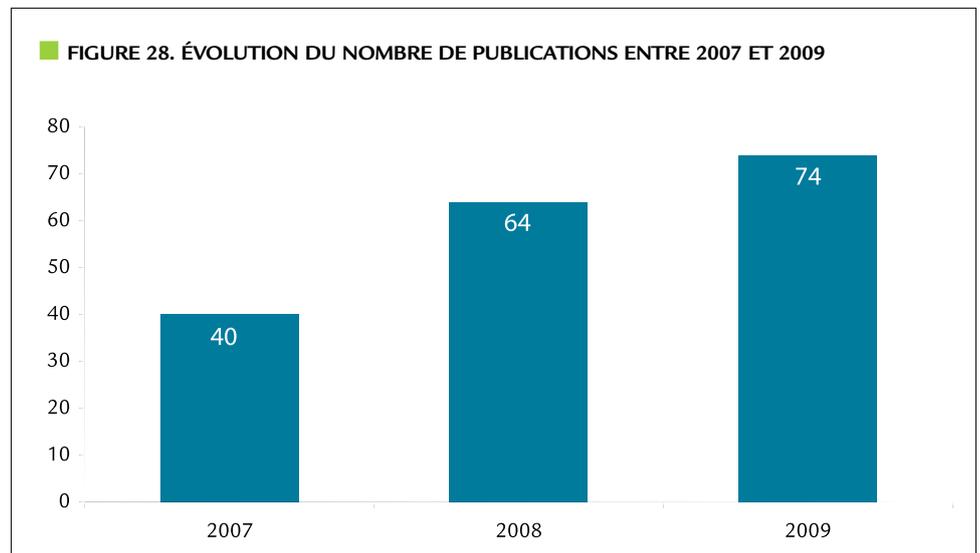
- Publication de 74 documents d'expertise, rapports, recommandations, guides.

**6.4.4. UNE DIFFUSION DE L'INFORMATION CIBLÉE ET RESPONSABLE**

La mise en place d'un outil de commande en ligne des publications de l'INCa, la mise sur cédéroms ou clés USB de documents, la mise en ligne systématique de toutes les publications de l'INCa et le lancement de la lettre d'information électronique de l'INCa donnant de la visibilité aux documents récents, une politique de recueil de contacts qualifiés sur chaque événement... permettent de mieux cibler la diffusion des publications, rapports et brochures et d'imprimer en moins grandes quantités afin de contribuer au respect des ressources de la planète.

Par ailleurs, de nombreux partenariats de diffusion ont été montés avec des organismes professionnels (Cespharm, Syngof, CNOM, Conseil national de l'ordre des infirmiers, Syndicat des médecins libéraux, MG France, FNMC, ACFM, CNFMCL, CETAF, FNES...) pour optimiser la diffusion auprès de publics cibles.

Le nombre d'expertises et de productions éditoriales a presque doublé entre 2007 et 2009.


**TABLEAU 11. RÉPARTITION DES PUBLICATIONS RÉALISÉES EN 2009**

Rapports et expertises	12
Recommandations pour les professionnels de santé	30
RBU	8
Rapports STIC	2
Guides Cancer info	4
Fiches repère	10
Rapports institutionnels	3
Autres rapports	4

En 2009, l'INCa a édité 74 nouvelles publications (lire en annexe 1 le détail), avec comme faits marquants le lancement de deux nouvelles collections :

- les guides **Cancer info**, documents de références qui expliquent avec des mots simples et clairs l'état des connaissances actuelles sur les cancers, leurs traitements et leurs conséquences ;
- la collection « **Enquêtes & sondages** », dont le but est de faire un point synthétique et chiffré sur les études menées par l'INCa, après une enquête d'opinion par exemple ou un sondage auprès d'un corps de métier. Deux éditions en 2009 : *Les Français face au dépistage* et *Enquêtes sur les pratiques en radiothérapie*.



Les documents les plus diffusés en 2009 ont été : *L'Atlas de la mortalité par cancer en France*, *Nutrition et prévention des cancers*, *La situation du cancer en 2009*, le rapport du Pr Grünfeld *Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 : pour un nouvel élan* et le Plan cancer 2009-2013.

#### 6.4.5. L'ÉVOLUTION DU SITE INTERNET [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

Durant l'année 2009, l'INCa a mené de front plusieurs chantiers qui doivent déboucher sur une nouvelle version du site internet [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) en 2010.

#### FAITS MARQUANTS 2009

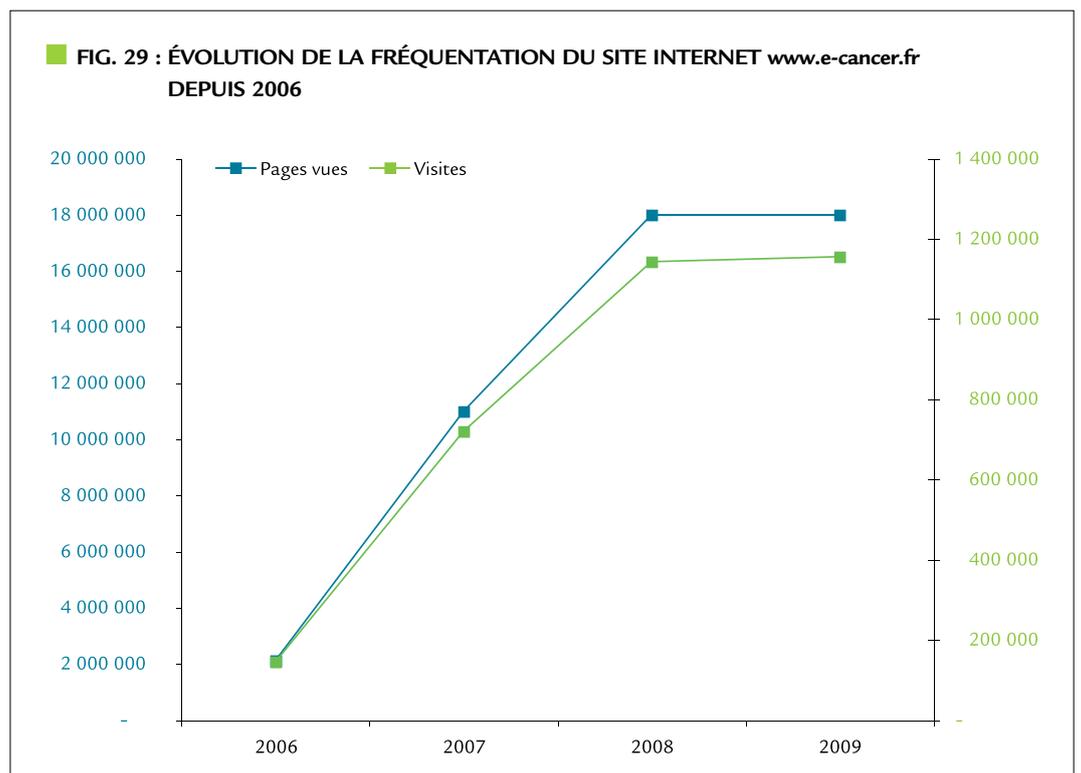
- 1 155 528 visites sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) en 2009.
- Lancement de la lettre d'information électronique de l'INCa, 9 000 destinataires.

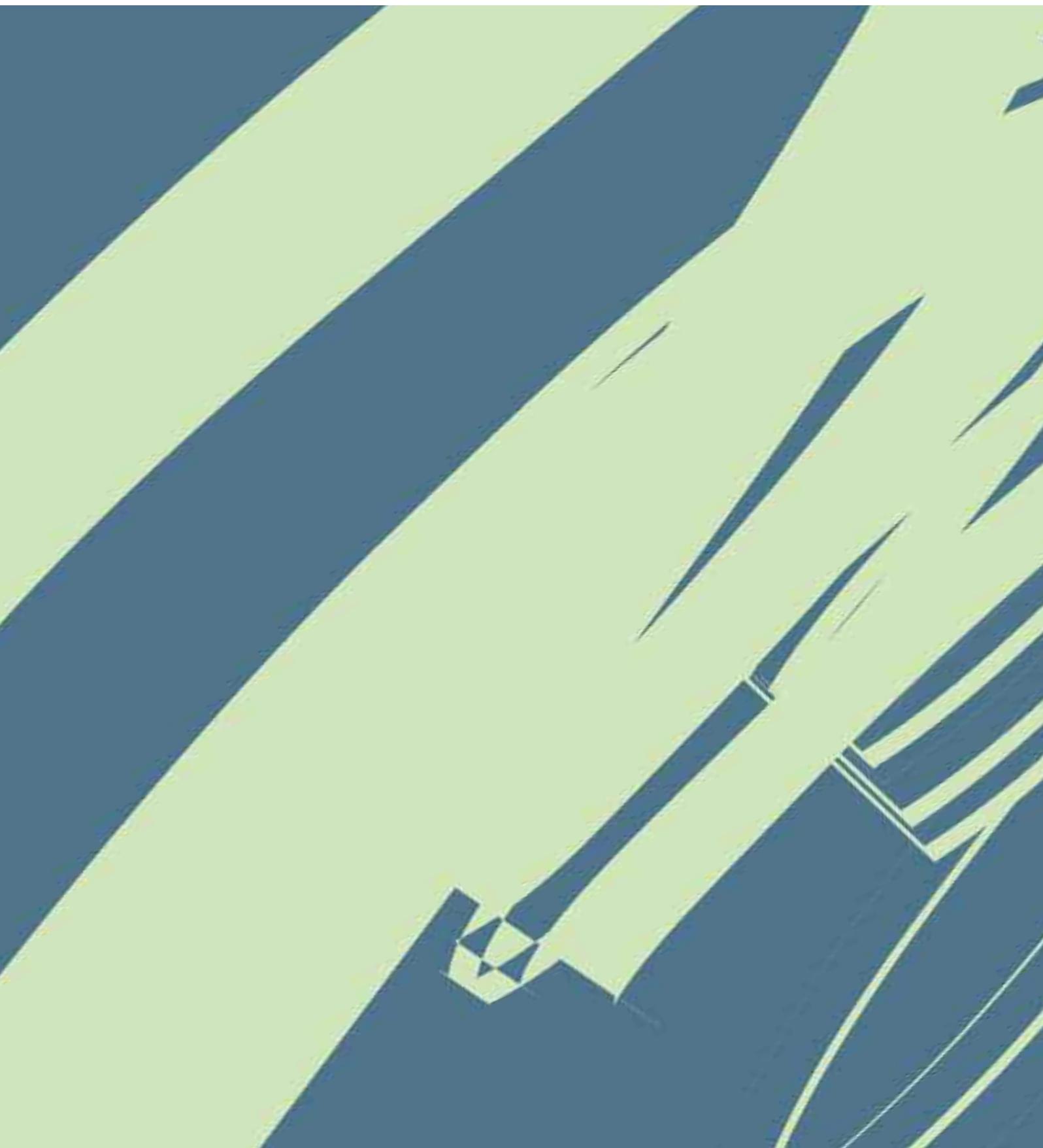
Le site s'est enrichi en 2009 de nouveaux dossiers et a amorcé une réorganisation plus profonde qui accompagnera la nouvelle version. L'espace Cancer info a été ouvert en fin d'année.

Le site internet de l'INCa a notamment été utilisé pour recueillir les contributions des Français aux travaux du Pr Jean-Pierre Grünfeld, dont le rapport a fondé le nouveau Plan cancer.

La création de la lettre d'information électronique de l'INCa, lancée en septembre, a permis de partager plus largement les nouveaux dossiers mis en ligne (9 000 destinataires).

En 2009, le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) a reçu 1 155 528 visites pour 17 594 317 pages vues, soit une moyenne mensuelle de 96 294 visites et 1 466 193 pages vues.

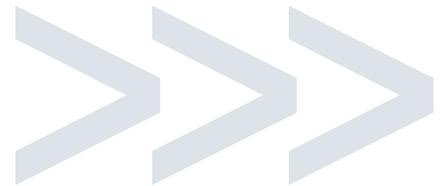




## 7. Recherche

### QUELQUES CHIFFRES CLÉS

- 166 nouveaux projets financés pour un montant de 56 M€ (financement pluriannuel).
- 838 projets de recherche soumis aux appels à projets de l'INCa/DHOS et 152 projets sélectionnés.
- 14 projets financés par l'INCa sur appels à projets issus d'autres agences et organismes de recherche.
- 1 533 expertises sollicitées.
- 585 experts (50 % français et 50 % internationaux) mobilisés pour l'évaluation des appels projets de l'INCa/DHOS.



■ FIG. 30 : NOUVEAUX PROJETS DE RECHERCHE FINANCÉS EN 2009, PROPORTION DES PROJETS DU BUDGET RECHERCHE ATTRIBUÉ PAR CANCÉROPÔLES

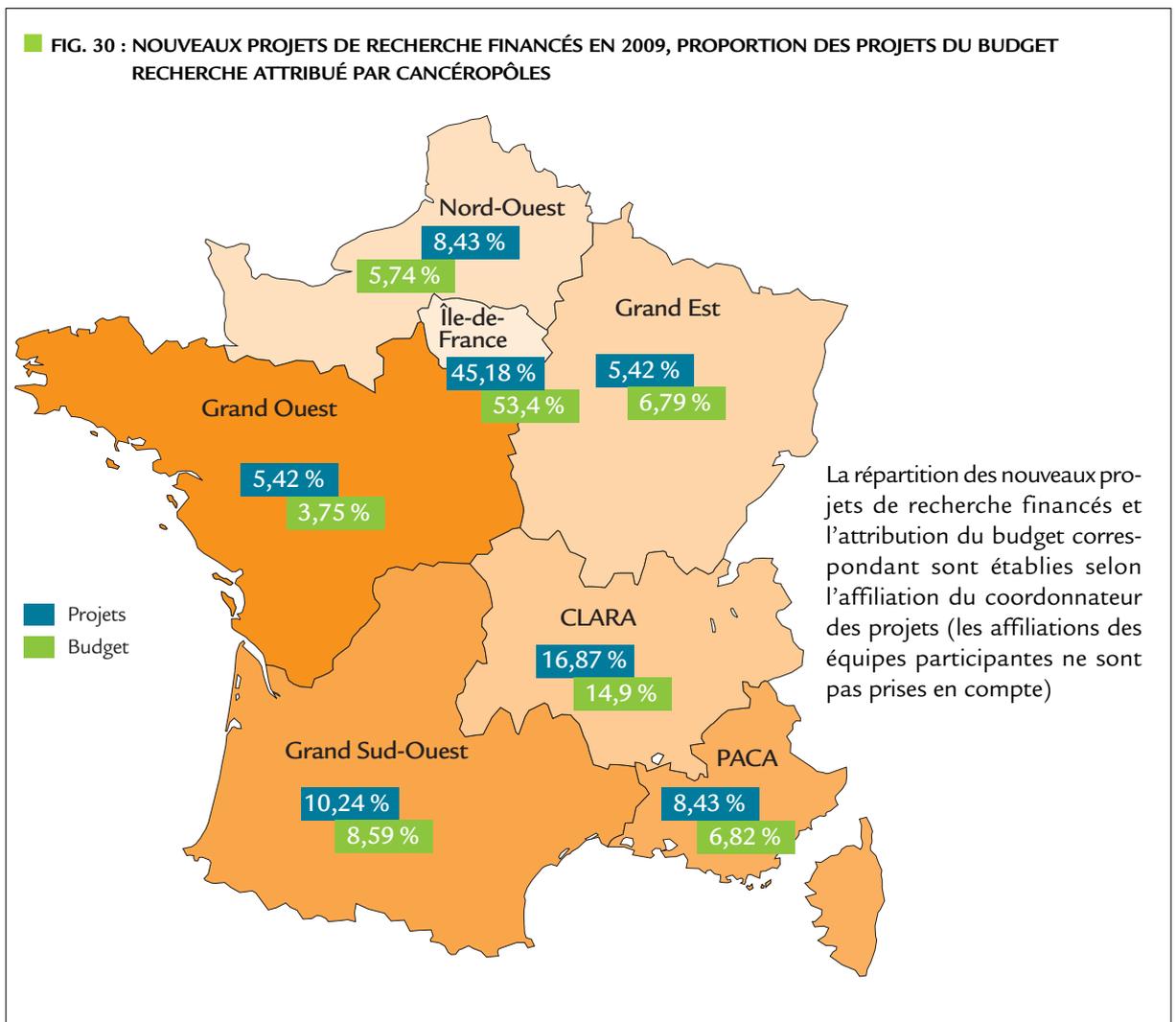


TABLEAU 12. RÉCAPITULATIF DES APPELS À PROJETS 2009

Nom de l'appel à projets	Projets soumis (nombre)	Projets sélectionnés (nombre)	Taux sélection global %	Financement pluriannuel attribué M€
<b>Appel à projets INCa et DHOS</b>				
PAIR CHC	41	12	29	5,95
PL BIO	342	27	8	13,5
RT	147	24	16	9,82
FOR RT	23	17	74	1,18
PL SHS	14	3	21	0,54
PL EPI-SP	26	9	35	1,57
Axe Inégalités	5	4	80	0,41
PHRC	218	52	24	17,94
STIC	22	4	36	1,6
<b>Sous Total</b>	<b>838</b>	<b>152</b>		<b>52,51</b>
<b>Appels à projets en partenariat</b>				
IBiSA-plateformes et centres de ressources biologiques	-	6		1,5
Avenir-ATIP	-	3		0,75
Internes	-	3		0,27
PIRI Bio	-	2		0,81
<b>Sous-total</b>	<b>-</b>	<b>14</b>		<b>3,33</b>
<b>TOTAL</b>		<b>166</b>		<b>55,84</b>
<b>Légende</b>				
PAIR CHC : programme d'action intégrée de recherche sur le carcinome hépatocellulaire				
PL BIO : programme libre de projets de biologie du cancer				
RT : programme libre de projets de recherche translationnelle				
FOR RT : formation par la recherche translationnelle				
PL SHS : programme libre de projets de sciences humaines et sociales				
PL EPI-SP : programme libre de projets d'épidémiologie et de santé publique				
Axe inégalités : projets de recherche en SHS, épidémiologie et santé publique sur les inégalités face au cancer				
PHRC : programme libre de recherche clinique en cancérologie				
STIC : programme de soutien aux technologies innovantes et coûteuses				
IBiSA : plateformes et centres de ressources biologiques (programme du GIS-IBiSA)				
Avenir-ATIP : nouvelles équipes d'excellence en cancérologie (programme Inserm/CNRS) Internes : Internes en médecine (programme Inserm)				
PIRI Bio : financement de projets « cancérologie » du programme interdisciplinaire de recherche sur les systèmes moléculaires et cellulaires, et d'innovation biomédicale (programme ANR)				

La programmation de la recherche en 2009 a été élaborée en tenant compte des recommandations du conseil scientifique international de l'Institut National du Cancer et en accord avec les *Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013*. Pour un nouvel élan, du Pr Jean-Pierre Grünfeld publiées en février 2009. Les actions développées en 2009 par l'INCa sont présentées dans ce chapitre en conformité avec les 5 mesures et 27 actions de l'axe recherche du Plan cancer.

L'effort de recherche s'est ordonné autour de cinq objectifs principaux :

- la liberté laissée aux chercheurs de proposer des projets de qualité, originaux et évalués de manière très compétitive dans tous les domaines en relation avec la compréhension des cancers, en favorisant les interactions entre disciplines. Seuls deux programmes de recherche ont été orientés cette année : le premier est un programme intégré de recherche spécifiquement dédié au carcinome hépatocellulaire ; le second vise à mieux caractériser les déterminants des inégalités face au cancer ;

- le soutien à la recherche translationnelle dans le cadre de programmes conçus en partenariat avec la DHOS pour aboutir à une meilleure prise en charge des patients et de programmes de formation à la recherche translationnelle ;
- le renforcement de la recherche clinique compétitive au service des patients, non seulement *via* le programme PHRC en partenariat avec la DHOS, mais aussi le soutien aux infrastructures et réseaux de recherche ; une action spécifique permettant de développer les essais cliniques de phases précoces de nouvelles molécules en partenariat avec le National Cancer Institute américain (NCI-CTEP) ;
- le renforcement de la recherche en santé publique, en épidémiologie et en sciences humaines, coordonné avec toutes les autres disciplines, y compris biologiques, pour une diminution de l'incidence et de la mortalité des cancers et une équité dans l'accès à la prévention, au dépistage et à l'accès aux meilleurs soins disponibles ;
- le développement de la recherche en génomique pour contribuer à la compréhension des mécanismes du cancer et identifier de nouvelles cibles thérapeutiques.

La programmation des actions 2009 a été marquée par deux périodes d'appels à projets, février et septembre 2009. Les projets sélectionnés par l'appel à projets de septembre seront financés en 2010. Cette périodicité devrait être récurrente dans les années à venir. Les procédures d'évaluation des projets s'appuient sur la plateforme des appels à projets de l'Institut ; la procédure de soumission des projets en deux étapes (lettre d'intention, puis dossier complet pour les projets éligibles) établie en 2008 a été renouvelée pour les appels en 2009.

Les projets sont évalués par des experts indépendants, dont 50 % sont des experts internationaux : expertise des dossiers à distance puis, après discussion et consensus, classement des projets par le comité d'évaluation.

La présidence de l'INCa prend la décision de financement des projets sur la base du classement validé par le comité. Experts et rapporteurs assument leur tâche en toute confidentialité et indépendance. Afin de garantir la transparence des travaux, la composition des comités d'évaluation est publiée sur le site internet de l'INCa.

Les premiers bilans des projets financés antérieurement ont été présentés lors de séminaires. Il est prévu que les bilans scientifiques à 2 et 3 ans des projets s'inscrivent dans une démarche récurrente.

L'objectif du Plan cancer est de maintenir le financement de la recherche sur projets libres à l'initiative des investigateurs à 50 % des appels à projets de recherche de l'INCa (action 5.3). Des projets libres sont proposés aux investigateurs non seulement en biologie du cancer (27,8 % du financement INCa pluriannuel 2009), mais aussi en recherche translationnelle (14,4 % du financement INCa pluriannuel 2009) et recherche clinique, ainsi qu'en sciences humaines et sociales (5,22 % du financement INCa pluriannuel 2009).

## 7.1. LES APPELS À PROJETS THÉMATISÉS

### 7.1.1. LES PROGRAMMES D'ACTIONS INTÉGRÉES DE RECHERCHE (PAIR)

Les Programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR) ont pour ambition de soutenir l'ensemble des dimensions et questions de recherche (biologie fondamentale, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic, traitement et les aspects des sciences humaines et sociales) dans le cadre d'une pathologie.

Le PAIR 2009, développé en partenariat avec l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et l'Association pour la recherche pour le cancer (ARC), concerne le carcinome hépatocellulaire. Les objectifs ont été définis par le comité scientifique du programme après mobilisation de la communauté scientifique et médicale lors du séminaire national qui s'est tenu le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

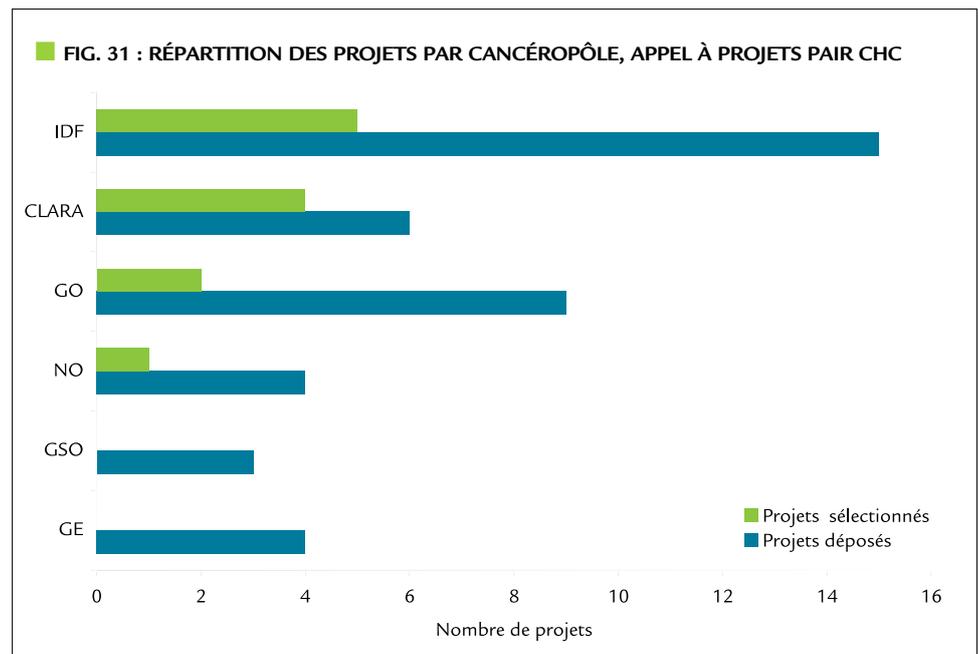


#### Action 17.1

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

Sur les 41 projets de recherche soumis, 12 ont été sélectionnés par le jury international pour leur originalité, la pertinence des questions posées et l'approche pluridisciplinaire (Tableau 13). La répartition des projets selon le cancéropôle d'affiliation du coordinateur est illustrée par la Figure 31.

TABLEAU 13. SYNTHÈSE DE L'APPEL À PROJET « PAIR CHC 2009 »	
<b>Date de lancement</b>	Septembre 2008 en partenariat avec l'ANRS et l'ARC
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Permettre une meilleure compréhension des mécanismes concourant au développement des carcinomes hépatocellulaires</li> <li>● Favoriser le développement d'innovations diagnostiques et thérapeutiques</li> </ul>
<b>Financement</b>	5,95 M€
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 41 projets soumis à l'évaluation</li> <li>● 12 projets sélectionnés, taux de sélection : 30 %</li> <li>● Comité d'évaluation : 15 rapporteurs européens</li> <li>● 142 experts internationaux sollicités</li> </ul>



Certains des projets sélectionnés s'appuient sur des cohortes prospectives afin d'étudier :

- le risque de survenue de carcinomes hépatocellulaires (CHC) en association avec des facteurs alimentaires et de mode de vie (au sein de la partie française de la cohorte EPIC) ;
- l'histoire naturelle du CHC chez des patients souffrant d'une cirrhose alcoolique compensée, principale cause de ce cancer en France (étude menée sur la cohorte CIRRAL) ;
- l'effet d'un traitement par saignée sur la survenue du CHC chez des patients souffrant d'une cirrhose alcoolique compensée et d'une surcharge hépatique en fer (étude nichée sur la cohorte CIRRAL : CIRROX).

Les projets de biologie du cancer se concentrent sur :

- les effets cellulaires et génétiques de l'infection par les virus de l'hépatite C et B, importants facteurs de risque dans la survenue du CHC (dérégulations des voies de transduction, signature moléculaire, relation hôte-virus) ;
- l'étude du processus de vieillissement cellulaire (sénescence) dans l'apparition des tumeurs et leur progression ;

- la classification moléculaire des CHC en particulier se développant sur foie indemne de fibrose ; cette classification sera associée aux données épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques. Des études fonctionnelles seront entreprises afin d'élucider les mécanismes sous-jacents.

Concernant les approches thérapeutiques, les projets se concentrent sur :

- la recherche et la validation de nouvelles cibles thérapeutiques ;
- l'efficacité de la chimio-embolisation artérielle des tumeurs avec pour objectif de permettre l'attente de la greffe hépatique.

Le montant global du financement accordé aux 12 projets du programme est de près de 6 M€ (partenariat INCa/ARC/ANRS).

En septembre 2009, en accord avec l'action 17.1 du Plan cancer 2009-2013, un nouveau Programme d'actions intégrées de recherche a été lancé sur le cancer de la prostate (Tableau 14). Les pistes de recherche à développer ont été discutées lors du séminaire national qui s'est tenu le 2 juillet 2009 (voir paragraphe 7.9.2).

Les 4 axes prioritaires de recherche pour le cancer de la prostate identifiés par un groupe d'experts multidisciplinaire sont de faire évoluer :

- les techniques et stratégies de diagnostic précoce ;
- les options thérapeutiques pour les cancers dépistés ;
- les options thérapeutiques pour les cancers agressifs ;
- la prévention et la prise en charge des séquelles thérapeutiques.

Ce programme est proposé en partenariat avec l'ARC et la Ligue nationale contre le cancer.

Sur les 40 projets déposés, il est intéressant de noter que 6 projets de recherche abordent les aspects de santé publique et 8 se concentrent sur des approches d'imagerie médicale.

L'évaluation de ces projets sera effectuée par des experts internationaux et par un comité d'évaluation international qui se réunira le 29 avril 2010.

TABLEAU 14. SYNTHÈSE DE L'APPEL À PROJETS « PAIR PROSTATE 2010 »

<b>Date de lancement</b>	Octobre 2009 en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer et l'ARC
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se focaliser sur les formes précoces de cancer de la prostate et développer une recherche performante sur son origine (physiopathologie) et son développement et ses retombées en prévention primaire et secondaire</li> <li>● Accroître, à travers la réflexion sur les projets, la fédération d'équipes de recherche françaises à l'interface de l'épidémiologie, des SHS, de l'économie et de la santé publique, de la biologie et de la clinique</li> </ul>
<b>Financement prévisionnel</b>	6 M€
<b>Résultats</b>	40 projets soumis à évaluation

### 7.1.2. LES PROJETS DE RECHERCHE SUR LES INÉGALITÉS FACE AU CANCER

L'appel à projets de recherche en sciences humaines et sociales (SHS)-épidémiologie (EPI) et santé publique (SP) lancé par l'INCa en septembre 2008 comportait un volet spécifique sur le thème « cancer et inégalités sociales » en accord avec l'action 2.1 du Plan cancer 2009-2013. L'objectif est de mieux connaître les déterminants des inégalités sociales liées au cancer, afin de contribuer à l'élaboration de mesures destinées à les réduire et de favoriser le développement de recherches sur les liens entre cancer et situation sociale dans notre pays, à l'image de leur essor à l'échelle internationale et à un niveau d'excellence comparable.



#### Action 2.1

Développer des appels à projets récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de réduire ces inégalités.

Les propositions pouvaient s'articuler autour d'un ou de plusieurs des trois axes d'investigation suivants :

- les connaissances d'ordre descriptif et la mesure des disparités sociales de santé liées au cancer ;
- les connaissances analytiques et leur contribution à l'explication et à la compréhension de ces disparités ;
- l'analyse des politiques de lutte contre ces inégalités et des mesures destinées à les réduire.

Parmi les 45 projets soumis à l'appel à projets en SHS-épidémiologie et santé publique (voir paragraphe 7.5), 5 d'entre eux portaient sur le thème « cancer et inégalités sociales », 4 d'entre eux ont été sélectionnés et financés pour un montant global de 0,41 M€. Ces quatre travaux étudient les déterminants sociaux des inégalités en matière de prévention/dépistage, traitement et survie de cancers (cancers du sein et du col de l'utérus, cancer de la prostate, cancer colorectal).

Pour les années précédentes, deux projets spécifiquement orientés sur cette thématique ont été financés en 2006 pour un montant global de 0,21 M€. Ces projets avaient été sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets conjoint avec l'IReSP sur les inégalités sociales de santé.

L'appel à projet 2010, lancé en septembre 2009, est en cours d'évaluation. Sur l'ensemble des disciplines SHS, EPI et SP, 85 dossiers ont été présentés, ce qui correspond à un doublement des projets soumis par comparaison à l'année précédente. Les résultats de cet appel seront publiés en mars 2010, mais on peut déjà noter que parmi les dossiers soumis, la thématique des inégalités face aux cancers est largement représentée puisque 24 projets de recherche s'y consacrent. La mobilisation de la communauté scientifique, sous l'impulsion de l'INCa, est un encouragement pour s'attaquer à la caractérisation des déterminants des inégalités et aux moyens envisagés pour tenter de les réduire.

## 7.2. LES PROGRAMMES DE RECHERCHE BIOMÉDICALE

### 7.2.1. L'APPEL À PROJETS LIBRES

L'appel à projets libres de recherche biomédicale de l'INCa, laissant l'initiative des thématiques à la créativité et à la réactivité des investigateurs, représente chaque année environ 30 % du budget total des appels à projets de l'Institut (Tableau 15) (27,8 % en 2009, 26,5 % en 2008).

**TABLEAU 15. SYNTHÈSE DE L'APPEL À PROJETS « PROJETS LIBRES : RECHERCHE BIOMÉDICALE 2009 »**

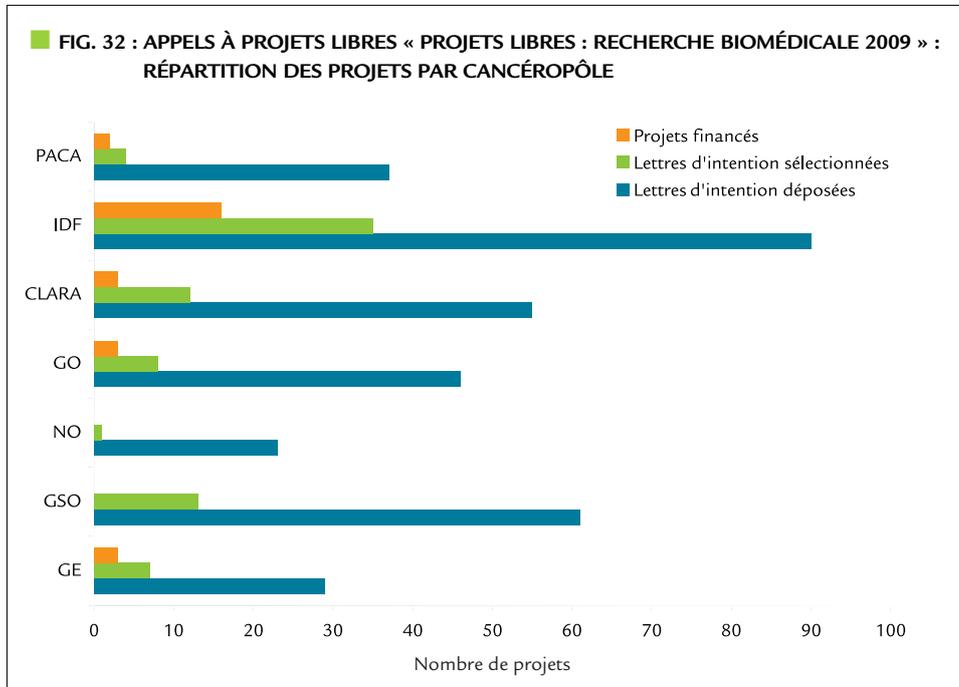
<b>Date de lancement</b>	Janvier 2009
<b>Objectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Permettre la réalisation de projets originaux dans les différents domaines de la recherche cognitive et dans toutes les disciplines biomédicales participant à la lutte contre le cancer</li> </ul>
<b>Financement</b>	13,5 M€
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Évaluation des 342 lettres d'intention soumises : 80 projets présélectionnés</li> <li>● Taux de sélection intermédiaire : 23 %</li> <li>● Évaluation des 80 projets présélectionnés : 27 projets financés</li> <li>● Taux de sélection : 33 %</li> <li>● Taux de sélection global : 8 %</li> <li>● Comité d'évaluation : 36 rapporteurs dont 14 étrangers</li> <li>● 149 expertises internationales effectuées</li> </ul>

#### Action 5.3

Maintenir le niveau de financement de la recherche sur projets libres à l'initiative des investigateurs, sur des programmes de 4 à 5 ans, à 50 % des appels à projets de recherche de l'INCa.



La répartition des projets selon le cancéropôle d'affiliation du coordinateur est illustrée dans la figure 32.



**TABLEAU 16. ANALYSE TYPOLOGIQUE DES PROJETS FINANCÉS, APPEL À PROJETS « PROJETS LIBRES : RECHERCHE BIOMÉDICALE 2009 »**

Typologie des projets	Nombre de projets (% du total)
Mécanismes cellulaires de la transformation	15 (55,6 %)
Mécanismes génétiques de la transformation	4 (14,8 %)
Cibles thérapeutiques et développement de nouveaux traitements	3 (11,1 %)
Réponses au traitement	2 (7,4 %)
Interaction hôte-tumeur	1 (3,7 %)
Protéomique et dépistage	1 (3,7 %)
Imagerie	1 (3,7 %)

Comme le montre le Tableau 16, plus de la moitié des projets sélectionnés en 2009 s'intéressent aux mécanismes cellulaires de la transformation tumorale incluant des études sur les voies de signalisation intracellulaire et sur les caractéristiques des cellules initiateuses de tumeurs et des cellules souches. Près de 20 % des projets portent sur l'étude de nouvelles cibles thérapeutiques, l'amélioration d'agents thérapeutiques et la réponse immunitaire suite aux traitements. Les autres projets concernent les mécanismes génétiques de la transformation tumorale, le développement d'un nouveau type d'imagerie peropératoire et le développement d'une approche protéomique pour identifier de nouveaux marqueurs biologiques.

Concernant les types de cancers étudiés, près de 30 % des projets ne s'intéressent pas à un organe spécifique, mais étudient les mécanismes fondamentaux de la tumorigenèse. Près de 20 % des projets se concentrent sur le cancer du sein, 15 % sur le cancer colorectal, 15 % sur les leucémies et 10 % sur le lymphome non hodgkinien. Les autres portent sur le glioblastome, le sarcome d'Ewing, le cancer du foie et de la thyroïde.



### 7.2.2. LE SOUTIEN AUX JEUNES ÉQUIPES DE RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE

L'INCa s'associe au Programme Avenir ATIP de l'Inserm et du CNRS pour soutenir de nouvelles équipes d'excellence dans le domaine de l'oncologie. Ces équipes sont financées sur 3 ans avec possibilité de renouveler le soutien pour 2 années complémentaires.

En 2009, 3 équipes d'excellence (1 équipe du cancéropôle CLARA, 1 équipe en IDF et 2 équipes en PACA) ont ainsi été sélectionnées, le financement global est de 0,75 M€.

Un projet s'articule autour de la chimie organométallique afin d'étudier des cibles biologiques et d'évaluer les propriétés anticancéreuses de nouveaux hétérocycles.

Un projet d'épigénomique du cancer s'adresse spécifiquement à la méthylation des histones et au rôle des RNAi dans le cancer de la prostate.

Le dernier projet se concentre sur le TGF beta dans le déclenchement des leucémies.

Par ailleurs, l'INCa s'associe au programme de l'Inserm « Postes d'accueil pour internes et assistants » afin de soutenir sa politique de formation à la recherche par la recherche et de renforcement des liens entre recherche fondamentale et recherche clinique, thérapeutique et en santé publique.

En 2009, 3 projets ont été sélectionnés, le financement global est de 0,27 M€; deux projets étudient les mécanismes de déclenchement des leucémies myélomonocytaires chroniques et des leucémies aiguës myéloïdes. Un projet se propose d'explorer les liens entre stimulation antigénique chronique et lymphomagénèse B à partir de la mise en place d'un nouveau modèle murin.

### 7.2.3. LE SOUTIEN AUX PLATEFORMES TECHNOLOGIQUES

L'INCa s'associe au Programme de soutien aux plateformes technologiques du vivant piloté par le GIS IBISA et contribue au développement des plateformes spécifiquement dédiées aux domaines de recherche en cancérologie.

En 2009, le programme concernait non seulement des plateformes technologiques (4 soutenues par l'INCa, 2 du cancéropôle GSO, 2 CLARA et 1 en IDF) mais aussi des centres de ressources biologiques (1 du cancéropôle GSO et 1 en CLARA).

Au total, le programme a soutenu notamment des plateformes d'imagerie et de modélisation chez la souris et des projets de démarche qualité de tumorothèques ; le financement global en 2009 s'élève à 1,5 M€.

Depuis 2008, l'INCa a ainsi apporté son soutien à 21 plateformes technologiques (Tableau 17).

**TABLEAU 17. TYPES DE PLATEFORMES TECHNOLOGIQUES DU VIVANT FINANCÉES EN 2008-2009**

Type de plateformes	Nombre de plateformes
Banques chimiques et dépistage	4
Génomique et transcriptomique	4
Protéomique	3
Imagerie <i>in vivo</i>	3
Imagerie cellulaire	3
Animalerie, exploration fonctionnelle	2
Immunosurveillance	1
Cellules souches et vectorisation	1

#### 7.2.4. LE SOUTIEN AU PROGRAMME INTERDISCIPLINAIRE DE RECHERCHES SUR LES SYSTÈMES MOLÉCULAIRES ET CELLULAIRES, ET D'INNOVATION BIOMÉDICALE

L'INCa s'associe au Programme interdisciplinaire de recherches sur les systèmes moléculaires et cellulaires, et d'innovation biomédicale (PIRIBIO) piloté par l'Agence nationale pour la recherche, et a soutenu deux projets en 2009. Le financement global s'élève à 0,81 M€.

Un projet vise à établir les principes physiques et les mécanismes cellulaires qui sont à l'origine de la migration des cellules en milieu confiné afin d'établir la contribution de ces mécanismes à la réponse immune et à l'invasion des tissus par les cellules tumorales.

L'autre consiste en une approche bioinformatique applicable à l'échelle de protéomes entiers afin de mieux appréhender les réseaux protéiques et leurs fonctions.

Depuis 2007, l'INCa a ainsi soutenu 8 projets d'interface biologie/chimie/physique dans le domaine du cancer pour 3,75 M€.

### 7.3. LES ACTIONS EN FAVEUR DE LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

#### 7.3.1. LE NOUVEAU PROGRAMME DE RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

L'INCa et la DHOS se sont associés depuis 2008 pour proposer un appel à projets ayant pour objectif le soutien de projets pluridisciplinaires associant chercheurs et cliniciens afin de promouvoir le transfert des découvertes vers des avancées cliniques pour le patient. Le renforcement de cette recherche dite translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets est une des mesures phares du Plan cancer 2009-2013 (action 1.1). En 2009, 24 projets de recherche translationnelle ont été sélectionnés et financés pour un montant de 9,82 M€ (Tableau 18).



#### Action 3.6

Développer en finançant aux côtés de l'ANR des approches multidisciplinaires de la modélisation des processus biologiques complexes (biologie des systèmes).



#### Action 1.1

Renforcer la recherche translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets et par une politique de sites de recherche pluridisciplinaire labellisés.

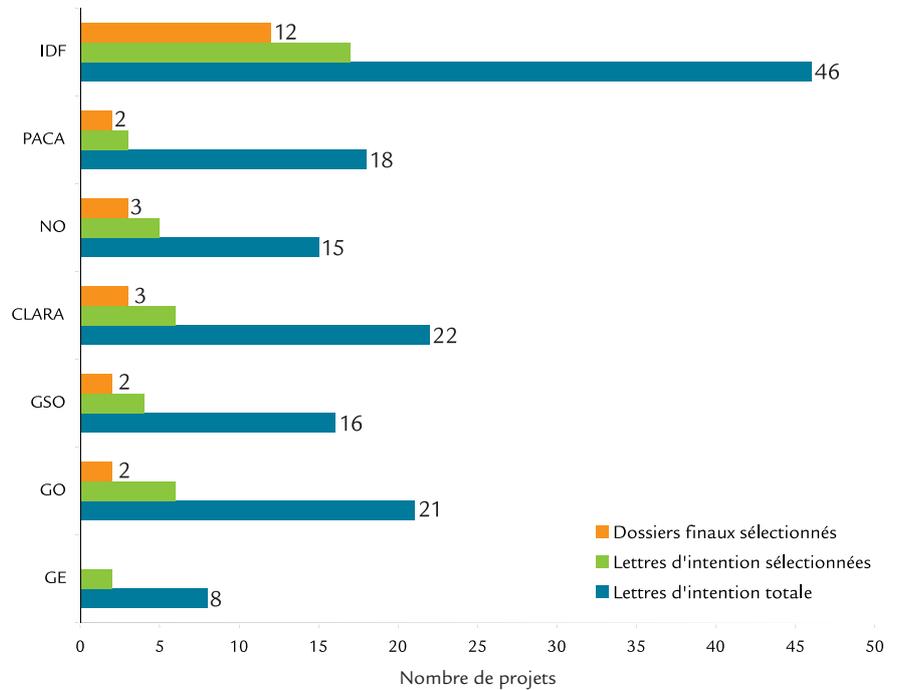
TABLEAU 18. SYNTHÈSE DE L'APPEL À PROJETS « RECHERCHE TRANSLATIONNELLE 2009 »

<b>Date de lancement</b>	Octobre 2008 conjointement par l'INCa et la DHOS
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Soutenir des projets pluridisciplinaires associant cliniciens et chercheurs afin de promouvoir une recherche translationnelle effective et innovante visant à faire bénéficier les malades des avancées de la recherche</li> <li>● Couvrir tous les champs de la recherche translationnelle en cancérologie</li> </ul>
<b>Financement</b>	Projets financés sur 36 mois pour un montant global de 9,82 M€ (4 millions DHOS et 5,82 millions INCa)
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Évaluation des 147 lettres d'intention soumises : 43 projets présélectionnés</li> <li>● Taux de présélection : 30 %</li> <li>● Évaluation des dossiers en mars 2009 : 24 projets financés</li> <li>● Taux de sélection global : 16 %</li> <li>● Comité d'évaluation : 19 rapporteurs dont 9 internationaux</li> <li>● 75 expertises réalisées</li> </ul>

La répartition des projets selon le cancéropôle d'affiliation du coordinateur est illustrée dans la figure 33.



**FIG. 33 : APPEL À PROJETS « RECHERCHE TRANSLATIONNELLE 2009 » : RÉPARTITION DES PROJETS PAR CANCÉROPOLE**



Trente pour cent des projets financés ont pour objectif le dépistage précoce, le diagnostic et le pronostic, et/ou le traitement dans les cancers du sein. Avec notamment :

- l'identification de gènes cibles et de cellules souches permettant un meilleur traitement de ces cancers ;
- des études sur l'efficacité thérapeutique des anthracyclines reposant sur la réponse immune antitumorale induite par la thérapie ;
- la détermination du rôle de l'épissage alternatif avec le développement d'inhibiteurs du spliceosome ;
- la validation d'une technique permettant le comptage, le typage, la visualisation et l'analyse moléculaire des cellules tumorales circulantes ;
- l'étude des mécanismes moléculaires impliqués dans l'addiction au glucose des Triple Negative Breast Carcinoma, et l'identification de marqueurs pronostiques du développement des métastases osseuses.

Plus de 50 % des dossiers concernent le développement de technologies et/ou la découverte de marqueurs dans les cancers du sein, mais aussi les cancers du poumon, lymphome non hodgkinien, myélome, colorectal, leucémie, rein et système nerveux central.

Concernant les myélomes : 2 projets portent sur la compréhension de l'oncogénèse myéloïde et notamment la fonction du gène suppresseur de tumeur TET2.

Trente pour cent des dossiers portent sur la découverte et la mise au point de traitements systémiques, notamment un nouveau traitement du rétinoblastome par la photothérapie dynamique, le développement de différentes combinaisons thérapeutiques dans l'étude des glioblastomes, une nouvelle technique de détection des cellules tumorales circulantes dans le cancer du sein, le développement d'une approche thérapeutique visant la liaison à l'ADN d'un facteur de transcription dans les leucémies myéloïdes aiguës,

et une immunothérapie au moyen de lymphocytes T chimériques anti CD19Zeta dans les leucémies myéloïdes chroniques.

Deux projets allient la découverte de marqueurs et le développement de traitement.

### 7.3.2. LE SOUTIEN À LA FORMATION EN RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

L'INCa associe à l'appel à projets de recherche translationnelle une action de soutien à la formation des acteurs de la santé et de la recherche à la recherche translationnelle, identifiée par l'action 1.2 du Plan cancer 2009-2013.

En 2009, l'INCa a attribué 17 bourses de Master 2 ou de doctorat ou de post-doctorat pour un montant global de 1,18 M€.

Depuis 2008, 41 candidats ont ainsi été sélectionnés, le financement global s'élevant à 2,5 M€.

## 7.4. LES PROGRAMMES DE RECHERCHE CLINIQUE ET LE SOUTIEN AUX RÉSEAUX ET INFRASTRUCTURES DE RECHERCHE CLINIQUE

### 7.4.1. LE SOUTIEN AUX RÉSEAUX ET INFRASTRUCTURES DE RECHERCHE

Depuis sa création, l'INCa structure et renforce les réseaux de recherche et les infrastructures afin d'accélérer le développement et de garantir la qualité des outils et des résultats de recherche.

#### Les Centres de traitement des données (CTD)

Les Centres de traitement des données (CTD) ont été labellisés dès 2007 par l'INCa. Leur financement est assuré depuis 2008 par la DHOS. L'action de coordination menée par l'INCa a pour objectif :

- la mise en place d'un réseau de ces 11 CTD et d'un processus d'évaluation incluant des visites sur site ;
- l'accès et le partage rétrospectif des données de recherche clinique, des analyses conjointes des données.

En 2009, le groupe de travail (incluant des représentants de 4 CTD) a élaboré un projet de charte des CTD, d'indicateurs d'évaluation des CTD, de formulaire de demande d'accès aux données de recherche en cancérologie et une liste de projets collaboratifs.

De plus, la première analyse de l'activité de 9 CTD (sur les 11 CTD labellisés) réalisée par l'INCa montre :

- une grande hétérogénéité des personnels participant à l'activité des CTD (de 4 à 74 personnes en temps plein ou temps partiel) ;
- une grande diversité des études mono ou multicentriques à la charge des CTD. Plus de 200 études recensées : des essais cliniques (phases I à IV), des études observationnelles ou prospectives utilisant des bases de données – notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, des études diagnostiques ou pronostiques, des méta-analyses, des études épidémiologiques – particulièrement des cohortes, des études biologiques/génomiques/du transcriptome, des études d'impact/de faisabilité, de recherche méthodologique ;
- une volonté forte de collaboration de 2 CTD spécialisés dans les cancers de l'appareil digestif et les lymphomes (GERCOR et FFCD) sous l'incitation de l'INCa. Ces deux CTD ont initié une collaboration sur des études portant sur les cancers digestifs avec pour but de mettre en place un centre commun. Les centres de l'Institut Curie et du Centre René Huguenin ont mis en place un partenariat identique.



#### Action 1.2

Soutenir par l'attribution de bourses, la formation des acteurs de la santé et de la recherche à la recherche translationnelle.



### Les Groupes de recherche clinique

Les 9 groupes d'experts en recherche clinique (GRC) mis en place par l'INCa ont contribué à la définition des axes du champ de l'appel PHRC cancer lancé en 2009. Deux projets de recherche clinique élaborés par ces groupes et 25 projets de recherche clinique soutenus par les GRC ont été soumis aux appels à projets PHRC ou STIC cancer lancés en 2009. Le PHRC et le STIC 2009 sont présentés dans les paragraphes 7.4.2 et 7.4.3 respectivement.

Par ailleurs, afin de fédérer les différents acteurs de la recherche clinique dans leurs disciplines, les GRC ont mis en œuvre les actions suivantes :

- fusion de projets de recherche soumis au PHRC par le GRC digestif ;
- réflexion sur les enjeux majeurs de la prise en charge du cancer de la prostate et sur les propositions pour y répondre par un Programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur le cancer de la prostate par le GRC urologie ;
- séminaire scientifique entre cliniciens et biologistes dans les cancers ovariens par le GRC gynécologie ;
- rapprochement en intergroupe ou fusion de groupes coopérateurs par les GRC hématologie lymphoïde, GRC hématologie myéloïde, GRC sein et GRC digestif ;
- fédération de recherche à travers le groupe multidisciplinaire français sur le mélanome cutané, soutenu par la Société française de dermatologie (SFD) et initié par le GRC peau et tissus conjonctifs.

Enfin, les GRC ont poursuivi la labellisation des essais cliniques initiée les années précédentes.

### 7.4.2. LE PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE PHRC CANCER

Le PHRC cancer, financé par la DHOS, est animé et géré par l'INCa. Ce programme finance sur une base compétitive, les meilleurs projets de recherche clinique, notamment les essais cliniques.

En 2009, le processus de soumission des dossiers à l'appel à projets s'est effectué en deux étapes, il sera proposé de manière récurrente. Parmi les 218 lettres d'intention soumises, 52 projets ont été retenus et financés pour 17,94 M€. Le taux de sélection des projets était de 23,8 % (Tableau 19).

TABLEAU 19. SYNTHÈSE DE L'APPEL À PROJETS « PHRC CANCER 2009 »

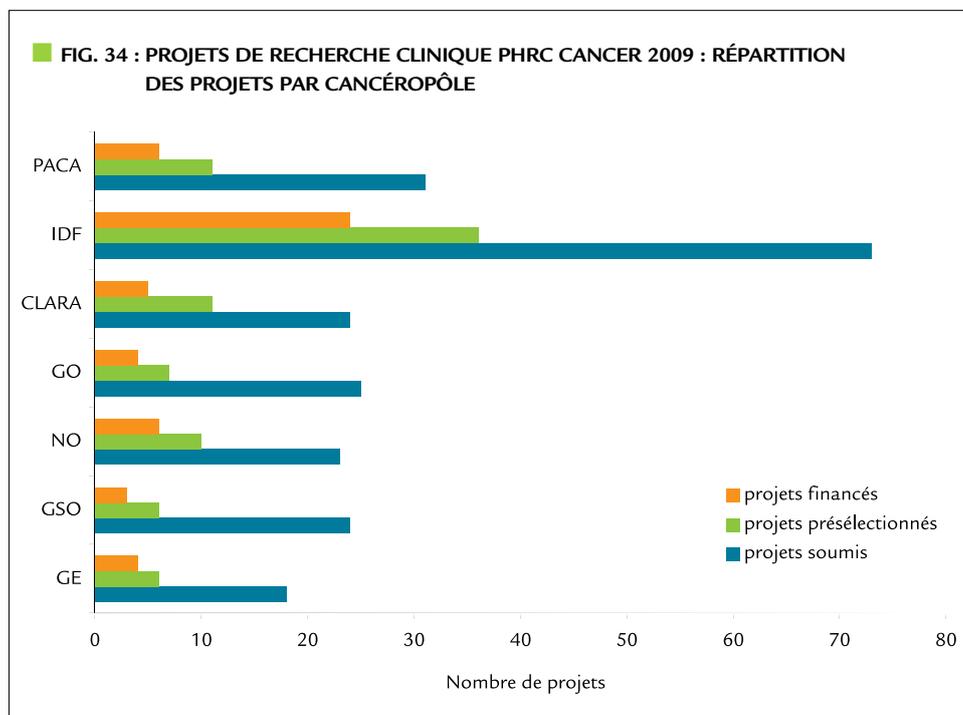
<b>Date de lancement</b>	Octobre 2008 conjointement par l'INCa et la DHOS
<b>Objectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Soutenir les essais cliniques thérapeutiques, enquêtes épidémiologiques et de pratique médicale, programmes de recherche de facteurs prédictifs ou pronostiques</li> </ul>
<b>Financement</b>	17,94 M€
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Évaluation des 218 lettres d'intention soumises : 87 projets présélectionnés</li> <li>● Taux de présélection : 39,9 %</li> <li>● 52 projets financés</li> <li>● Taux de sélection global : 23,8 %</li> <li>● Comité d'évaluation : 20 rapporteurs</li> <li>● 176 expertises internationales</li> </ul>



#### Action 4.1

Soutenir, structurer et suivre par des appels à projets nationaux compétitifs annuels de recherche clinique en cancérologie par le PHRC cancer.

Les projets de recherche proviennent pour moitié de centres de lutte contre le cancer et pour moitié de centres hospitalo-universitaires. Plus de 45 % des projets PHRC sont coordonnés par un centre localisé en Île-de-France (Figure 34).



Sur la totalité des projets PHRC cancer sélectionnés, 85 % du budget demandé par les investigateurs ont été accordés (Tableau 20) : 83 % des projets ont été financés à au moins 90 % du budget demandé, 88 % à au moins 70 % du budget demandé.

Le niveau de financement des projets soumis au PHRC était meilleur en 2009 que les deux années précédentes.

**TABLEAU 20. FINANCEMENT ALLOUÉ AUX PROJETS 2009 DU PHRC CANCER**

Année du PHRC (nombre de projets financés)	Financement total demandé (millions d'euros)	Financement total attribué (millions d'euros)	Financement alloué (%)	Nombre de projets financés à 90 %-100 % du budget demandé	Nombre de projets financés à 70 %-100 % du budget demandé
2009 (52)	21,2	17,94	85 %	43/52 (83 %)	46/52 (88 %)

Près de 70 % des projets sélectionnés proposent une étude thérapeutique avec pour la moitié d'entre eux une stratégie médicamenteuse et, pour 17,3 % des projets, une approche en radiothérapie (Tableau 21, Tableau 22).

Un quart des projets sont des études de dépistage, diagnostic et/ou pronostic des cancers. Les aspects de sciences humaines et sociales sont l'objectif principal de près de 6 % des études. En 2009, les études basées sur le suivi des cohortes n'ont pas été sélectionnées dans les projets soumis au PHRC. Toutefois, l'INCa apporte son soutien aux cohortes présentant un volet cancer à travers l'appel à projets piloté par l'IRESP (2 M€ en 2009).



TABLEAU 21. TYPOLOGIE DES PROJETS PHRC CANCER FINANCÉS SELON L'AXE DE LA CIRCULAIRE 2009

Axes de la circulaire PHRC cancer 2009	Nombre	%
Essais cliniques coopératifs multicentriques	18	34,6
Essais de validité clinique des techniques innovantes	9	17,3
Essais dans les indications rares ou sur des médicaments orphelins	6	11,5
Études basées sur le suivi de cohortes	0	0

TABLEAU 22. APPROCHE THÉMATIQUE ET TECHNOLOGIQUE DES PROJETS PHRC CANCER FINANCÉS EN 2009

	Nombre de projets	Pourcentage
Stratégie médicamenteuse	18	34,6 %
Radiothérapie	9	17,3 %
Thérapie cellulaire	6	11,5 %
Imagerie	2	3,8 %
Chirurgie	1	1,9 %
Immunothérapie	1	1,9 %

La localisation, organes ou systèmes, des cancers étudiés est indiquée dans le Tableau 23, avec une plus grande fréquence pour les hémopathies malignes, les cancers du sein et les cancers digestifs.

TABLEAU 23. RÉPARTITION PAR ORGANE OU SYSTÈME DES PROJETS PHRC CANCER FINANCÉS EN 2009

	Nombre de projets	Pourcentage
Hémopathies malignes	15	28,8 %
Sein	11	21,6 %
Système digestif	9	17,3 %
Système urogénital	5	9,6 %
SNC	4	7,7 %
Peau et tissus conjonctifs	2	3,8 %
ORL	2	3,8 %
Divers	2	3,8 %
Poumon	1	1,9 %
Sarcomes	1	1,9 %
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100 %</b>

C'est en septembre 2009 qu'a été lancé l'appel à projets PHRC cancer 2010. Les projets soumis ont été évalués selon la procédure en deux étapes par un comité d'évaluation commun PHRC et STIC qui a été mis en place pour la première fois.

Deux-cent-dix-huit lettres d'intention projets ont été soumises et 113 ont été présélectionnées (Tableau 24).



#### Action 4.2

Augmenter l'inclusion dans les essais cliniques en cancérologie.

TABLEAU 24. SYNTHÈSE DE L'APPEL À PROJETS « PHRC CANCER 2010 »

<b>Date de lancement</b>	Octobre 2009 conjointement par l'INCa et la DHOS
<b>Objectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Soutenir les essais cliniques thérapeutiques, enquêtes épidémiologiques et de pratique médicale, programmes de recherche de facteurs prédictifs ou pronostiques</li> </ul>
<b>Financement prévisionnel</b>	20 M€
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Évaluation des 218 lettres d'intention soumises : 112 projets présélectionnés</li> <li>● Taux de présélection : 51 %</li> <li>● Évaluation des dossiers en mars 2010</li> <li>● Comité d'évaluation commun PHRC et STIC : 35 rapporteurs</li> <li>● Expertises en cours</li> </ul>

#### Bilan des projets PHRC des années antérieures

En 2008, l'Institut National du Cancer et le CNR2C ont organisé pour la première fois une évaluation des projets financés par le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) cancer pour les années 2003 et 2004 (85 projets financés). Cette évaluation s'est poursuivie en 2009 sur les projets financés en 2005. Un questionnaire a été adressé aux 65 investigateurs principaux. L'analyse des réponses est rapportée ci-après. Les projets ont été classés selon les définitions suivantes : i) succès (étude en cours et en bonne voie ou close) ; ii) retard (étude en cours et taux d'inclusion inférieur aux prévisions) ; iii) échec (donnée manquante, étude non débutée, en cours avec très peu d'inclusions, close sans atteindre les objectifs d'inclusion).

Sur 65 projets financés en 2005, 32 ont été classés en succès, 15 en intermédiaire et 18 en échec. Le taux global d'échec est donc de 28 % (26 % du budget global alloué). Parmi les 32 projets classés en succès, 20 sont finis et 12 sont encore en cours.

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer les retards ou les échecs, mais leur principale cause est liée aux difficultés de recrutement des patients (un tiers de projets) du fait de critères d'inclusion trop restrictifs ou de la surestimation du potentiel d'inclusion.

Les ratios de succès des projets, par organe, sont indiqués dans le Tableau 25 et par type de recherche dans le Tableau 26.

TABLEAU 25. TAUX DE SUCCÈS DES PROJETS PHRC CANCER 2005 PAR ORGANE ET SYSTÈME

Organe	Nombre projets	Succès	Retard	Échec
Hématologie	17	6	3	8
Système digestif	6	3	1	2
Sein	11	5	3	3
Système urogénital	6	4	1	1
Tissus conjonctifs et peau	1	0	1	0
Tête et cou + poumon	10	6	4	0
Système nerveux central	3	2	1	0
Autres	9	5	1	3
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>32</b>	<b>15</b>	<b>18</b>



**TABLEAU 26. TAUX DE SUCCÈS DES PROJETS PHRC CANCER 2005 PAR ORGANE ET SYSTÈME**

Type de recherche	Nombre de projets	Succès	Retard	Échec	% de succès et retard
Recherche translationnelle	22	12	5	5	78 %
Essais cliniques avec médicaments	17	9	3	5	71 %
Thérapie cellulaire et immunothérapie	10	0	1	9	10 %

L'échec relatif des projets de thérapie cellulaire et d'immunothérapie peut être expliqué par la difficulté à obtenir dans le cadre des projets académiques des produits de qualité « pharmaceutique » et par des difficultés récurrentes d'inclusion des malades dans ces protocoles « lourds » (critères d'inclusion stringents).

L'analyse préliminaire est basée sur des données déclaratives. Une analyse complémentaire sera effectuée par bibliométrie et un rapport complet devra être réalisé par les porteurs de projets dans les six années qui suivent l'acceptation des financements. De plus, les comités d'évaluation et les investigateurs seront informés de ces résultats et invités à fournir des analyses *a priori* plus strictes. Si on compare ces résultats avec ceux obtenus pour les PHRC 2003 et 2004, on note une diminution très nette du taux de succès des projets financés en 2005 (Tableau 27).

**TABLEAU 27. COMPARAISON DES TAUX DE SUCCÈS DES PROJETS PHRC CANCER 2003-2004 ET 2005 PAR ORGANE ET SYSTÈME**

Organe	Taux de succès des projets 2003-2004 (85 projets financés)	Taux de succès des projets 2005 (65 projets financés)
Hématologie	75 %	35,3 %
Système digestif	50 %	50 %
Sein	45,5 %	45,5 %
Système urogénital	61,5 %	66,6 %
Tissus conjonctifs et peau	50 %	0
Tête et cou + poumon	66,6 %	60 %
Système nerveux central	100 %	66,6 %
Autres	66,6 %	55,5 %
<b>Total</b>	<b>52 projets « succès »/total de 85 projets (61,14 %)</b>	<b>32 projets « succès »/total de 65 projets (47,7 %)</b>

#### 7.4.3. LE PROGRAMME DE SOUTIEN AUX TECHNOLOGIES INNOVANTES ET COÛTEUSES STIC

Le programme STIC a été mis en place en 2000 par le ministère de la santé. Il soutient des innovations validées au préalable en milieu clinique et qui ont une grande incidence sur le système de soins. Depuis 2005, le programme STIC consacré au cancer est géré par l'INCa en partenariat avec la DHOS. En 2009, l'INCa a proposé à la DHOS et mis en place un processus d'évaluation en deux étapes pour les projets de recherche clinique soumis au STIC comme pour les projets soumis au PHRC cancer. Sur 22 lettres d'intention soumises à l'évaluation de l'appel à projets STIC, 11 projets ont été présélectionnés puis 4 projets (taux de sélection de 18,2%) ont été *in fine* financés pour un montant de 1,6 M€ (3 de ces projets sont menés dans des centres en Île-de-France, le dernier au canceropôle CLARA). Ils portaient sur :

- la chirurgie innovante (chirurgie robotisée dans le cancer de la prostate) ;
- l'utilisation de micro-ondes dans le traitement localisé des tumeurs hépatiques et pulmonaires ;

- la TEP au fluorure de sodium dans la détection des métastases osseuses du cancer de la prostate ;
- l'apport des marqueurs moléculaires dans la prédiction de la réponse au traitement dans les cancers bronchiques non à petites cellules avancées.

Comme précédemment mentionné, un comité d'évaluation commun PHRC et STIC a été proposé pour l'appel 2010. Vingt-quatre lettres d'intention STIC ont été soumises, 11 dossiers ont été présélectionnés (taux de présélection 45,8%). L'évaluation finale sera conduite en mars 2010.

Il est à noter qu'un rapport STIC *Chimiothérapie hyperthermie intrapéritonéale* rédigé en 2009, disponible sur le site de l'INCa ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)) a été publié dans la collection « Études et Expertises » de l'INCa. Ce rapport présente les résultats d'un projet de recherche financé par le programme STIC en 2003, *Traitement curateur de certaines carcinomes péritonéales par exérèse plus chimiohyperthermie intra-péritonéale*.

#### 7.4.4. LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES ET LES PARTENARIATS INTERNATIONAUX

À la suite de la collaboration établie en 2008 entre l'INCa et le NCI (CTEP, Cancer Therapy Evaluation Program), ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux molécules innovantes dans le traitement des cancers pour les patients en France (voir paragraphe 7.8.3), l'INCa a constitué, en 2009, un réseau de 14 centres de recherche clinique français capables de mener des essais de phases précoces (phase I et II) de nouvelles molécules.

Ce réseau est désormais chargé de répondre aux appels à projets émanant du NCI sur les molécules innovantes.

Au cours de l'année 2009, ces centres ont répondu à 3 appels à projets de recherche impliquant de nouvelles molécules potentiellement efficaces sur des voies de signalisation spécifiques de la cancérogenèse (Tableau 28).



Ce document a fait l'objet de 1 165 consultations sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).



#### Action 1.3

Structurer et stimuler la recherche dans les phases précoces d'essais de nouveaux médicaments anticancéreux.



#### Action 4.6

Développer la coopération internationale dans les essais cliniques.



TABLEAU 28. SYNTHÈSE DE LA COLLABORATION INCA/NCI SUR LES ESSAIS PRÉCOQUES DE MOLÉCULES INNOVANTES

<b>Objectif</b>	Améliorer l'accès aux molécules innovantes dans le traitement du cancer pour les patients en France
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 3 appels à projets en 2009</li> <li>● 25 projets de recherche français soumis au NCI <i>via</i> l'INCa (dont 2 projets précliniques)</li> <li>● 3 projets sélectionnés sur les 2 premiers appels à projets (dont 1 préclinique)</li> <li>● Évaluation du 3<sup>ème</sup> appel à projets en cours</li> <li>● Taux de sélection 20 %</li> <li>● 9 centres ont répondu au moins une fois</li> <li>● 19 investigateurs différents ont répondu</li> </ul>
<b>Financement</b>	1,5 M€ en 2009 pour la réalisation des 2 essais cliniques.
<b>Perspectives 2010</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Labellisation des centres d'excellence d'essais de phases précoces (Plan cancer, mesure 1.3)</li> <li>● Début des inclusions des 2 premiers essais cliniques sélectionnés</li> </ul>



#### Action 4.4

Organiser le recueil d'informations entre les agences et les opérateurs de la recherche clinique et les rendre publiques.

#### FAIT MARQUANT 2009

■ 956 essais cliniques répertoriés dans le registre de l'INCa des essais de cancérologie.

#### 7.4.5. LE REGISTRE DES ESSAIS CLINIQUES EN CANCÉROLOGIE

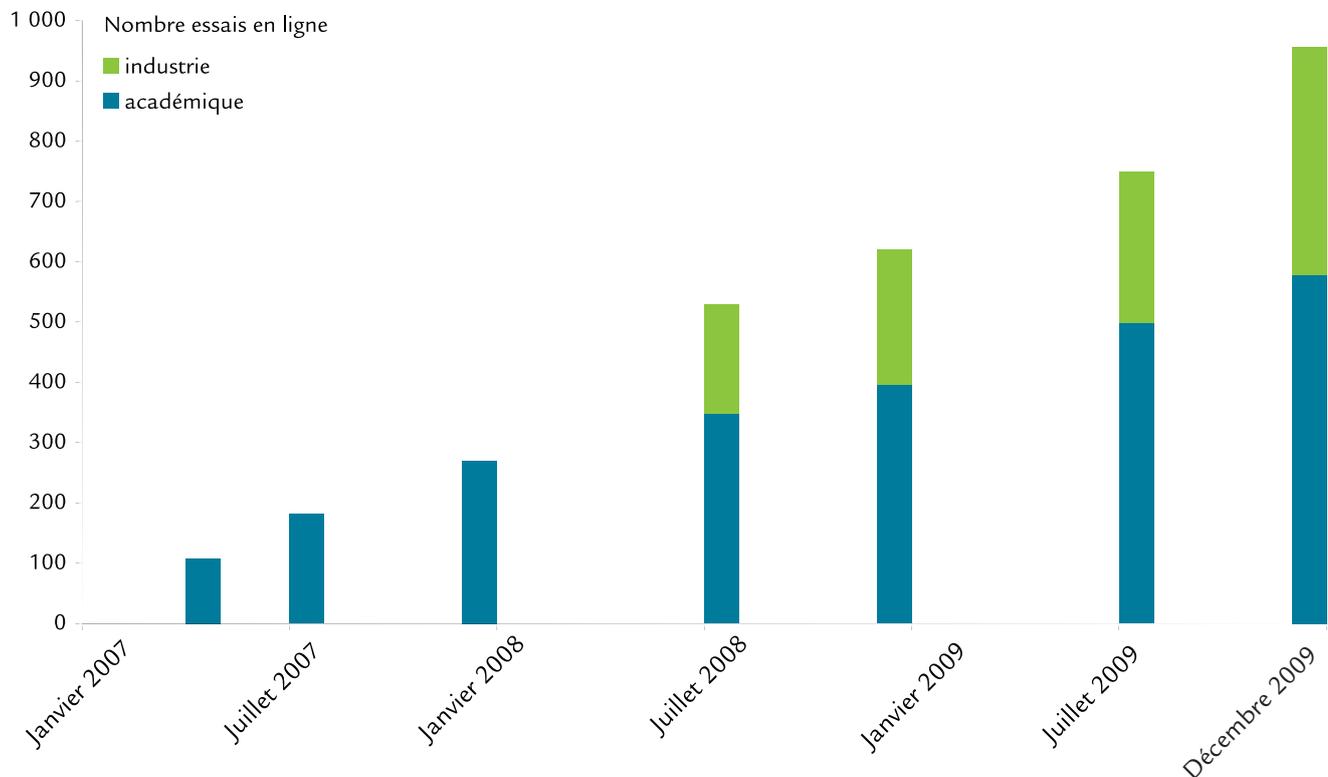
Le registre des essais cliniques en cancérologie a pour objectif de mettre à disposition des informations fiables, régulièrement mises à jour et de grande qualité sur le site internet de l'INCa.

Afin de faciliter et d'accélérer les échanges d'information, l'INCa et l'Afssaps ont signé en décembre 2009 une convention définissant les conditions de mise à disposition et de réutilisation par l'Institut National du Cancer des informations figurant dans le répertoire de l'Afssaps sur les recherches biomédicales autorisées et portant sur des médicaments à usage humain. Cette convention vise à structurer la transmission automatique, systématique et validée des données sur les essais cliniques entre l'Afssaps et l'INCa.

En 2009, l'INCa a poursuivi sa collaboration avec les organisations internationales de recherche clinique, notamment le NCI et la consultation du site [www.clinicalTrials.gov](http://www.clinicalTrials.gov) afin d'améliorer la qualité de l'affichage des essais cliniques en cancérologie ouverts en France dans le registre des essais cliniques en cancérologie de l'INCa.

En décembre 2009, 956 essais cliniques étaient répertoriés dans le registre (Figure 35) : 60,6 % d'entre eux sont des essais à promotion académique (essais académiques à fin 2008 : 63,4 %).

■ FIG. 35 : NOMBRE D'ESSAIS CLINIQUES DU REGISTRE DE L'INCa EN 2009



La consultation des essais cliniques affichés par typologie, site anatomique, type d'intervention, phase et source du financement est possible sur le registre (Tableau 29).

TABLEAU 29. TYPOLOGIE DES ESSAIS CLINIQUES EN LIGNE AU 31 DÉCEMBRE 2009

	2009	2008	2007		2009	2008	2007
<b>Total</b>	<b>956</b>	<b>620</b>	<b>270</b>	<b>Intervention*</b>			
Dont académiques	579	396	0	Médicament**	1035	581	191
En attente d'ouverture	45	22	10	Radiothérapie	113	77	47
Ouverts	553	422	233	Imagerie	57	33	25
Clos	358	176	27	Chirurgie	46	27	16
				Greffe	32	20	15
				Pharmacologie - Recherche de Transfert	70	43	33
<b>Classement anatomique*</b>							
Sein	153	110	35				
Prostate	49	33	16				
Appareil respiratoire	108	75	34	<b>Phase</b>			
Côlon et rectum	86	57	36	I	72	43	9
Voies aérodigestives supérieures (VADS) et ORL	52	34	17	I-II	57	30	10
Foie et voies biliaires	47	28	15	II	357	247	107
Appareil urinaire	37	27	8	II-III	19	15	5
Appareil génital féminin	48	31	20	III	285	179	67
Appareil digestif (autre que côlon et rectum)	52	38	17	IV	25	20	14
Peau - Mélanomes	25	15	4	Sans	141	86	58
Sang - Hématologie	197	109	36				
Système nerveux	53	30	18				
Sarcomes	28	19	10	<b>Financement***</b>			
Appareil génital masculin	6	5	5	Public	142	74	47
Système endocrinien	14	8	5	Industriel	212	144	101
Métastases	52	41	19	Mixte	49	40	23
Autres	92	58	34	Non précisé	176	138	99

\* La somme peut être supérieure au total, certains essais présentant plusieurs catégories de classification.

\*\* Comporte également les vaccins.

\*\*\* Uniquement pour les essais à promotion non industrielle.

Le type d'information recherchée par les visiteurs du registre a fait l'objet d'une enquête en 2009 à travers un questionnaire proposé en ligne pendant 6 mois (février à août 2009) ; 319 questionnaires ont été complétés par des malades (61 %) et des proches ; 66 % d'entre eux sont des femmes.

Parmi les informations les plus recherchées par les patients figurent des essais auxquels ils peuvent participer et des essais avec des nouveaux médicaments (52 %). Des informations générales sur les essais cliniques, la liste des établissements qui proposent des



essais ou les essais dans l'établissement dans lesquels les patients sont suivis, sont recherchés pour 42 % des personnes interrogées. Enfin, 12 % des patients ayant fait un commentaire souhaitent connaître les résultats des essais cliniques en cancérologie. Les principaux résultats de l'enquête sont illustrés dans le Tableau 30.

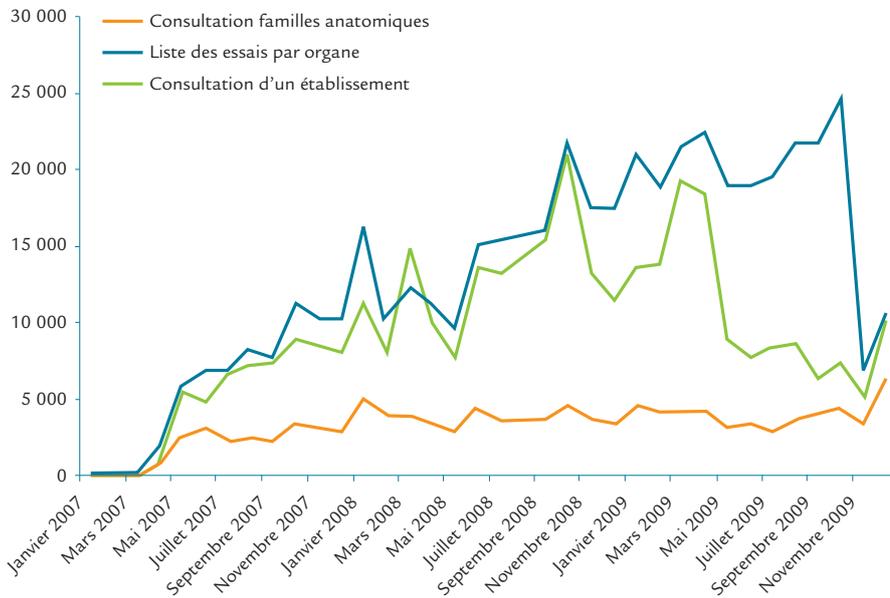
	Patients	Proches
Connaissent l'organe du cancer primitif	91 %	93 %
Connaissent la localisation primaire ou secondaire de leur cancer	85 %	81 %
Connaissent le terme « recherche clinique »	69 %	60 %
Connaissent le terme « essai clinique »	75 %	71 %
Ont été sollicités pour participer à un essai clinique	31 %	21 %
Ont accepté de participer à un essai clinique	83 %	83 %
Ont découvert le registre INCa par moteur de recherche internet	76 %	76 %
Ont découvert le registre INCa en visitant le site <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a>	28 %	28 %
Estiment que l'information proposée est compréhensible	89 %	85 %
Estiment que l'information proposée est utile	88 %	76 %

Ces données montrent que les patients et leurs proches à la recherche d'informations et ayant participé à cette enquête étaient bien informés sur leur cancer et sur l'existence des essais cliniques. La qualité et la lisibilité des informations du site semblent satisfaisantes.

La fréquence de consultation du registre des essais cliniques en constante augmentation depuis l'ouverture du site (le nombre total de visites a doublé entre octobre 2007 et 2009), a cependant connu une chute temporaire en novembre 2009 en raison du changement de version du site internet de l'INCa à cette période. La fréquence est depuis lors de nouveau en augmentation régulière et devrait afficher des valeurs comparables à celles enregistrées en octobre 2009 dans les semaines qui viennent. Parmi les différentes pages pouvant être recherchées dans le registre, la Figure 36 présente la fréquence des consultations des pages suivantes :

- consultation des familles anatomiques ;
- liste des essais par organe ;
- consultation d'un établissement.

■ FIG. 36 : FRÉQUENCE DE CONSULTATION DU REGISTRE INCa DES ESSAIS CLINIQUES



**Action 4.2**

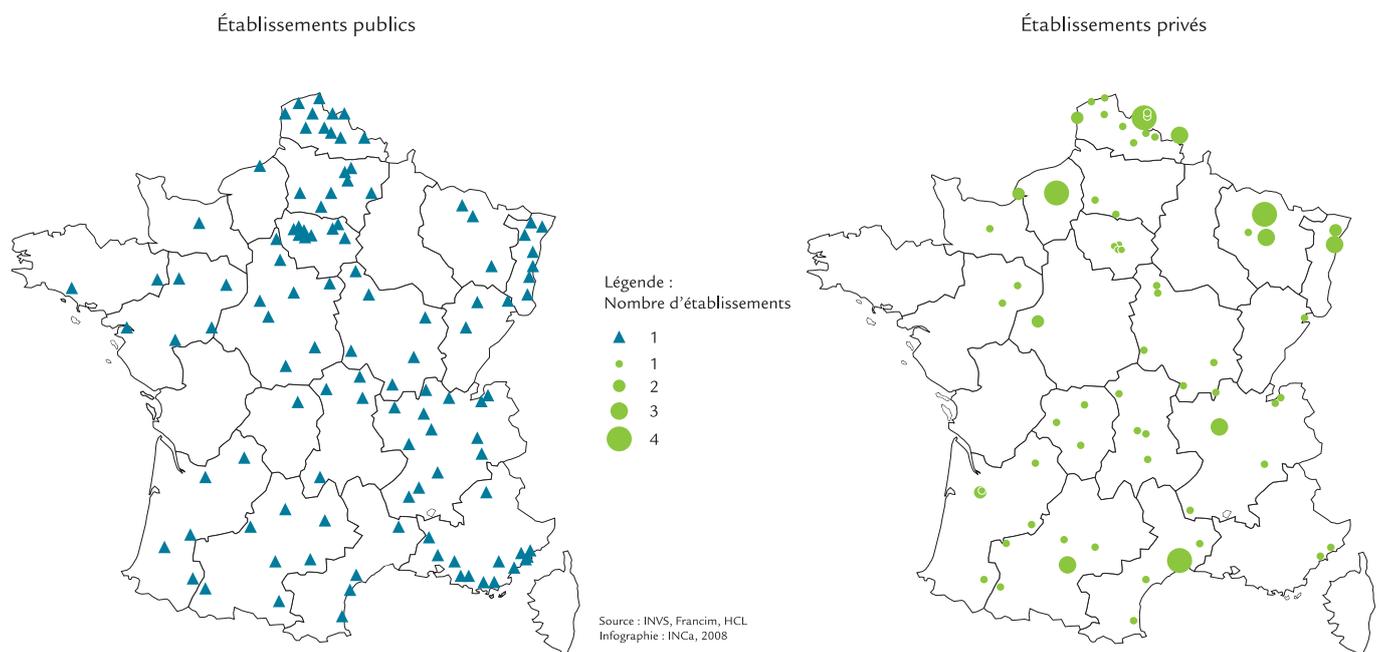
Augmenter l'inclusion dans les essais cliniques en cancérologie.

**7.4.6. LES INCLUSIONS EN RECHERCHE CLINIQUE**

En 2007, 26 Équipes mobiles de recherche clinique (EMRC) ont été mises en place, notamment pour contribuer à l'augmentation des inclusions dans les essais cliniques en cancérologie (Figure 37).



■ FIG. 37 : RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES ÉTABLISSEMENTS BÉNÉFICIAIRES D'EMRC



En 2008-2009, il y avait :

- 78 personnes (63 ETP) recrutées, 80 % occupant des postes sur contrat à durée déterminée ;
- 40 % des recrutements dans des établissements de secteur privé, 60 % de secteur public ;
- 40 % des postes occupés par des techniciens d'étude clinique et 60 % par des attachés de recherche clinique (ARC) ;
- 200 établissements dans 150 villes employant ces EMRC.

L'enquête annuelle des activités de recherche clinique menée en mai 2009 dans tous les hôpitaux employant des ARC financés par le Plan cancer 2003-2007 montre que le taux d'inclusion annuelle des patients dans les essais cliniques interventionnels en cancérologie a augmenté de 5 % entre 2007 et 2009, dont 75 % dans les essais à promotion académique (hors hôpitaux de Paris). Il est à noter que les taux d'inclusion de malades par les EMRC restent faibles. Sur l'année 2008 (les données 2009 seront publiées en avril 2010), seuls 25 patients ont été recrutés par ETP d'EMRC et environ 50 patients par ETP de CHU ou de CLCC. En plus des séminaires de formation des ARC organisés dans le cadre du congrès Eurocancer (voir paragraphe 7.9.2), l'INCa va mettre en œuvre des mesures spécifiques pour optimiser les activités des EMRC. Par ailleurs, une réflexion sera engagée pour revoir leur répartition géographique sur le territoire national.

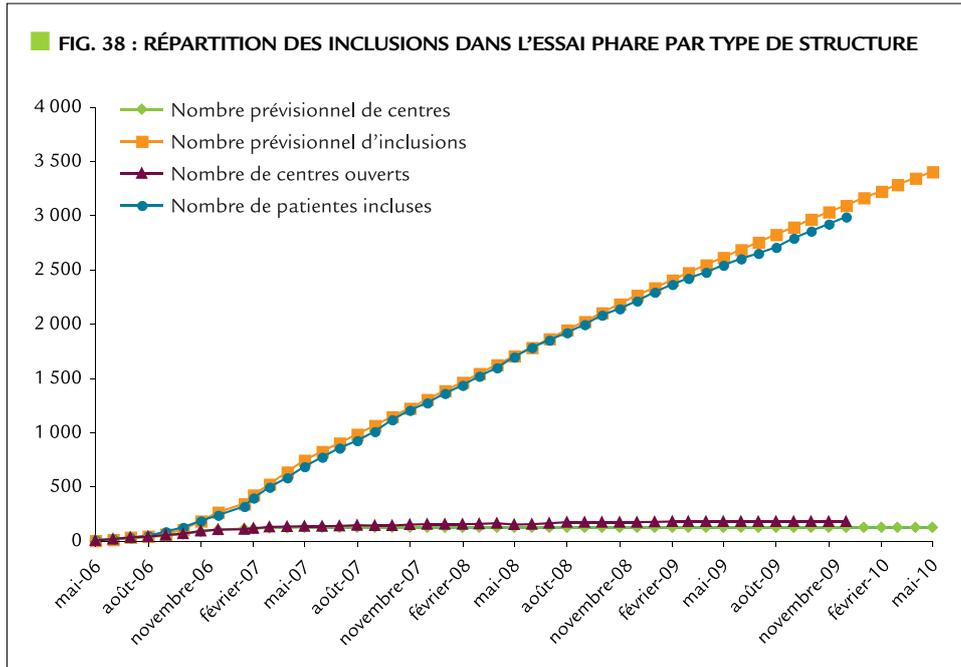
L'augmentation du nombre d'inclusions dans les essais cliniques en cancérologie est une priorité du Plan cancer 2009-2013. Un effort particulier devra donc être engagé en faveur de l'inclusion notamment des populations âgées et des enfants (action 4.2 du Plan cancer). Le tableau 31 rapporte les nombres d'inclusion dans ces populations spécifiques et pour les cancers hématologiques.

TABLEAU 31. NOMBRE D'INCLUSIONS 2007 ET 2008 (HORS AP-HP)

Année	2007	2008
<b>Hématologie</b>		
Nombre d'inclusions dans les essais académiques	1 691	2 690
Nombre d'inclusions dans les essais industriels	570	917
<b>Total</b>	<b>2 261</b>	<b>3 607</b>
<b>Patients âgés</b>		
Nombre d'inclusions dans les essais académiques	295	722
Nombre d'inclusions dans les essais industriels	27	100
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>822</b>
<b>Enfants</b>		
Nombre d'inclusions dans les essais académiques	853	1 089
Nombre d'inclusions dans les essais industriels	19	65
<b>Total</b>	<b>872</b>	<b>1 154</b>

#### 7.4.7. LES ESSAIS CLINIQUES PROMUS PAR L'INCa

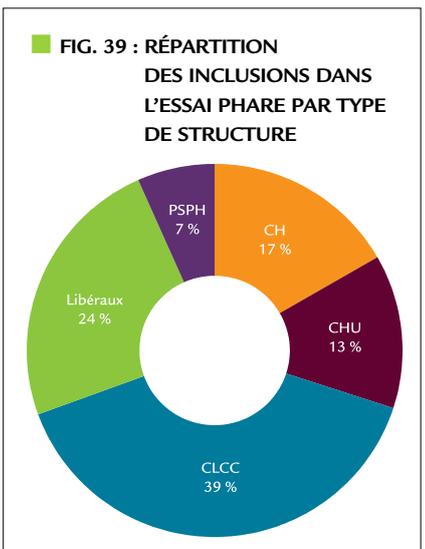
En 2009, deux études promues et conduites par l'INCa, l'essai PHARE (Protocole Herceptin® Adjuvant Réduisant l'Exposition<sup>37</sup>) et l'étude SIGNAL ont bénéficié d'un excellent taux d'inclusion (action 4.2 du Plan cancer 2009-2013). L'essai PHARE a permis l'inclusion de près de 3 000 patientes fin 2009 (Figure 38), ce qui place l'étude comme le plus grand essai national dans le cancer du sein jamais réalisé puisque 20 à 25 % de la population éligible à l'essai est incluse dans l'essai.



Quatre-cent-quatre-vingt-quinze investigateurs participent à l'essai PHARE dans 177 centres de soins (Figure 39), dont 151 (85 %) ont inclus des patientes.

#### FAIT MARQUANT 2009

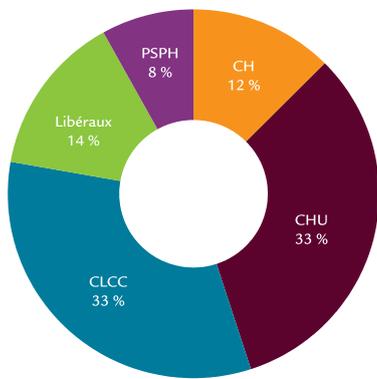
■ Lancement de la nouvelle étude clinique SIGNAL établie en complément de l'essai PHARE (2 983 patientes incluses dans PHARE soit 97 % de recrutement théorique).



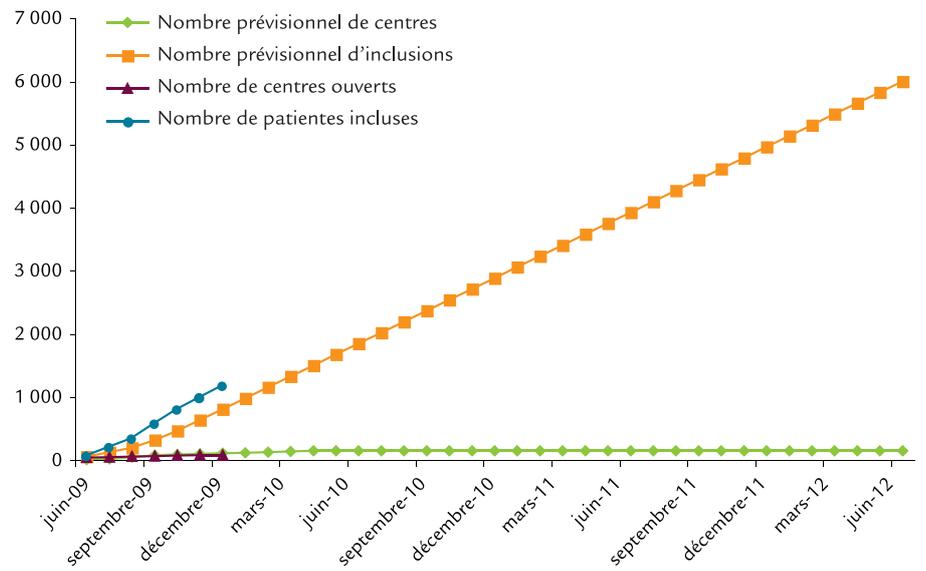
37. L'essai PHARE (Protocole Herceptin® Adjuvant Réduisant l'Exposition) est un essai multicentrique, national, randomisé comparant 6 mois à 12 mois de traitement chez les patientes recevant le trastuzumab en situation adjuvante.

L'étude SIGNAL (mise en place juin 2009) d'identification et de validation, par une approche pan-génomique, de facteurs génétiques de prédisposition au cancer du sein HER2+ et de facteurs prédictifs de toxicité ou de sensibilité au traitement, bénéficie de l'expérience de recrutement rapide du réseau des investigateurs français sollicités dans l'étude PHARE. Les inclusions dans l'étude SIGNAL ont démarré très rapidement puisque près de 1 200 patientes étaient déjà incluses 6 mois après le lancement de l'étude (Figure 40), soit 144 % du recrutement théorique au 31/12/09. La répartition des inclusions dans l'essai SIGNAL par type de structure est indiquée dans la figure 41.

**FIG. 41 : RÉPARTITION DES INCLUSIONS DANS L'ESSAI SIGNAL PAR TYPE DE STRUCTURE**

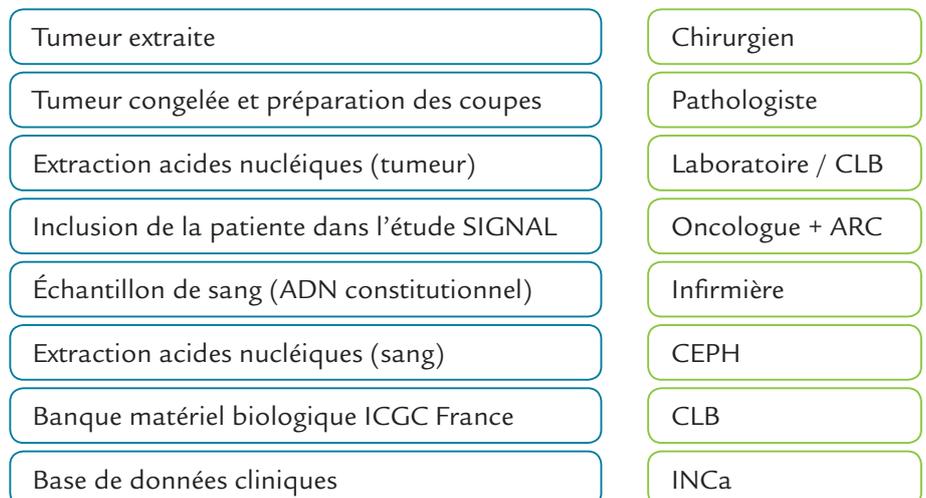


**FIG. 40 : COURBE DES INCLUSIONS DANS L'ESSAI SIGNAL**



Le design pragmatique de SIGNAL (figure 42) permet à tous les établissements de participer à une recherche clinique innovante associée à une recherche cognitive et de transfert d'excellence. Soixante-quinze centres de soins participent déjà à l'étude, dont 45 (60%) ont inclus des patientes ; près de 30 nouveaux centres sont en cours d'ouverture.

**FIG. 42 : SCHÉMA D'ORGANISATION DE L'ÉTUDE SIGNAL2**



CEPH : Centre d'études du polymorphisme humain CLB : Centre Léon Bérard (Lyon) ICGC : International Consortium on Genomics of Cancer

Certains centres investigateurs participent également à une sous-étude de l'étude SIGNAL, SIGNAL2, dont le but est de décrire l'ensemble des altérations génétiques survenant dans le cancer du sein, notamment pour les tumeurs sur-exprimant le gène HER2, et de contribuer ainsi au programme national coordonné par l'INCa et réalisé dans le cadre du Consortium international de génomique du cancer.

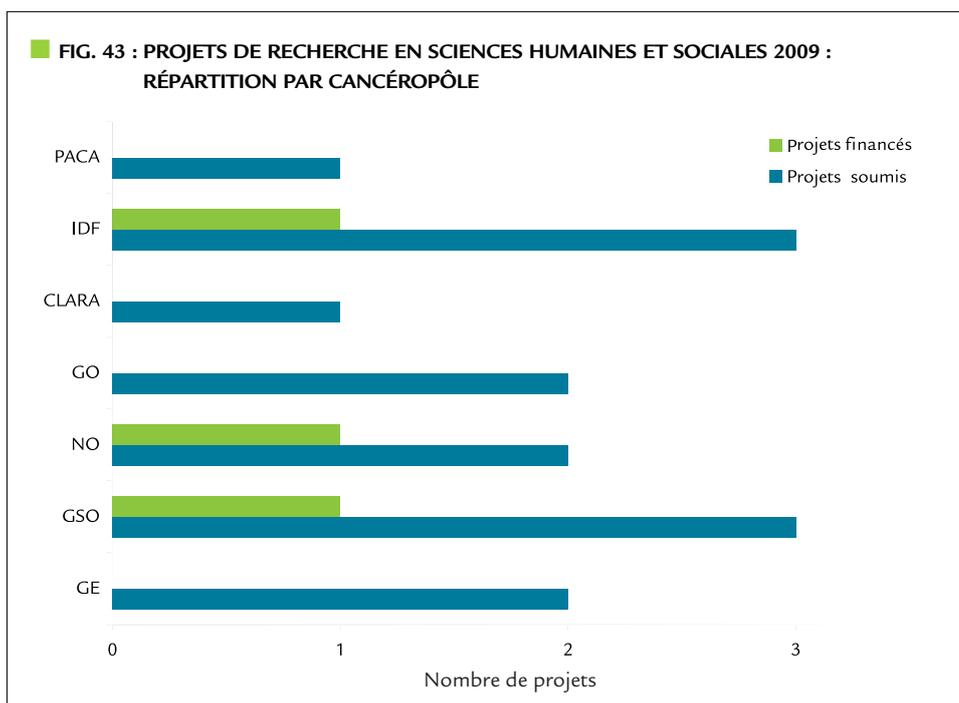
### 7.5. LES PROGRAMMES LIBRES DE RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES, ÉPIDÉMIOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE

Parmi les disciplines scientifiques contribuant à la lutte contre le cancer, l'INCa organise et finance des recherches en santé publique, épidémiologie et sciences humaines et sociales (SHS). De manière générale, ces travaux visent à mieux comprendre les conditions de vie et l'expérience vécue des malades, les conséquences à long terme de la maladie, les pratiques de prévention et de dépistage, le fonctionnement du système de soins et de santé et la place de ses différents acteurs.

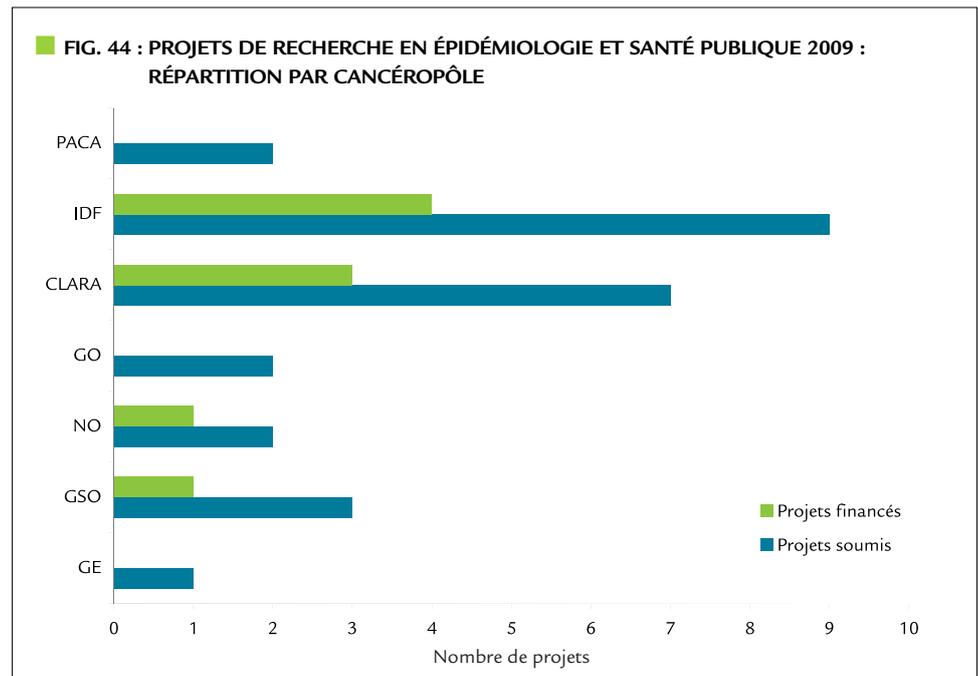
Les recherches en santé publique et épidémiologie visent plus particulièrement à mieux cerner les représentations, attitudes et comportements face au cancer et aux risques de cancer, que ce soit chez les individus atteints ou non atteints, l'entourage, dans le cadre de leurs milieux de vie ou de travail ; il s'agit également, à travers ces travaux, d'améliorer la connaissance de l'impact psychologique, économique et sociétal des cancers et de leurs traitements, des innovations thérapeutiques ou encore de la survie à long terme des anciens patients.

Les recherches en santé publique et épidémiologie concernent des projets susceptibles d'affiner la compréhension des facteurs de risque, le repérage précoce, le dépistage et la prévention tertiaire, et d'améliorer les connaissances en épidémiologie descriptive et analytique des cancers.

En 2009, 3 projets libres de recherche en SHS ont été financés pour un montant global de 0,54 M€, sur 14 projets soumis à l'évaluation (Figure 43). Les projets sélectionnés explorent en particulier les conséquences psychologiques de l'évolution des modes de prise en charge médicale des patients.



En épidémiologie et santé publique, 9 projets ont été financés pour un montant global de 1,57 M€, sur 26 projets soumis (Figure 44). Un tiers des projets sélectionnés portent sur des questions relatives aux dépistages, deux tiers d'entre eux étudient divers facteurs de risques, environnementaux, professionnels, psychologiques et comportementaux. Aucun des projets de recherche soumis dans le domaine de la prévention n'a été sélectionné.



Les projets de recherche soumis à l'appel à projets libres 2010 (SHS-EPI-SP) sont en cours d'évaluation ; parmi eux, 6 projets portent sur l'évaluation de la qualité de vie des patients ou des proches, 18 projets sont tout ou partie orientés sur l'analyse des comportements et attitudes de prévention face au cancer. Ces deux axes de recherche constituent des priorités du Plan cancer 2009-2013, respectivement les actions 4.5 et 3.3. La sélection des projets se fera en avril 2010.

## 7.6. LE PROGRAMME DE GÉNOMIQUE DU CANCER

Après 14 ans de travaux menés en collaboration à l'échelle internationale, le projet Génome Humain a permis, en 2004, d'obtenir la séquence complète des 3 milliards de paires de bases d'un ADN humain, un ADN qui, en fait, résultait de la combinaison des génomes d'un petit nombre de donneurs anonymes.

D'une envergure similaire sur les plans scientifiques, technologiques et organisationnels, le projet International Cancer Genome Consortium (ICGC) vise à séquencer les génomes des tumeurs de plusieurs milliers de patients afin de mieux comprendre, pour une cinquantaine de types de cancers, le rôle des altérations génomiques dans le développement de ces cancers.

Ces connaissances seront mises, le plus rapidement possible, à la libre disposition de tous les chercheurs du monde entier pour élaborer de nouvelles stratégies dans la prévention, le diagnostic et le traitement des cancers.

L'Institut National du Cancer représente la France au sein de l'ICGC, assure le financement des projets menés par les équipes de recherche et coordonne l'ensemble du dispositif en France. La contribution de la France au séquençage complet des 5 cancers les plus fréquents est un objectif décidé dans le Plan cancer 2009-2013 (action 5.4).



### Action 4.5

Soutenir les recherches portant sur la qualité de vie des patients pendant le cancer et après la maladie.



### Action 3.3

Renforcer les partenariats Afsset-INCa-ANR sur les actions du PNSE2 et organiser en 2011 un colloque international pour faire le point sur les risques environnementaux et comportementaux.



### Action 5.4

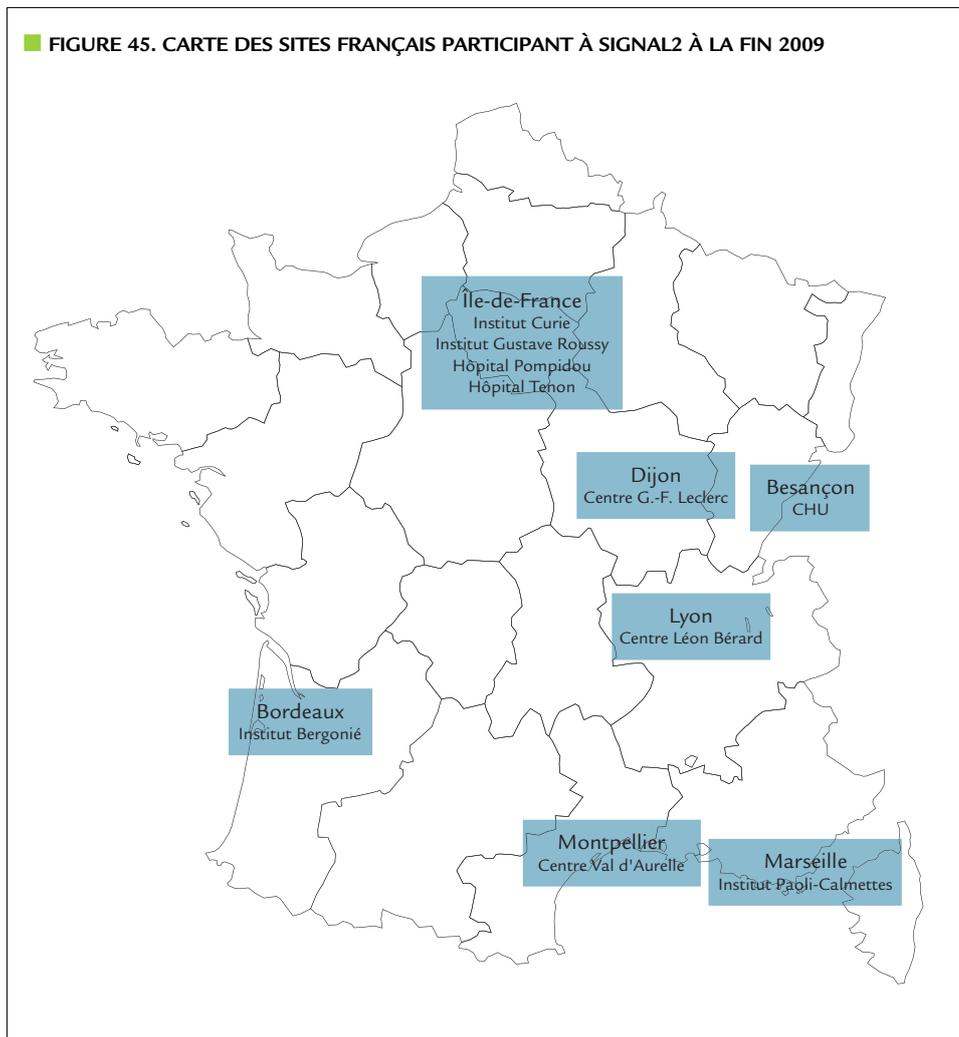
Soutenir le programme de génomique du cancer dans le cadre du Consortium international de génomique du cancer (ICGC).

En 2009, une phase pilote ICGC a été engagée. Pour la production des données de séquençage, le Centre national de génotypage (CNG, Institut de génomique du CEA) est le partenaire unique associé au programme.

Pour les deux types de tumeurs (carcinome hépatocellulaire et cancer du sein HER2+) relevant de la responsabilité de l'INCa au sein de l'ICGC, l'état d'avancement du programme est le suivant :

- cancer du foie : dans le réseau national des biobanques de tumeurs du foie, qui regroupe aujourd'hui plus de 1 000 tumeurs d'étiologies différentes (alcool, hépatite B ou C...), 14 tumeurs liées à l'alcool ont été sélectionnées. Le séquençage du génome entier de 7 paires de tumeur/tissu sain a été réalisé. Les réarrangements chromosomiques et les mutations sont en cours d'analyse ;
- cancer du sein : dès l'automne 2008, 4 centres de lutte contre le cancer et le CNG ont été impliqués pour l'obtention et la sélection des tumeurs ; 5 autres centres devraient rejoindre prochainement le réseau (Figure 45). Les échantillons proviennent à la fois de collections prospectives et rétrospectives. Les procédures de recueil des consentements éclairés ont été définies. Plus de 330 échantillons ont été analysés par les groupes de pathologistes et 20 tumeurs du sein HER2+ ont été présélectionnées. La caractérisation des ADN et ARN est en cours avant de procéder au séquençage. Le programme ICGC de séquençage de tumeurs de sein s'articule avec l'étude SIGNAL2 présentée dans le paragraphe 7.4.7.

■ FIGURE 45. CARTE DES SITES FRANÇAIS PARTICIPANT À SIGNAL2 À LA FIN 2009



### 7.7. LES RESSOURCES BIOLOGIQUES

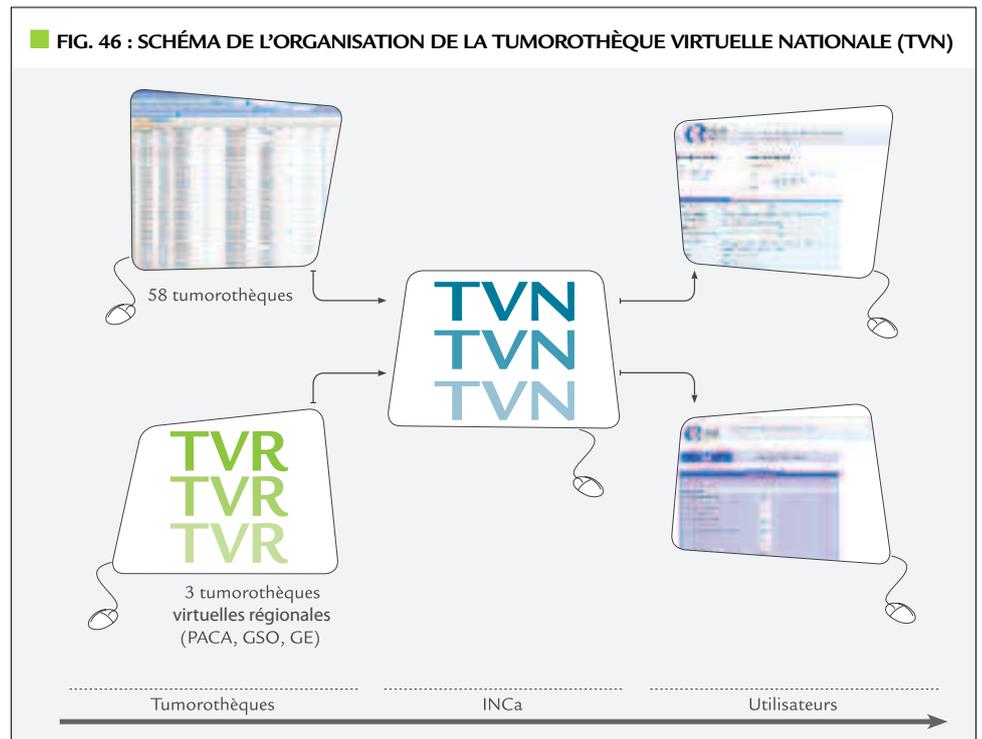
L'INCa poursuit le travail initié dans les années antérieures afin notamment d'améliorer l'organisation de l'activité de collecte, de conservation et de préparation des échantillons biologiques à des fins de recherche. En collaboration avec son groupe de travail « ressources biologiques », l'INCa a publié un document de recommandations pour l'optimisation des coûts et de l'organisation.

Afin de renforcer les échanges entre les tumorothèques et les équipes de recherche, de faciliter le repérage des ressources biologiques disponibles, de permettre la mise en place de protocoles de recherche au niveau national et/ou international, l'INCa s'est engagé dans le projet de Tumorothèque Virtuelle Nationale (TVN). La TVN (Figure 46) permettra non seulement l'accès aux informations concernant les ressources biologiques et l'activité des tumorothèques, par une application web (accessible *via* le site de l'INCa), mais aussi le stockage, l'interrogation et la visualisation :

- des informations correspondant au catalogue national des ressources biologiques disponibles dans les 58 tumorothèques ;
- des informations du rapport d'activité annuel des 58 tumorothèques.

L'analyse des rapports d'activité 2008 a permis de relever les principaux éléments suivants :

- les tumorothèques ne sont pas spécialisées (grande hétérogénéité des collections stockées) ;
- les relations inter établissements sont en augmentation ;
- les tumorothèques développent et optimisent leur activité à des fins de recherche ce qui se traduit par :
  - une augmentation des personnels (techniciens, ARC et ingénieurs biologistes) ;
  - une augmentation du nombre d'échantillons destinés à la recherche ;
  - 75 % des tumorothèques possèdent un conseil scientifique ;
  - 48 tumorothèques (88 %) participent à 648 projets de recherche (700 publications pour lesquelles les tumorothèques ont fourni des échantillons) ;
- l'accès aux données patients (cliniques et comptes rendus anatomopathologiques) est en principe possible, mais reste difficile car pas ou peu organisé ;
- la pérennisation des postes créés dans le cadre des financements incitatifs n'est pas systématique.



De plus, l'INCa participe à l'harmonisation des politiques de soutien aux Centres de ressources biologiques (CRB) – Tumorothèques.

Au niveau national, l'INCa participe au financement de Centres de ressources biologiques par l'appel à projets coordonné par le ministère de la recherche (Direction générale de la recherche et de l'innovation), en liaison avec le GIS « Infrastructures en biologie santé et agronomie » (IBiSA) (voir paragraphe 7.2.3).

Au niveau international, l'INCa poursuit son engagement auprès de l'Inserm pour renforcer la politique nationale au sein du consortium européen BioBank and BioMolecular Research Infrastructures (BBMRI).

## 7.8. LES PROGRAMMES INTERNATIONAUX

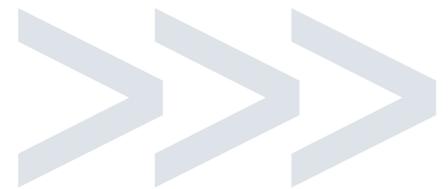
Le Plan cancer 2009-2013 vise, à travers la mesure 5, à faire de la France une référence internationale ; l'INCa dans ses activités va s'efforcer de renforcer la présence de la recherche française dans des programmes européens et internationaux et soutenir le développement de collaborations globales sur le cancer afin de promouvoir les actions du Plan dans la sphère internationale et augmenter ainsi leur impact.

Les principales actions internationales développées en 2009 sont illustrées par la Figure 47.

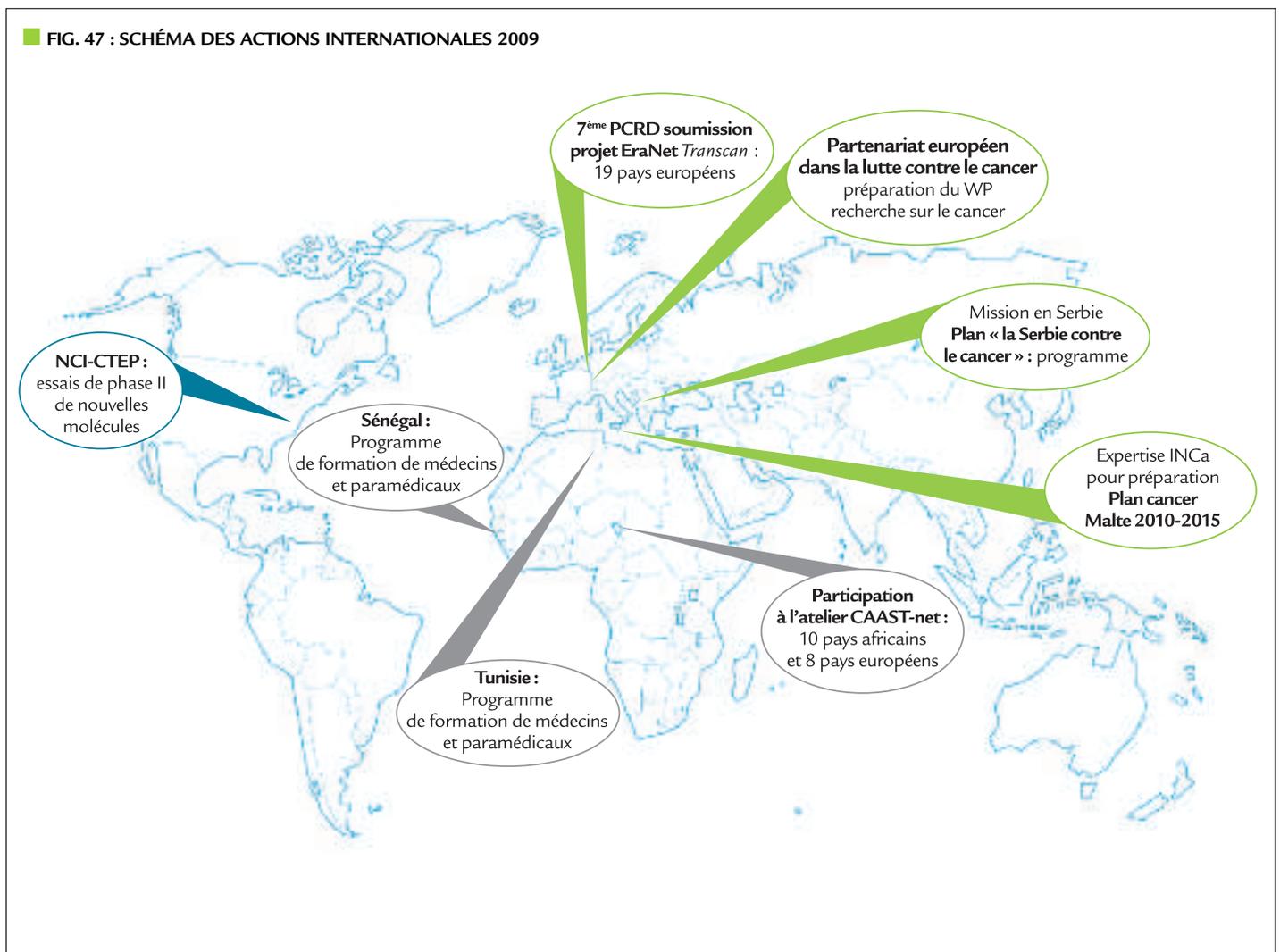


### Mesure 5

Faire de la France une référence internationale.



■ FIG. 47 : SCHÉMA DES ACTIONS INTERNATIONALES 2009




 plan  
cancer

### Action 1.1.

Renforcer la recherche translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets et par une politique de sites de recherche pluridisciplinaires labellisés.

## 7.8.1. LE RENFORCEMENT DES RÉSEAUX SCIENTIFIQUES EUROPÉENS DANS LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE ET DANS LA RECHERCHE PLURIDISCIPLINAIRE SUR LE CANCER

Le renforcement des moyens pour la recherche pluridisciplinaire constitue une des actions phare du Plan cancer 2009-2013.

Ainsi en 2009, l'INCa a activement contribué à la préparation d'un projet ERANET (Transcan) dans le domaine de la recherche translationnelle sur le cancer (7<sup>ème</sup> PCRD). Ce projet, organisé par le ministère de la santé italien, vise à coordonner les programmes de financement nationaux par l'organisation d'appels à projets conjoints, multi pays (25 partenaires institutionnels européens dans 19 pays) ; l'objectif à terme étant de renforcer la structuration et les réseaux de recherche translationnelle européens.

Par ailleurs, l'action « coordination de la recherche sur le cancer » du Partenariat européen dans la lutte contre le cancer (COM(2009)291/4), sera pilotée par l'INCa et ECCO (European Cancer organisation). L'objectif est d'aider les États membres à coordonner leurs actions contre le cancer dans quatre grands domaines : promotion de la santé et détection précoce du cancer, bonnes pratiques en matière de soins, coopération et coordination de la recherche, données et informations.


 plan  
cancer

### Action 5.5

Développer la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer en mobilisant le ministère des affaires étrangères, l'INCa, l'IRD et l'ANRS, notamment sur des programmes de formation des médecins et des paramédicaux.

## 7.8.2. LES ACTIONS DE COOPÉRATIONS INTERNATIONALES

Des réunions de concertation ont eu lieu avec les copilotes de l'INCa pour l'action 5.5 du Plan cancer (IRD et MAEE) ainsi qu'avec d'autres partenaires institutionnels pour définir et préparer les activités futures :

- mise en place de programmes de formation de médecins et paramédicaux (mise en œuvre de conventions avec la Tunisie et le Sénégal dans un premier temps) ;
- réflexion pour la mise en œuvre d'expertises de type collégial focalisée sur un type de cancer et un groupe de pays, permettant de définir avec les pays concernés les modalités d'intervention les plus appropriées ;
- atelier organisé dans le cadre de CAAST-Net (Coordination and Advancement of sub-Saharan Africa-EU Science & Technology Cooperation), dans le but d'établir une concertation sur les champs de coopération pouvant être développés entre les États d'Afrique et d'Europe ;
- redéfinition des missions et objectifs du réseau RCCI (Réseau cancer de coopération internationale) pour accompagner les actions de coopération futures entrant dans l'action 5.5.

Sur le plan opérationnel :

- 8 stagiaires tunisiens (mastère de physique médicale de l'Institut Salah Azaeiz) ont été accueillis dans des centres français durant 6 mois en 2009 (financement INCa) ;
- 2 infirmières et une physicienne du Centre Joliot Curie à Dakar ont été identifiées pour bénéficier d'une formation de 5 mois, respectivement en chimiothérapie et radiothérapie/curiethérapie en France en 2010 ;
- un mammographe numérique avec système de macrobiopsie a été installé au CHU Charles Nicolle à Tunis.

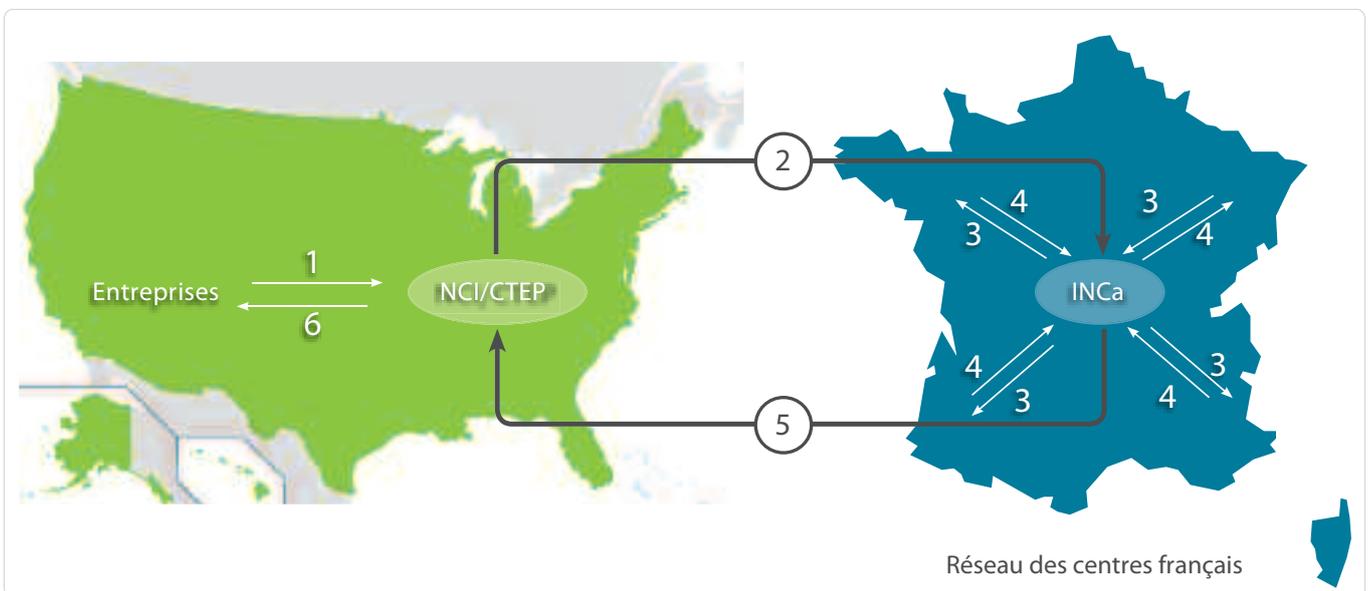
Les actions internationales de l'INCa permettent également le partage d'expertise et le développement d'actions spécifiques liées à la lutte contre le cancer :

- l'expertise française a été sollicitée par les autorités maltaises pour la préparation de leur plan cancer 2010-2015 et la création d'un hôpital dédié à l'oncologie à Malte : une mission d'expertise (DGS, INCa) est programmée en mars 2010 ;
- à la demande de l'ambassade de France à Belgrade, et à la suite du lancement en avril 2009 du plan « La Serbie contre le cancer », une mission de l'INCa a été invitée à présenter les actions de dépistage développées en France aux oncologues et cliniciens ayant bénéficié d'un programme de formation franco-serbe entre 2003 et 2007.

### 7.8.3. LE PARTENARIAT AVEC LE NCI AMÉRICAIN

L'INCa et le National Cancer Institute (NCI) américain ont signé en septembre 2009 un protocole d'accord afin de favoriser les collaborations dans le domaine de la recherche biomédicale dans le cancer. Sur la base de ce protocole d'accord, un contrat a été négocié en 2009 entre l'INCa et la Division of Cancer Treatment and Diagnosis du NCI. Il organise la participation de centres français sélectionnés par l'INCa, à un programme portant sur des essais de phase II de nouvelles molécules mises à disposition par les entreprises pharmaceutiques auprès du NCI (Figure 48). Le but ultime est d'accélérer le développement de ces nouveaux traitements et leur mise à disposition auprès des patients en France. L'INCa coordonne l'accès au programme pour les centres d'investigations français, et soutient la mise en œuvre des projets sélectionnés. En 2009, 15 projets ont été soumis par les équipes françaises et 3 ont été sélectionnés (voir paragraphe 7.4.4).

■ FIG. 48 : COLLABORATION SUR LES ESSAIS DE PHASES PRÉCOCES ENTRE LE NCI AMÉRICAIN ET L'INCa



1. Les entreprises confient des molécules aux NCI pour le développement dans des indications spécifiques.
2. Le NCI/CTEP lance un vaste appel à projets à environ 100 centres américains. Cet appel est désormais ouvert aux centres français via l'INCa.
3. L'INCa sollicite le réseau français (14 centres à ce jour).
4. Les centres français répondent sous forme de lettres d'intention (synopsis du protocole), revues par l'INCa.
5. Les lettres d'intention sont soumises au NCI/CTEP par l'INCa pour une évaluation.
6. En cas d'évaluation positive par le NCI, le projet est soumis à l'entreprise pharmaceutique pour un accord final : le protocole complet, l'importation de médicaments en France ainsi que l'inclusion des patients sont ensuite mis en place.

### 7.8.4. L'INTERNATIONAL CANCER GENOME CONSORTIUM ET LE PROJET EUROPÉEN DE GÉNOMIQUE DU CANCER DU SEIN BASIS

L'INCa est membre fondateur de l'International Cancer Genome Consortium (ICGC) créé en avril 2008, et à ce titre représente la France à son comité exécutif. En 2009, l'INCa a notamment participé au second atelier scientifique qui s'est tenu au Royaume-Uni, et aux 5 réunions du comité exécutif. L'INCa soutient les programmes engageant la France dans l'ICGC (voir paragraphe 7.6).

Dans le contexte des travaux de l'ICGC, le projet BASIS (Breast Cancer Somatic Genetics Study), coordonné par le Wellcome Trust Sanger Institute (Royaume-Uni) et qui rassemble 13 partenaires institutionnels dans 8 pays, dont l'INCa, a été sélectionné pour financement par la Commission européenne dans le cadre du 7<sup>ème</sup> PCRD sur une durée de 4 ans. Ce projet vise à étudier les altérations génétiques somatiques dans les cancers du sein (ER+, HER2-). Dans ce cadre, l'INCa contribue à la fourniture de matériels et à



#### Action 5.4

Soutenir le programme de génomique du cancer dans le cadre du Consortium international de génomique du cancer (ICGC).



leur codification/évaluation, ainsi qu'aux analyses bioinformatiques et à l'intégration des données.

### 7.9. LES ÉVÉNEMENTS SCIENTIFIQUES DE L'INCa ET LES SÉMINAIRES DE BILAN DES PROJETS FINANCÉS

Les symposiums scientifiques organisés par la direction de la recherche de l'INCa ont pour objectifs non seulement de faire le point sur des domaines de recherche sur le cancer et de proposer de nouvelles orientations des programmes soutenus par l'INCa, mais aussi de rassembler les différentes disciplines de recherche afin de favoriser le développement d'approches pluridisciplinaires et intégrées de la recherche sur le cancer.

#### FAIT MARQUANT 2009

- 12 séminaires et symposiums scientifiques dont 4 symposiums internationaux.

En 2009, 12 rencontres scientifiques ont été organisées, parmi elles 8 séminaires nationaux et 4 symposiums internationaux. Cinq journées scientifiques ont été consacrées au suivi et bilan des projets financés par l'INCa. Au total, plus de 1 000 participants ont assisté à ces manifestations scientifiques.

L'agenda de l'année 2009 est résumé dans le Tableau 32.

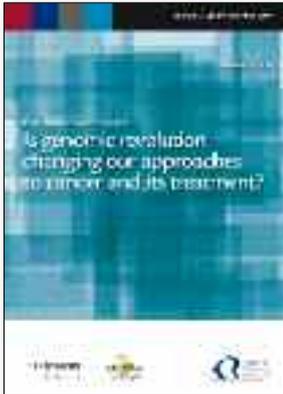
TABLEAU 32. AGENDA DES ÉVÉNEMENTS SCIENTIFIQUES 2009

Action du Plan cancer	Date	Titre	Type de rencontre	Nombre de participants
4.7 5.4	4 février 2009	Symposium « La révolution génomique va-t-elle changer notre approche du cancer et de ses traitements ? »	Workshop international	150
	28 mai, 4 et 11 juin	Séminaires de suivi des projets sciences humaines et sociales	Séminaires nationaux	42
1.3b	8-9 juin 2009	Workshop Inserm-Écoles Nationales Vétérinaires	Séminaire national	95
4.2	23 juin 2009	1re journée de formation des attachés en recherche clinique en cancérologie	Séminaire national	150
17.1	2 juillet 2009	Séminaire PAIR PROSTATE	Séminaire national	156
	16 septembre 2009	Séminaire de suivi des projets STIC cancérologiques	Séminaire national	
1.1	5 octobre 2009	Colloque « Accélérer le transfert des nanotechnologies au diagnostic, pronostic et traitement des cancers »	Symposium international	100
3.5	13 octobre 2009	Colloque « Cohortes et suivi des cancers »	Symposium international	107
1.1	20-24 octobre 2009	ICMS « recherche translationnelle »	Symposium international	666
	14 décembre 2009	Colloque « Bilan des projets dans le cadre de l'appel à projets commun lancé en 2006 », financés par l'INCa et l'Institut Lilly	Séminaire national de restitution des projets	60

La typologie des participants aux symposiums internationaux varie selon les événements mais globalement, l'audience se compose à 80 % de chercheurs et médecins issus du secteur public et pour 10 % de représentants du secteur de l'industrie du médicament et des biotechnologies.

Les synthèses des événements sont présentées sur le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

### 7.9.1. LES SYMPOSIUMS INTERNATIONAUX



#### Symposium international – Génomique du cancer

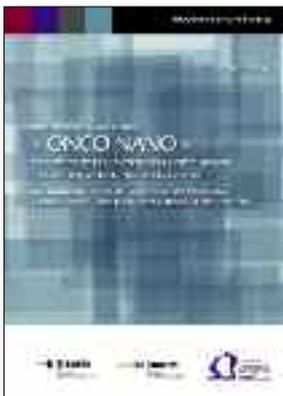
Ces dernières années, l'évolution des outils technologiques permet de caractériser de nouvelles cibles thérapeutiques, mais aussi de considérer de nouvelles pistes pour améliorer la prévention, le diagnostic précoce et le meilleur traitement pour chaque individu.

Le symposium organisé par l'INCa a illustré ces avancées récentes en génétique et génomique du cancer et a apporté un éclairage sur les évolutions en matière d'éthique et de génétique.

#### ONCONANO : accélérer le transfert des nanotechnologies au diagnostic, pronostic et traitement des cancers

Le double objectif du symposium a été d'une part de favoriser les collaborations entre les chercheurs travaillant dans les domaines des nanotechnologies et de l'oncologie, et d'autre part d'identifier les champs d'application potentiels des nanotechnologies dans le domaine du cancer :

- agents de « surveillance » de modifications moléculaires ;
- agents d'imagerie pour le diagnostic précoce ;
- outils de recherche permettant l'identification de nouvelles cibles et l'évaluation en temps réel de l'efficacité d'une thérapie ;
- nouvelles méthodes de prise en charge pour améliorer la qualité de vie.



#### Cohortes et recherche sur les cancers

Ce colloque international a été organisé par l'INCa en collaboration avec les Instituts thématiques multi-organismes cancer, et Santé publique de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé, ainsi que l'Institut de recherche en santé publique (IReSP). L'objectif était de favoriser les initiatives de mutualisation des ressources des cohortes et de favoriser la concordance de l'annotation des ressources biologiques pour une exploitation des données dans le domaine du cancer.

L'INCa s'est engagé dans le soutien de cohortes présentant un volet cancer par l'intermédiaire de l'appel à projets « cohortes » piloté par l'IReSP.



#### Conférence internationale sur le microenvironnement des tumeurs et la recherche translationnelle

La 5<sup>ème</sup> édition de la Conférence internationale sur le microenvironnement des tumeurs a été organisée en partenariat avec l'ICMS (International Cancer Microenvironment Society), l'INCa et l'AACR (American Association for Cancer Research). Le taux de participation (43 pays) est le plus élevé depuis le début de ces conférences en 1995 : plus de 220 posters présentés, 5 prix décernés et une récompense octroyée à deux jeunes chercheurs français pour leurs travaux.

Cette conférence a permis de prendre acte de l'importance du rôle du microenvironnement tumoral dans la progression de la tumeur, et de promouvoir une revue critique des récents résultats de la recherche fondamentale et des études cliniques innovantes sur le cancer.



#### Action 5.4

Soutenir le programme de génomique du cancer dans le cadre du Consortium international de génomique du cancer (ICGC).



#### Action 1.1

Renforcer la recherche translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets et par une politique de sites de recherche pluridisciplinaire labellisés.



#### Action 3.5

Financer de grandes cohortes nationales généralistes adossées à des collections biologiques, notamment sur appels à projets lancés par l'IReSP.



#### Action 1.1

Renforcer la recherche translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets et par une politique de sites de recherche pluridisciplinaires labellisés.




 plan  
cancer

#### Action 4.2

Augmenter l'inclusion dans les essais cliniques en cancérologie.

### 7.9.2. LES SÉMINAIRES NATIONAUX

#### Séminaire national « L'attaché de recherche clinique : un acteur indispensable », Journées Eurocancer

Lors du congrès Eurocancer 2009, l'INCa et le Centre d'investigations thérapeutiques en oncologie et hématologie ont organisé la 1<sup>re</sup> journée de formation des attachés en recherche clinique (ARC) en cancérologie en deux modules, l'un méthodologique et l'autre clinique. Ces sessions de formation continue des ARCs en cancérologie seront désormais organisées sur une base pluriannuelle. L'objectif est d'optimiser les actions des EMRC et ainsi de favoriser l'inclusion dans les essais cliniques.


 plan  
cancer

#### Action 17.1

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

#### Séminaire national - PAIR prostate

Afin d'accompagner le Programme d'actions de recherche intégrées sur le cancer de la prostate (PAIR prostate, voir paragraphe 7.1.1) auquel la Ligue nationale contre le cancer et l'Association pour la recherche sur le cancer se sont associées, les réflexions menées par le groupe multidisciplinaire, sous la direction du Pr Olivier Cussenot, ont été présentées à la communauté scientifique afin de mobiliser les équipes de recherche sur l'appel à projets lancé par l'INCa.

Les conclusions de la journée ont permis de définir les bases de l'appel à projets lancé en septembre 2009 : compréhension de l'oncogenèse de la prostate ; connaissance des mécanismes et de la physiopathologie (modélisation) ; approche d'épidémiologie causale et de développement translationnel ; innovation stratégique et technologique. De plus, l'engagement de l'Institut National du Cancer a été confirmé pour soutenir les travaux sur la pathologie prostatique, non seulement en termes de recherche, mais aussi de recommandations de pratique clinique et autres domaines de son action.

Ce séminaire constitue une étape importante des actions de l'INCa menées dans le cadre du Plan cancer 2009-2013 visant à définir une stratégie de détection précoce du cancer de la prostate.


 plan  
cancer

#### Action 1.3b

Développer et soutenir les alternatives expérimentales *in vitro* et chez l'animal aux différentes étapes des essais cliniques des anticancéreux chez l'homme.

#### Workshop Inserm-Écoles nationales vétérinaires

Ce séminaire a été organisé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), l'ITMO Cancer (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé), les 4 Écoles nationales vétérinaires (ENV), la Direction générale de l'enseignement et de la recherche du ministère de l'agriculture et de la pêche et l'Institut National du Cancer.

Ce séminaire a fait le point sur l'état des connaissances concernant plusieurs cancers pouvant se développer spontanément de manière similaire chez l'homme et un animal familier, tels le chien ou le chat.

Les collaborations déjà existantes entre les ENV et des unités de recherche extérieures aux ENV dans le domaine de la cancérologie ont été présentées pour les syndromes myéloprolifératifs, les lymphomes, les tumeurs mammaires. Par ailleurs, des bases de structurations collaboratives possibles ont été établies pour gliomes-méningiomes, mélanomes et ostéosarcomes.

Ce séminaire constitue une étape importante des actions de l'INCa menées dans le cadre du Plan cancer 2009-2013 afin de favoriser et stimuler les interactions entre recherche biomédicale chez l'homme et sous l'angle vétérinaire.

### 7.9.3. LES RENCONTRES SCIENTIFIQUES ET BILAN DES PROJETS DE RECHERCHE SUR LE CANCER

#### Suivi des projets STIC cancérologiques

L'INCa pilote depuis 2005, en association avec la DHOS, le programme de Soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) en cancérologie qui permet de financer des projets d'ampleur nationale concernant des technologies validées sur le plan clinique et pour lesquelles se pose la question de l'impact de leur diffusion, notamment sur le plan médico-économique.

En 2009, une journée de rencontres, associant les représentants des équipes coordinatrices des projets STIC, des représentants des institutions publiques concernées par les innovations technologiques (DHOS, HAS, CNAMTS, Mission T2A, Afssaps, ATIH), les membres de la commission d'évaluation scientifique des STIC et des représentants des sociétés savantes, a été organisée autour du thème « chirurgie innovante et imagerie » ; 16 projets ont été présentés. Cette dynamique d'échange d'informations a pour but d'améliorer le transfert des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades.

#### Bilan des projets de recherche 2006 soutenus par l'INCa et l'Institut Lilly

Le partenariat engagé en 2006 entre l'INCa et l'Institut Lilly avait pour objectif de soutenir de jeunes chercheurs ou des projets de recherche dans trois domaines : recherche biomédicale, recherche clinique et recherche en sciences humaines et sociales. Après 3 années, l'INCa a dressé le bilan des 12 projets sélectionnés et financés pour 1,17 M€, lors du séminaire organisé en décembre 2009 (4 sessions : génétique et génomique des cancers, radiothérapie et thérapies ciblées, imagerie et technologies innovantes, et sciences humaines et sociales).

Le 1<sup>er</sup> bilan bibliométrique fait état de 19 publications scientifiques, dont 12 issues de la recherche clinique, 5 de la recherche fondamentale et 2 de sciences humaines et sociales. De nombreuses publications sont en préparation.

#### Séminaires nationaux – Suivi et bilan des projets de Sciences humaines et sociales

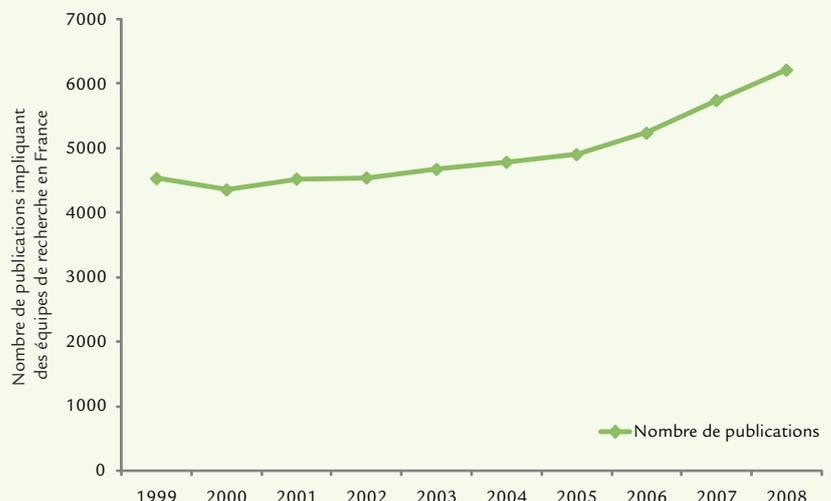
Les 3 séminaires de suivi des projets de sciences humaines et sociales qui se sont déroulés les 28 mai, 4 et 11 juin 2009 ont permis de faire le point sur les thématiques suivantes en présence d'experts invités :

- les proches des patients atteints de cancer (8 projets) ;
- l'évaluation de la qualité de vie en cancérologie (12 projets) ;
- les transformations des prises en charge en cancérologie (5 projets).



#### ■ PERFORMANCE DE LA RECHERCHE FRANÇAISE SUR LE CANCER ET VISIBILITÉ

En Europe, la France occupe la 4<sup>ème</sup> place en termes de publications scientifiques sur le cancer (articles, lettres et revues) immédiatement après l'Italie, l'Allemagne, et le Royaume-Uni. En 2008, les publications scientifiques françaises sur le cancer représentent 11 % de l'ensemble des publications scientifiques. Cette proportion est similaire au Royaume-Uni et en Allemagne avec 10 % et 11 % respectivement. Les publications françaises relevant du domaine de l'oncologie se positionnent au 2<sup>ème</sup> rang du domaine biomédical. En Allemagne, l'oncologie se situe au 3<sup>ème</sup> rang et au Royaume-Uni au 6<sup>ème</sup> rang (études réalisées par l'Inserm). Les indicateurs bibliométriques montrent une forte augmentation des publications cancer françaises depuis 2005 (27 %), probablement due aux efforts développés avec la mise en place du premier Plan cancer 2003-2007.



## TABLE DES TABLEAUX, INCa, RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009

<b>Tableau 1.</b>	Catalogue des productions des guides ALD à destination des médecins traitants en cours ou publiés au 31 décembre 2009	60
<b>Tableau 2.</b>	Suivi des indicateurs réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et programme personnalisé de soins (PPS) dans le dossier communiquant de cancérologie (DCC)	62
<b>Tableau 3.</b>	Exemple d'élaboration d'une recommandation de prise charge spécialisée : prise en charge du cancer du sein <i>in situ</i> (INCa/Société française de sénologie et de pathologie mammaire)	68
<b>Tableau 4.</b>	Délivrance des autorisations par les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) au 31 décembre 2009	72
<b>Tableau 5.</b>	Calendrier des publications des RBU	78
<b>Tableau 6.</b>	Marqueurs prédictifs déterminant l'accès à une thérapie ciblée	81
<b>Tableau 7.</b>	Implantation des appareils de radiothérapie de haute technicité en 2009	86
<b>Tableau 8.</b>	Répartition globale des pathologies traitées dans les centres équipés de Cyberknife®	86
<b>Tableau 9.</b>	Répartition globale des pathologies traitées dans les centres équipés de Tomotherapy® (entre janvier 2007 et septembre 2009)	87
<b>Tableau 10.</b>	Documents édités et réédités en 2009	104
<b>Tableau 11.</b>	Répartition des publications réalisées en 2009	114
<b>Tableau 12.</b>	Récapitulatif des appels à projets 2009	118
<b>Tableau 13.</b>	Synthèse de l'appel à projet « PAIR CHC 2009 »	120
<b>Tableau 14.</b>	Synthèse de l'appel à projets « PAIR PROSTATE 2010 »	121
<b>Tableau 15.</b>	Synthèse de l'appel à projets « Projets libres : recherche biomédicale 2009 »	122
<b>Tableau 16.</b>	Analyse typologique des projets financés, appel à projets « Projets libres – recherche biomédicale 2009 »	123
<b>Tableau 17.</b>	Types de plateformes technologiques du vivant financées 2008-2009	124
<b>Tableau 18.</b>	Synthèse de l'appel à projets « Recherche translationnelle 2009 »	125
<b>Tableau 19.</b>	Synthèse de l'appel à projets « PHRC cancer 2009 »	128
<b>Tableau 20.</b>	Financement alloué aux projets 2009 du PHRC cancer	129
<b>Tableau 21.</b>	Typologie des projets PHRC cancer financés selon l'axe de la circulaire 2009	130
<b>Tableau 22.</b>	Approche thématique et technologique des projets PHRC cancer financés	130
<b>Tableau 23.</b>	Répartition par organes ou systèmes des projets PHRC cancer financés	130
<b>Tableau 24.</b>	Synthèse de l'appel à projets « PHRC cancer 2010 »	131
<b>Tableau 25.</b>	Taux de succès des projets PHRC cancer 2005 par organe et système	131
<b>Tableau 26.</b>	Taux de succès des projets PHRC cancer 2005 par organe et système	132
<b>Tableau 27.</b>	Comparaison des taux de succès des projets PHRC cancer 2003-2004 et 2005 par organe et système	132
<b>Tableau 28.</b>	Synthèse de la collaboration INCa/NCI sur les essais précoces de molécules innovantes	133
<b>Tableau 29.</b>	Typologie des essais cliniques en ligne au 31 décembre 2009	135
<b>Tableau 30.</b>	Enquête 2009 sur le registre des essais cliniques de l'INCa	136
<b>Tableau 31.</b>	Nombre d'inclusions 2007 et 2008 (hors AP-HP)	138
<b>Tableau 32.</b>	Agenda des événements scientifiques 2009	148

## TABLE DES FIGURES, INCa, RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009

<b>Figure 1.</b> Taux standardisés d'incidence tous cancers à l'échelle régionale en 2005 en France métropolitaine	30
<b>Figure 2.</b> Ressources financières des registres 2004-2008 et parts financées par l'INCa, l'InVS et l'Inserm	31
<b>Figure 3.</b> Ventilation des 1 918 abonnés à la diffusion hebdomadaire Nota Bene Cancer selon l'origine et la profession (décembre 2009)	32
<b>Figure 4.</b> Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	43
<b>Figure 5.</b> Sites expérimentaux de dépistage et de lutte intégrée contre le cancer du col utérin	47
<b>Figure 6.</b> Mélanome, incidence et mortalité estimées chez l'homme	49
<b>Figure 7.</b> Mélanome, incidence et mortalité estimées chez la femme	49
<b>Figure 8.</b> Outil de formation à la détection précoce des cancers de la cavité buccale en accès libre sur <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a>	51
<b>Figure 9.</b> Nombre de fiches RCP conservées dans le DCC rapporté aux dossiers de patients enregistrés en RCP en 2007 et en 2008	62
<b>Figure 10.</b> Enquête annonce 2008, taux de participation	63
<b>Figure 11.</b> Nombre de patients bénéficiaires de consultations médicales dédiées à l'annonce en 2007 et 2008 rapporté aux cancers incidents	64
<b>Figure 12.</b> Nombre de patients bénéficiaires d'un entretien soignant spécifique à l'annonce en 2007 et 2008 rapporté aux cancers incidents	65
<b>Figure 13.</b> Proposition et diffusion par le RRC d'une trame de PPS commune régionale en 2008	66
<b>Figure 14.</b> Évolution du nombre de dossiers de patients enregistrés en RCP de 2005 à 2008	67
<b>Figure 15.</b> Référentiels sein, prostate, côlon, poumon : évolution de la couverture	69
<b>Figure 16.</b> Référentiels sein, prostate, côlon, poumon : nombre de référentiels par RRC	70
<b>Figure 17.</b> Liste des items minimaux devant figurer dans un compte rendu anatomopathologique pour une pièce opératoire d'exérèse d'un cancer du sein	76
<b>Figure 18.</b> Répartition des dépenses de 2004 à 2008 par catégories d'anticancéreux de la liste en sus hors secteur privé	79
<b>Figure 19.</b> Répartition des dépenses des 10 molécules anticancéreuses les plus prescrites en 2008 de la liste en sus des GHS hors secteur privé	79
<b>Figure 20.</b> Évolution des dépenses de 2006 à 2008 des 5 molécules anticancéreuses les plus prescrites en 2008 de la liste en sus des GHS hors secteur privé	80
<b>Figure 21.</b> Évolution du nombre de tests KRAS entre 2007 et 2009	81
<b>Figure 22.</b> Cartographie des centres des 175 centres de radiothérapie en 2009	85
<b>Figure 23.</b> Taux de mise en œuvre moyen par indicateur	88
<b>Figure 24.</b> Protocole Oncodage : courbe des inclusions en décembre 2009	93
<b>Figure 25.</b> Répartition des commandes de guides Cancer info par type de public, janvier-septembre 2009	105
<b>Figure 26.</b> Répartition des commandes de guides Cancer info par type de public, octobre-décembre 2009	105
<b>Figure 27.</b> Appels à projets Cancer info relais, cartographie des candidatures retenues	106
<b>Figure 28.</b> Évolution du nombre de publications entre 2007 et 2009	114
<b>Figure 29.</b> Évolution de la fréquentation du site internet <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a> depuis 2006	115
<b>Figure 30.</b> Nouveaux projets de recherche financés en 2009, proportion des projets du budget recherche attribué par cancéropôles	117
<b>Figure 31.</b> Répartition des projets par cancéropôle, appel à projets PAIR CHC	120
<b>Figure 32.</b> Appels à projets libres –« Projets libres : recherche biomédicale 2009 » : répartition des projets par cancéropôle	123
<b>Figure 33.</b> Appel à projets « Recherche translationnelle 2009 » : répartition des projets par cancéropôles	126
<b>Figure 34.</b> Projets de recherche clinique PHRC cancer 2009 : répartition des projets par cancéropôle	129
<b>Figure 35.</b> Nombre d'essais cliniques du registre de l'INCa en 2009	134

## TABLE DES FIGURES, INCa, RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009

---

<b>Figure 36.</b> Fréquence de consultation du registre INCa des essais cliniques	137
<b>Figure 37.</b> Répartition géographique des établissements bénéficiaires d'EMRC	137
<b>Figure 38.</b> Courbe des inclusions dans l'essai PHARE	139
<b>Figure 39.</b> Répartition des inclusions par type de structure	139
<b>Figure 40.</b> Courbe des inclusions dans l'essai SIGNAL	140
<b>Figure 41.</b> Répartition des inclusions par type de structure	140
<b>Figure 42.</b> Schéma d'organisation de l'étude SIGNAL2	140
<b>Figure 43.</b> Projets de recherche en sciences humaines et sociales 2009 : répartition par cancérôpôles	141
<b>Figure 44.</b> Projets de recherche en épidémiologie et santé publique 2009 : répartition par cancérôpôles	142
<b>Figure 45.</b> Carte des sites français participant à SIGNAL2 à la fin 2009	143
<b>Figure 46.</b> Schéma de l'organisation de la tumorothèque virtuelle nationale (TVN)	144
<b>Figure 47.</b> Schéma des actions internationales 2009	145
<b>Figure 48.</b> Collaboration sur les essais de phases précoces entre le NCI américain et l'INCa	147

## ANNEXE 1. LES PUBLICATIONS DE L'INCa EN 2009

---

### 4 GUIDES PATIENTS CANCER INFO

1. Comprendre la chimiothérapie
2. Démarches sociales et cancer
3. Comprendre la radiothérapie
4. Mon enfant a un cancer

### 10 FICHES REPÈRE

1. Risque de cancers et cannabis
2. La chicha et risques pour la santé
3. Risques de cancers et particules fines
4. Cancers et tabagisme passif
5. Cancers et tabac
6. Cancers et tabac (édition mise à jour)
7. Risques de cancers et pesticides
8. Risques de cancers et perturbateurs endocriniens
9. Cancers et substances chimiques
10. Nutrition et prévention des cancers
11. Risques de cancers et produits du tabac sans fumée

### 12 RAPPORTS ET EXPERTISES

#### Santé publique

1. La situation du cancer en 2009
2. Synthèse : les Français face au dépistage des cancers
3. Atlas de la mortalité par cancer en France
4. Nutrition et prévention des cancers

#### Soins

1. Enquête sur les pratiques en radiothérapie en 2009
2. Observatoire national de la radiothérapie en 2009
3. Premier rapport d'étape du comité national de suivi de la radiothérapie
4. Radiologie interventionnelle en cancérologie
5. La situation de la chimiothérapie en 2009
6. Réseaux de cancérologie – synthèse nationale sur les tableaux de bord 2007 des réseaux régionaux de cancérologie
7. État des lieux et perspectives en oncogériatrie
8. Rapport d'activité d'oncogénétique 2008 - Évolution 2003-2008

### 30 RECOMMANDATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

#### Pour les spécialistes :

##### Chirurgie prophylactique :

1. Syndrome de HNPCC/Lynch
2. Polypose adénomateuse familiale et associées à MYH
3. Cancer gastrique diffus héréditaire
4. Néoplasies endocriniennes multiples de type 2
5. Cancer du sein
6. Cancer de l'ovaire
7. Dimension psychologique de la chirurgie prophylactique
8. Assurabilité
9. Rapport intégral de la chirurgie prophylactique



10. Place de la TEP cancer du poumon
11. Prise en charge cancer de l'ovaire traitement chirurgical
12. Prise en charge cancer de l'ovaire traitements adjuvants et de consolidation
13. Cancer du sein *in situ* (rapport intégral)
14. Cancer du sein *in situ* (plaquette)
15. Biomarqueurs tissulaires... dans la prise en charge du cancer du sein
16. LABEL carcinome épidermoïde cutané (rapport intégral)
17. LABEL carcinome épidermoïde cutané (plaquette des recommandations)
18. Label cancérologie digestive : pratiques chirurgicales (rapport intégral)
19. Label cancérologie digestive : pratiques chirurgicales (plaquette des recommandations)

#### **Guides ALD**

1. Cancers des voies aérodigestives supérieures (302.3 KB)
2. Lymphomes non hodgkiniens ganglionnaires de l'adulte
3. Cancer du poumon et mésothéliome pleural malin
4. Cancer de la prostate
5. Cancer colorectal
6. Mélanome cutané

#### **Recommandations ayant obtenu le label INCa-HAS**

1. Carcinome épidermoïde cutané : prise en charge diagnostique et thérapeutique  
Recommandations de la Société française de dermatologie (SFD) - mai 2009
2. Cancérologie digestive : pratiques chirurgicales  
Recommandations de la Société française de chirurgie digestive (SFCD) et de l'Association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique (ACHBT) - février 2009
3. Cancer primitif non à petites cellules du poumon : pratiques chirurgicales  
Recommandations de la Société française de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (SFCTCV) - décembre 2008

#### **Oncogénétique**

1. Principales recommandations de prise en charge des femmes porteuses d'une mutation de BRCA1 ou BRCA2
2. Principales recommandations de prise en charge des patients porteurs d'une mutation d'un gène MMR dans le syndrome de Lynch

## 8 RÉFÉRENTIELS DE BON USAGE DU MÉDICAMENT

1. Traitement du lymphome T épidermotrope en cas d'intolérance, de contre-indication ou d'échec à la Carylolsine® topique - Protocole thérapeutique temporaire BICNU® - Carmustine (décembre 2009)
2. Carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou (juillet 2009)
3. Cancers urologiques et génitaux de l'homme (juillet 2009)
4. Cancers gynécologiques (mars 2009 - révision d'AMM de Gemzar® juillet 2009)
5. Cancers du sein (mise à jour pour HERCEPTIN® et TAXOTERE® mars 2009 - révision d'AMM de Gemzar® juillet 2009 - révision d'AMM d'Avastin® novembre 2009)
6. Cancers hématologiques de l'adulte (décembre 2008 - révision des AMM octobre 2009)
7. Cancers bronchiques et mésothéliomes pleuraux malins (juillet 2007 - révision des AMM : décembre 2008 - mise à jour avril 2009 - révision d'AMM de Gemzar® juillet 2009 - révision d'AMM d'ALIMTA® septembre 2009)
8. Cancers digestifs (janvier 2007 - révision des AMM : décembre 2008 - mise à jour mai 2009 - Révision d'AMM Campto® novembre 2009)

## 2 STIC

1. Évaluation médico-économique du ganglion sentinelle
2. Évaluation médico-économique chimio hypertermie intrapéritonéale (CHIP)

## 4 RAPPORTS INSTITUTIONNELS

1. Rapport d'activité 2008
2. Rapport scientifique 2009 en français
3. Rapport scientifique 2009 en anglais
4. Interface (x 12)

## 4 AUTRES RAPPORTS

1. Plan cancer 2009-2013
2. Recommandations du Pr Grünfeld
3. Rapport du comité national de la radiothérapie
4. Partage d'expériences - inciter les populations en situation de vulnérabilité...



## ANNEXE 2.

## PLAN CANCER 2009-2013, LES MESURES ET ACTIONS ENGAGÉES

## AXE RECHERCHE

## Mesure 1 - Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

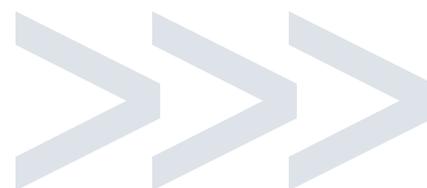
<b>Action 1-1</b>	Renforcer la recherche translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets et par une politique de sites de recherche pluridisciplinaires labellisés	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Financement AAP 2009 recherche translationnelle : 24 projets financés</li> <li>● Lancement de l'AAP 2010 en septembre 2009</li> <li>● Préparation cahier des charges pour la labellisation des sites de recherche intégrée sur le cancer</li> <li>● Réunions de préparation projet ERANET recherche translationnelle</li> </ul>
<b>Action 1-2</b>	Soutenir par l'attribution de bourses de recherche la formation des acteurs de la santé et de la recherche à la recherche translationnelle	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● AAP 2009 Formation recherche translationnelle : 17 candidats financés</li> <li>● Lancement AAP 2010</li> </ul>
<b>Action 1-3</b>	Structurer et stimuler la recherche dans les phases précoces d'essais de nouveaux médicaments anticancéreux	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Préparation du cahier des charges de labellisation des centres de recherche clinique phases précoces</li> <li>● Réponse des centres français aux 3 AAPs « molécules innovantes » du NCI en 2009, 3 projets sélectionnés sur les 2 premiers AAPs, évaluation du 3<sup>e</sup> AAP 1<sup>er</sup> semestre 2010. Financement des projets sélectionnés par l'INCa dès 2009</li> <li>● Réunion de concertation : conseillers de la direction recherche avec cliniciens, chercheurs et écoles vétérinaires pour délimiter les collaborations possibles dans le domaine des modèles animaux thérapeutiques pour le cancer : développement de modèles d'estimation des effets liés aux expositions multiples, étude de biomarqueurs de prédiction précoce de transformation et susceptibilité, développement de nouveaux outils thérapeutiques</li> </ul>
<b>Action 1-4</b>	Établir des partenariats de recherche et développement entre les laboratoires internationaux et les acteurs de la recherche en cancérologie fédérés dans l'ITMO Cancer (LIR-G5-LEEM)	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Première réunion INCa LIR LEEM en octobre 2009</li> </ul>
<b>Action 1-5</b>	Renforcer les interactions entre les structures de valorisation de la recherche publique et les acteurs économiques pour suivre et accompagner les projets à potentiel de développement économique	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Relations établies avec la structure de valorisation Inserm transfert pour les projets de recherche translationnelle sélectionnés par l'AAP 2009. Envoi des dossiers avec l'accord de l'investigateur-coordonnateur</li> </ul>

## Mesure 2 - Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer

<b>Action 2-1</b>	Développer des appels à projets récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de réduire ces inégalités	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Financement des 4 projets « inégalités de santé face au cancer » sélectionnés au sein de l'AAP SHS-EPI-SP</li> </ul>
<b>Action 2-2</b>	Mobiliser les cancérpôles pour animer et développer des programmes de recherche sur les déterminants régionaux des inégalités avec les acteurs scientifiques, les acteurs de santé publique et de santé. Les résultats des programmes doivent se traduire en actions de terrain, validation et extension à la population ciblée	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sensibilisation des cancérpôles à l'axe inégalités de santé face au cancer par la participation du président de la conférence des cancérpôles à la commission de pilotage du rapport de J.-P. Grünfeld</li> </ul>

## ET/OU ACCOMPAGNÉES PAR L'INCa EN 2009

AXE RECHERCHE			
Mesure 3 - Caractériser les risques environnementaux et comportementaux			
<b>Action 3-1</b>	Développer une recherche en épidémiologie analytique plus réactive s'appuyant sur des sites référents	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1<sup>re</sup> réunion de mise en place du réseau tumeur cérébrales</li> </ul>
<b>Action 3-2</b>	Réactiver une recherche compétitive en toxicologie, en génétique et épidémiologie moléculaire et en recherche clinique interventionnelle par des appels à projets	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Financement AAP 2009 épidémiologie et santé publique</li> <li>● Réunion des conseillers de la direction recherche pour définir les champs des prochains AAPs</li> </ul>
<b>Action 3-3</b>	Renforcer le partenariat AFSSET-INCa-ANR sur les actions du Programme National Santé Environnement PNSE2 et organiser en 2011 un colloque international pour faire le point sur les risques environnementaux et comportementaux	AFSSET	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Réunion AFSSET pour définir les modalités d'action sur la programmation des recherches</li> <li>● Financement par l'INCa des projets cancer sélectionnés sur l'AAP de l'AFSSET</li> </ul>
<b>Action 3-4</b>	Mobiliser les acteurs en santé publique, santé animale (Écoles vétérinaires et INRA) et environnement (AFSSET) pour lancer des appels à projets et financer des équipes de recherche sur programmes dédiés	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Réunion de concertation : conseillers de la direction recherche avec cliniciens, chercheurs et écoles vétérinaires pour délimiter les collaborations possibles dans le domaine des modèles animaux thérapeutiques pour le cancer : développement de modèles d'estimation des effets liés aux expositions multiples, étude de biomarqueurs de prédiction précoce de transformation et susceptibilité, développement de nouveaux outils thérapeutiques</li> <li>● AAP recherche translationnelle lancé en septembre 2009, avec lignes spécifiques concernant les modèles alternatifs aux essais cliniques, évaluation des projets fin mars 2010</li> <li>● Préparation du Workshop Cancer et nutrition avec INRA et AVIESAN (réalisation 16 mars 2010)</li> </ul>
<b>Action 3-5</b>	Financer de grandes cohortes nationales généralistes adossées à des collections biologiques, notamment sur appel à projets lancé par l'IRESP avec le soutien des ministères en charge de la recherche et de la santé	IRESP	<ul style="list-style-type: none"> <li>● AAP géré par l'IRESP, financement du volet cancer de cohortes généralistes · Colloque Cohortes et recherches sur le cancer, octobre 2009</li> </ul>
<b>Action 3-6</b>	Développer, en finançant aux côtés de l'ANR, des approches multidisciplinaires de la modélisation des processus biologiques complexes (biologie des systèmes)	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 1 projet Biologie des systèmes financé par l'INCa sur l'AAP PIRIBIO de l'ANR en 2009</li> </ul>
Mesure 4 - Dynamiser la recherche clinique			
<b>Action 4-1</b>	Soutenir, structurer et suivre par des appels à projets nationaux compétitifs annuels la recherche clinique en cancérologie par le PHRC Cancer	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organisation de l'évaluation du PHRC 2009 et lancement de l'AAP PHRC 2010</li> <li>● Subvention de 4 projets de recherche clinique</li> <li>● Réunions de concertation et d'échanges avec la DHOS (CODIS le 02/04/2009), avec DRC IDF et Lille sur les modalités de suivi et d'évaluation de la recherche clinique</li> <li>● Concertation autour du logiciel SIGREC (suivi inclusion) et demande d'accès à ce logiciel à la DHOS et à la DRC Lille</li> <li>● Évaluation <i>a posteriori</i> en 2009 des projets PHRC financés en 2005</li> </ul>



**AXE RECHERCHE**
**Mesure 4 - Dynamiser la recherche clinique**

<b>Action 4-2</b>	Augmenter l'inclusion dans les essais cliniques en cancérologie	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquête annuelle de l'activité de recherche clinique en 2009 : dénombrement des inclusions par établissement, par EMRC, enfants, personnes âgées, métastases, hématologie</li> <li>● Réunion de présentation du projet ASTEC</li> </ul>
<b>Action 4-3</b>	Prendre l'avis des comités de patients sur les protocoles de recherche clinique en articulation avec la consultation des comités de protection des personnes (CPP)	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enquête de satisfaction des patients, proches et usagers utilisateurs du registre des essais cliniques en cancérologie (février à septembre 2009)</li> <li>● Échanges INCa/Ligue sur les comités de patients</li> </ul>
<b>Action 4-4</b>	Organiser le recueil d'informations entre les agences et les opérateurs de la recherche clinique et les rendre publiques	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Réunion d'échanges entre CenGeps et INCa le 27 octobre 2009</li> <li>● Signature d'une convention de transmission d'informations entre INCa et Afssaps le 21 décembre 2009</li> </ul>
<b>Action 4-5</b>	Soutenir les recherches portant sur la qualité de vie des patients pendant le cancer et après la maladie	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Intégration d'un axe favorisant les travaux intégrant l'évaluation de la qualité de la vie (pendant et/ou après la maladie) dans l'AAP PHRC 2009</li> <li>● Réunion de présentation et d'échanges de la plateforme Qualité de vie et recherche clinique le 27 octobre 2009</li> </ul>
<b>Action 4-6</b>	Développer la coopération internationale dans les essais cliniques	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Réunions d'échanges et protocole d'accord entre l'INCa et le NCI sur les essais cliniques précoces. Réponse des centres français d'essais cliniques précoces aux 3 AAPs « molécules innovantes » du NCI en 2009, 3 projets sélectionnés sur les 2 premiers AAPs, évaluation du 3<sup>e</sup> AAP en cours</li> </ul>
<b>Action 4-7</b>	Diffuser de manière régulière les informations relatives aux progrès de la recherche contre le cancer	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Concertation Direction recherche et Direction Information des publics de l'INCa pour définir les formats et outils de communication pertinents</li> <li>● Échanges avec CMPU sur les attentes spécifiques en matière d'information sur les résultats de la recherche sur le cancer</li> </ul>

**Mesure 5 - Faire de la France une référence internationale**

<b>Action 5-1</b>	Élaborer les modifications de structuration nécessaires à l'harmonisation de la programmation et du financement des recherches sur le cancer et établir une concertation annuelle avec les autres instituts thématiques et l'ANR	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Réunions hebdomadaires INCa/AVIESAN, élaboration commune des plans stratégiques sur la recherche INCa et ITMO cancer.</li> <li>● Réunions d'échanges avec l'ANR</li> </ul>
<b>Action 5-3</b>	Maintenir le niveau de financement de la recherche sur projets libres à l'initiative des investigateurs, sur des programmes de 4 à 5 ans, à 50 % des appels à projets de recherche de l'INCa	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Financements AAP Projets Libres recherche biomédicale 2009 : 27 projets de biologie du cancer financés</li> <li>● Lancement AAP 2010</li> </ul>
<b>Action 5-4</b>	Soutenir le programme de génomique du cancer dans le cadre du Consortium international de génomique du cancer (ICGC)	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Financement de la plateforme de bioinformatique dédiée à la génomique du cancer</li> <li>● Mise en place des centres cliniques participant à la collecte des échantillons sang et tissu pour le programme ICGC cancer du sein, sélection de 20 tumeurs</li> <li>● Participation à l'atelier scientifique international ICGC en juin 2009</li> <li>● Séquençage de 7 paires tumeur/tissu sain pour le programme ICGC hépatocarcinome, analyse en cours</li> </ul>

## AXE RECHERCHE

### Mesure 5 - Faire de la France une référence internationale

<b>Action 5-5</b>	Développer la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer en mobilisant le ministère des affaires étrangères, l'INCa, l'IRD et l'ANRS, notamment sur des programmes de formation des médecins et des paramédicaux	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identification de partenaires du projet réseau de télépathologie Afrique francophone</li> <li>● Réunions et échanges avec les autorités maltaises sur la mise en place de leur Plan cancer et hôpital d'oncologie</li> <li>● Formation de 8 stagiaires tunisiens en France (physique médicale), comité de pilote, subvention d'équipement (mammographe)</li> <li>● Identification besoins de formation (Institut J. Curie Sénégal) préparation de la venue de 3 stagiaires (2 infirmières, 1 physicienne)</li> <li>● Réunions et échanges pour préparation de la mission d'évaluation en Serbie et réalisation de la mission (programmes de dépistage)</li> <li>● Rencontre concertation copilotage INCa-IRD · Réunion de partenariat avec le réseau RCCI</li> </ul>
<b>Action 5-6</b>	Renforcer la capacité à mesurer la productivité scientifique résultant des programmes de recherche	INCa ITMO Cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Préparation cahier des charges pour analyse bibliométrique</li> </ul>

## AXE OBSERVATION

### Mesure 6 - Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie

<b>Action 6-1</b>	Publier un rapport de synthèse annuel des données relatives aux cancers et des principaux indicateurs de la politique de lutte contre les cancers mis à jour	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Publication <i>La situation du cancer en France</i> en octobre 2009</li> </ul>
<b>Action 6-2</b>	Créer un portail des données du cancer, donnant accès à la synthèse des principales données pertinentes selon leur nature et leur source identifiées	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Accords de partenariat et rédaction du cahier des charges engagés</li> </ul>
<b>Action 6-3</b>	Réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement et la perception des cancers et des facteurs de risques, notamment un baromètre « cancer »	INPES	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participation à l'élaboration du questionnaire du baromètre Cancer avec l'INPES, notamment sur les questions relatives au dépistage et aux représentations sociales du cancer + Réalisation d'une enquête barométrique « Les Français face au dépistage des cancers », janvier-février 2009, auprès d'un échantillon représentatif de la population française</li> </ul>
<b>Action 6-4</b>	Réaliser un rapport sur les métiers de la cancérologie et mettre en place un tableau de bord en s'appuyant sur des groupes d'experts et des professionnels de santé	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rapport annuel fait en partenariat avec l'ONDPS sur « les métiers du diagnostic biologique du cancer : anatomie et cytologie pathologiques, biologie médicale, génétique »</li> </ul>
<b>Action 6-5</b>	Observer les conditions de vie des malades à distance du diagnostic	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mise en place de la réédition de l'enquête</li> </ul>

### Mesure 7 - Optimiser et développer le système de surveillance

<b>Action 7-1</b>	Renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants	InVS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Contribution de l'INCa au financement des registres à hauteur de 1,8 M€</li> </ul>
-------------------	---	------	---



**AXE PRÉVENTION - DÉPISTAGE**
**Mesure 11 - Promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers**

<b>Action 11-4</b>	Améliorer la connaissance sur le risque nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de cancer	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Expertise du réseau NACRe sur la prévention nutritionnelle des seconds cancers primaires réalisée sur 2009, rapport en 2010</li> </ul>
--------------------	---	------	---

**Mesure 12 - Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement en particulier dans le domaine professionnel**

<b>Action 12-1</b>	Améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle	DGT	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Expérience pilote menée conjointement DGT/CNAMTS sur la base du rapport Lejeune (participation de l'INCa à l'un des sous-groupes de travail)</li> </ul>
<b>Action 12-5</b>	Renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV	DGS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Saisie de l'INCa par la DGS en novembre 2009 pour une expertise relative aux risques sanitaires liés aux UV émis par des installations de bronzage artificiel</li> </ul>
<b>Action 12-6</b>	Mieux informer sur les risques liés au radon dans l'habitat	DGS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Échanges avec la DGS pour l'organisation du colloque « radon » en 2010</li> </ul>

**Mesure 14 - Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage**

<b>Action 14-1-2</b>	Mobiliser des acteurs locaux, des centres de coordination des dépistages des cancers et notamment via les Agences régionales de santé pour relayer et adapter la politique nationale	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Relais de la campagne de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal auprès des collectivités locales (annonces presse dans des journaux spécialisés, diffusion de supports pédagogiques et d'information et expositions mobiles) et mobilisation des structures de gestion</li> </ul>
<b>Action 14-1-4</b>	Informer les professionnels de santé et les populations cibles sur le rythme et les bonnes pratiques de dépistages	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Information et sensibilisation des gynécologues, des médecins traitants et des pharmaciens sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein ; des pharmaciens sur la prévention et le dépistage du cancer du col, et des médecins traitants sur le dépistage organisé du cancer colorectal + campagne d'information médias et hors médias sur le dépistage organisé du cancer colorectal (mars 2009) et du sein (octobre 2009)</li> </ul>
<b>Action 14-2</b>	Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage (socio-économiques, culturelles, territoriales)	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Développement de partenariats avec les radios de la diversité (Africa n°1 ; Radio Orient ; Beur FM) + Conception et diffusion d'outils d'information spécifiques destinés aux personnes ayant des difficultés d'accès à l'écrit : dépliant grand public traduit en plusieurs langues ; roman photo ; partenariat « Plus belle la vie »</li> </ul>
<b>Action 14-2-1</b>	Réaliser des études de géocodage et développer un système d'information géographique permettant une territorialisation du sous-dépistage et des facteurs d'inégalités	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lancement d'une étude expérimentale de géocodage en Seine Saint-Denis</li> </ul>

**Mesure 15 - Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers**

<b>Action 15-1</b>	Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion appelées centres de coordination des dépistages des cancers	DGS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mise en place de formations destinées aux médecins coordonnateurs et cadres administratifs des structures de gestion dans les domaines de la gestion, ressources humaines, management par la qualité, communication/information (marché public)</li> </ul>
<b>Action 15-1-3</b>	Renforcer le pilotage du dispositif des programmes nationaux de dépistage	DGS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Contribution de l'INCa au séminaire national du programme national du dépistage organisé du cancer colorectal. Trois réunions du groupe national de suivi du dépistage organisé CCR, 3 réunions dépistage organisé sein et 3 réunions cancer du col</li> </ul>

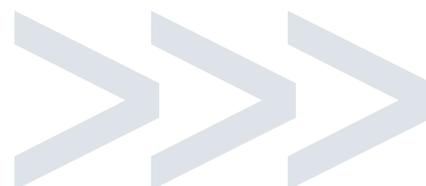
## AXE PRÉVENTION - DÉPISTAGE

### Mesure 15 - Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers

<b>Action 15-1-4</b>	Effectuer des analyses sur les aspects juridiques et organisationnels du dispositif des dépistages pour identifier les obstacles au bon fonctionnement et les tâches confiées aux centres de coordination des dépistages et les pratiques qui peuvent être optimisées ou mutualisées en lien avec l'Assurance maladie et assurer leur ancrage dans le dispositif de prévention français	DGS	<ul style="list-style-type: none"> <li>En préalable à l'élaboration d'un guide juridique, sollicitation d'un cabinet juridique ; Lancement en décembre 2009 de l'étude « Évaluation organisationnelle des structures de gestion des dépistages »</li> </ul>
<b>Action 15-2</b>	Améliorer le suivi des résultats du dépistage	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financement d'une convention sur le surdiagnostic et le surtraitement. « Actualisation des données PRACCIS - Observatoire national sur les carcinomes canaux <i>in situ</i> » (porteur : Institut du sein de Champagne-Ardenne), qui a pour objectif d'évaluer le devenir des patientes d'une cohorte avec 5 ans de recul afin de dégager les facteurs prédictifs de rechute en fonction des différents traitements réalisés</li> </ul>
<b>Action 15-2-1</b>	Finaliser la mise en place des tableaux de bords d'indicateurs de pilotage du programme de dépistage organisé sur le sein et mettre en place ceux relatifs aux autres localisations, colorectal et col de l'utérus	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recensement des tableaux de bord existants au niveau local et réunion de l'ensemble des partenaires</li> </ul>

### Mesure 16 - Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire

<b>Action 16-1-2</b>	Assurer la mise à disposition des médecins traitants d'outils de formation, d'information, d'inclusion dans les programmes de dépistage	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conception, réalisation et diffusion de documents (dépistage organisé, cancers du sein et colorectaux), adaptés aux besoins et à la pratique des médecins traitants en partenariat avec des organisations professionnelles</li> </ul>
<b>Action 16-2</b>	Définir les modalités d'évolution vers de nouvelles techniques de dépistage et des stratégies des programmes nationaux de dépistage	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'une réflexion sur les aspects médico-économiques des programmes de dépistage organisés (sein, côlon) par la mobilisation en interne de groupes de travail transversaux</li> </ul>
<b>Action 16-3-2</b>	Assurer la continuité, la qualité et la sécurité du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par l'intégration progressive des centres de coordination des cancers candidats et mettre en place le dispositif de suivi de l'impact de l'utilisation du test immunologique sur la performance et la qualité du programme	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financement de deux études : celle portée par ADECA 21-58 et celle portée par unité Inserm de Lille. Suivi des études expérimentales, <i>in vitro</i> et <i>in vivo</i>, d'utilisation du test immunologique financées par l'INCa et analyse des premiers résultats (notamment sur la stabilité des tests en fonction du temps et de la température). Collaboration avec le groupe La Poste afin de définir les conditions juridiques et techniques optimales de transport des tests immunologiques</li> </ul>
<b>Action 16-4</b>	Définir les modalités techniques permettant d'exploiter pleinement les possibilités offertes par les mammographes numériques pour le dépistage du cancer du sein	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réalisation de l'étude de faisabilité sur l'utilisation de la mammographie et de la transmission des clichés numériques dans le cadre du dépistage organisé cancer du sein (scenarios HAS)</li> </ul>
<b>Action 16-5-1</b>	Définir par des expérimentations, les modalités pratiques et les algorithmes décisionnels en cas de positivité du test et évaluer l'opportunité d'organiser le dépistage en fonction notamment des expériences pilotes ainsi que le rapport coût-efficacité	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financement d'une étude sur le surdiagnostic et surtraitement : « Étude du surdiagnostic et du surtraitement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus en Alsace » (porteur : Association EVE)</li> </ul>



**AXE PRÉVENTION - DÉPISTAGE**
**Mesure 16 - Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire**

<b>Action 16-5-3</b>	Contribuer au suivi de l'évolution de l'écologie virale en lien notamment avec le Centre national de référence des <i>papillomavirus</i> et les centres de coordination des dépistages déployant un programme de dépistage du cancer du col utérin	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rédaction de la convention entre le CNR et l'INCa en vue d'une étude de réalisation de génotypages dans les programmes expérimentaux. Démarrage prévu en 2010</li> </ul>
<b>Action 16-6</b>	Expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès au dépistage des femmes peu ou non dépistées	DGS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En juin 2009, suite à appel à candidature DGS/INCa, désignation de 13 nouveaux départements pour mettre en place un programme de lutte intégrée contre les cancers du col de l'utérus</li> </ul>

**Mesure 17 - Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers**

<b>Action 17-1</b>	Définir une stratégie de détection précoce du cancer de la prostate	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lancement PAIR prostate en partenariat INCa-ARC-Ligue</li> </ul>
<b>Action 17-1-1</b>	Définir de nouvelles stratégies nationales de prévention et de dépistage des cancers de la prostate, s'appuyant sur un programme d'actions intégrées de recherche	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mise en place d'un comité de pilotage en décembre 2009</li> </ul>
<b>Action 17-1-2</b>	Élaborer et assurer la diffusion par les prescripteurs d'une information claire sur l'intérêt des traitements locaux et de la surveillance active des cancers de la prostate	INCa	
<b>Action 17-1-3</b>	Élaborer des recommandations en matière de dépistage du cancer de la prostate à destination des professionnels de santé	INCa	
<b>Action 17-2</b>	Améliorer la détection précoce des cancers de la peau	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Refonte du dépliant d'information grand public sur le dépistage précoce des cancers de la peau (mai 2009)</li> </ul>
<b>Action 17-2-1</b>	Analyser l'évolution des stades au diagnostic des mélanomes, de la prise en charge des patients (parcours avant le diagnostic, de la détection jusqu'à la prise en charge) pour identifier les pistes d'amélioration	INCa InVS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Groupe de travail sur « l'évaluation de l'impact de la mise en place du parcours de soins sur le dépistage des mélanomes »</li> <li>● Enquête BVA sur la connaissance et pratiques des médecins généralistes sur détection précoce des cancers de la peau</li> </ul>
<b>Action 17-2-2</b>	Développer des partenariats avec les professionnels de santé concernés afin d'améliorer, par une approche intégrée, la cohérence et l'articulation entre les campagnes de prévention et les actions de détection précoce du mélanome et la compréhension des messages par le public	INPES	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participation de l'INCa à la journée de détection précoce des cancers de la peau de mai 2009</li> </ul>
<b>Action 17-2-3</b>	Élaborer et diffuser auprès des professionnels de santé (médecins généralistes, paramédicaux) des outils d'information	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Élaboration d'un module de formation à la détection précoce des cancers de la peau (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières)</li> </ul>
<b>Action 17-3-1</b>	Suivre l'évolution des stades au diagnostic des cancers de la cavité buccale et réaliser des études sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des patients, leur parcours depuis la détection jusqu'à la prise en charge ainsi que les difficultés d'accès aux soins	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mise en place de groupe de travail et premier état des lieux des données et études existantes</li> </ul>
<b>Action 17-3-2</b>	Développer ou adapter les différents supports notamment de formation à distance sur le repérage des cancers de la cavité buccale	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Promotion de l'outil de formation internet et cédérom auprès des chirurgiens-dentistes. Élaboration d'une déclinaison de l'outil de formation à destination des médecins</li> </ul>

## AXE PRÉVENTION - DÉPISTAGE

### Mesure 17 - Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers

<b>Action 17-3-4</b>	Promouvoir, par des appels à projets dédiés, des expérimentations d'actions de détection précoce ciblant les populations à risque identifié	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 projets de recherche-action retenus pour un montant total de 464 913 €</li> </ul>
<b>Action 17-4</b>	Prendre en compte les nouvelles opportunités de dépistage en fonction de l'évolution des connaissances et des traitements	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation d'une journée scientifique sur les techniques de détection précoce des cancers de la cavité buccale</li> </ul>

## AXE SOINS

### Mesure 18 - Personnaliser la prise en charge et renforcer le rôle du médecin traitant

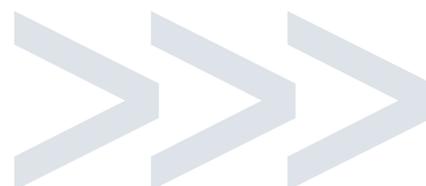
<b>Action 18-2</b>	Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance	CNAMTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Publication de 6 nouveaux guides de prise en charge des patients en ALD à destination des médecins traitants (INCA/HAS) couvrant 50% des cas de cancers incidents</li> </ul>
<b>Action 18-3</b>	Partager les données médicales entre professionnels de santé	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poursuite du déploiement du DCC avec l'intégration des données minimales d'anatomopathologie : l'INCa a lancé 3 expérimentations avec les réseaux régionaux de cancérologie en Midi-Pyrénées, Aquitaine et Pays de la Loire</li> <li>Indicateurs suivis dans ce tableau de bord annuel des RRC pour suivre l'implémentation du DCC : taux d'informatisation des fiches RCP et du PPS</li> <li>Accord de partenariat INCa-ASIP Santé signé le 9 décembre 2009</li> </ul>

### Mesure 19 - Renforcer la qualité des prises en charges pour tous les malades atteints de cancer

<b>Action 19-1</b>	Généraliser l'accès aux mesures transversales améliorant la qualité de toute prise en charge en cancérologie, lancées par le Plan cancer précédent	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>La montée en charge du dispositif d'annonce est suivie <i>via</i> deux actions : une enquête conjointe INCa/DHOS analysée en 2009 et le tableau de bord des RRC</li> <li>La remise aux patients du programme personnalisé de soins (PPS) est également suivie dans le tableau de bord des RRC</li> <li>Publication de 5 recommandations nationales de prise en charge spécialisée des cancers</li> </ul>
<b>Action 19-5</b>	Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développement de Cancer info, la plateforme d'information médicale et sociale de référence sur les cancers à destination des malades et des proches : mise en ligne des premiers dossiers sur internet ; publication des 3 premiers guides ; développement du service téléphonique ; financement d'espaces d'information dans 42 centres de radiothérapie + réflexion sur la stratégie d'implémentation de Cancer info auprès des professionnels de santé</li> </ul>

### Mesure 20 - Soutenir la spécialité d'anatomopathologie

<b>Action 20-2</b>	Accompagner la nécessaire adaptation de l'anatomocytologie aux évolutions technologiques et scientifiques	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'INCa a lancé en 2009 un appel à projets visant à améliorer l'organisation de l'anatomopathologie en vue de la réalisation des analyses moléculaires des cancers ; 17 projets ont été retenus</li> </ul>
<b>Action 20-3</b>	Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocytologie	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'INCa a mis en place la double lecture des cancers rares et des lymphomes dans le cadre du processus de labellisation des centres de référence pour les cancers rares</li> <li>L'INCa a accordé une subvention de 50 000 € à l'AFAQAP pour le soutien à l'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologiques</li> </ul>



**AXE SOINS**
**Mesure 21 - Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations**

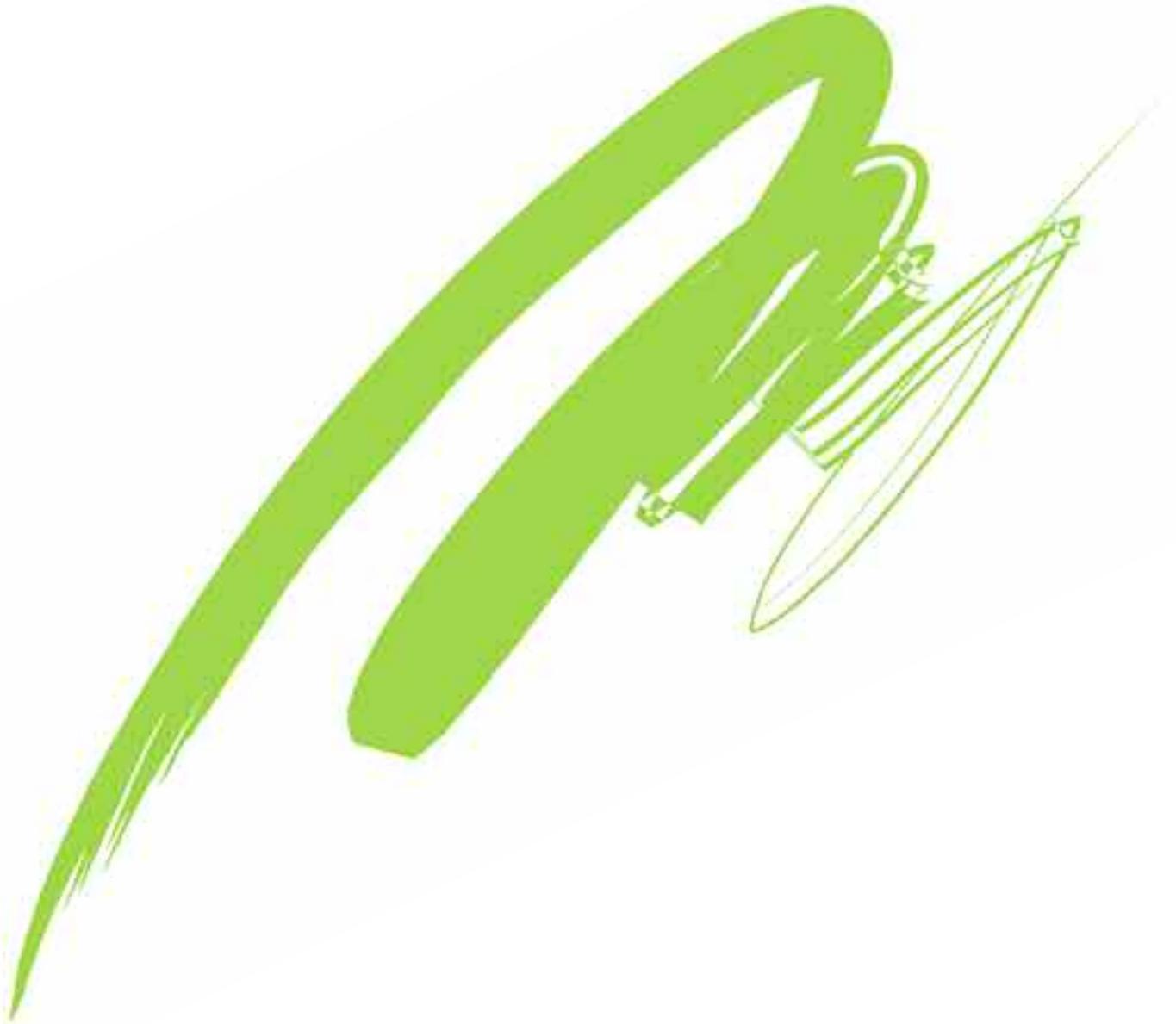
<b>Action 21-2</b>	Développer les plateformes de génétique moléculaire des cancers et l'accès aux tests moléculaires	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un bilan d'activité 2008 des plateformes de génétique moléculaire a été réalisé au niveau national pour l'année 2008 et a été publié en octobre 2009 sur <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a></li> <li>● L'INCa a accordé un financement exceptionnel de 1,7 M€ aux plateformes de génétique moléculaire pour la recherche de mutations activatrices du gène EGFR dans la tumeur des patients atteints de cancer du poumon avant prescription de l'erlotinib ou du gefitinib</li> </ul>
--------------------	---	------	--

**Mesure 22 - Soutenir la radiothérapie**

<b>Action 22-1</b>	Soutenir la qualité et la sécurité des pratiques dans les centres de radiothérapie autorisés	Comité national de suivi de la radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Accompagnement de 40 centres de radiothérapie dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques. Il s'agit d'un dispositif de formation et d'accompagnement sur site (10 jours) pour la mise en place, suite à un diagnostic, d'actions concrètes et mesurables améliorant la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients</li> <li>● Soutien de 7 centres autorisés à titre dérogatoire, par les centres de radiothérapie qui leur viennent en soutien afin que les centres dérogatoires aient le même niveau de prise en charge des patients en termes de qualité et de sécurité</li> </ul>
<b>Action 22-2</b>	Renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie	Comité national de suivi de la radiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Stagiaires radiophysiciens : pour atteindre les 600 radiophysiciens en radiothérapie en 2011, un effort important a été entrepris dès 2009 pour augmenter le nombre d'étudiants en formation de radiophysique médicale. La promotion est de 77 stagiaires en formation au DQPRM en 2009 contre 55 étudiants en 2008</li> <li>● Postes de dosimétristes : un financement de 1 350 000 € (PLFSS 2009) a été délégué en décembre 2009 aux 12 régions dont les ratios en dosimétrie étaient à ce jour les plus faibles. Ces financements correspondent à l'équivalent de 30 ETP de techniciens de dosimétrie. Ils permettront de soutenir les centres dans la mise en place des mesures intermédiaires, prévues par le décret de juillet 2009</li> </ul>

**Mesure 23 - Développer des prises en charge spécifiques pour les personnes atteintes de cancers rares ou porteuses de prédisposition génétique ainsi que pour les personnes âgées, les enfants et les adolescents**

<b>Action 23-1</b>	Labelliser les centres de référence pour les cancers rares	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● AAP INCa DHOS : 8 pathologies rares reconnues dans le système cancer rare et 4 réseaux de référence anatomopathologiques pour cancers rares de l'adulte</li> </ul>
<b>Action 23-3</b>	Suivre les personnes à risque génétique	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un appel à projets, financé sur des crédits Assurance maladie, a été lancé avec pour objectif de mettre en place des expériences pilotes pour intégrer, faciliter et améliorer la prise en charge globale, médicale et chirurgicale, des personnes prédisposées héréditairement au cancer ; 6 projets ont été retenus</li> <li>● Les recommandations pour la chirurgie prophylactique dans les cancers avec prédisposition génétique ont été validées en août 2009 et sont en ligne sur <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a></li> <li>● Une expertise spécifique sur le gène MYH a été initiée en 2009</li> </ul>
<b>Action 23-4</b>	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer	INCa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Publication en mai 2009 d'un rapport d'expertise sur l'état des lieux et les perspectives en oncogériatrie · Suivi et accompagnement de l'étude Oncodage</li> </ul>



---

Édité par l'Institut National du Cancer  
Conception/Réalisation: Institut National du Cancer  
Tous droits réservés - Siren: 185 512 777  
Impression: Comelli  
Illustrations: DR

**DÉPOT LÉGAL MAI 2010**

Site Internet de l'Institut National du Cancer  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)