

Des pistes pour les améliorations à poursuivre

Malgré l'importance des acquis depuis le 1^{er} Plan cancer, il demeure des progrès à accomplir, en particulier face aux inégalités sociales et territoriales de santé. La prévention, le dépistage et la coordination des acteurs restent insuffisants et inégaux. Dans ces domaines, recherches et expériences ont été menées ou sont en cours dans le cadre du Plan cancer 2013-2017.

Les dépistages des cancers

Dépister¹ les cancers semble répondre au bon sens. Plus la tumeur est découverte tôt, plus grandes sont les chances de traitements efficaces, courts et mieux tolérés, avec de moindres séquelles. Les améliorations à apporter aux dépistages organisés des cancers, dans le cadre du Plan cancer, visent à en favoriser la participation la plus large.

Quand faut-il dépister les cancers ?

Pour qu'un dépistage systématisé de cancer soit pertinent, un test de dépistage fiable (sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive) et acceptable pour les personnes, doit exister. De plus, si ce test permet un diagnostic précoce, des solutions thérapeutiques efficaces doivent être disponibles. Par ailleurs, la faisabilité d'un dépistage systématisé au niveau d'une collectivité doit être assurée : coût acceptable, accès pour tous aux tests et aux structures de soins. Enfin, le processus de dépistage (acceptabilité, qualité des tests et des pratiques) et les résultats, notamment de

réduction de la morbi-mortalité, doivent être évalués, permettant d'éventuelles évolutions [6, 35].

Des programmes organisés de dépistages de cancers

Sur la base d'études scientifiques, tant françaises qu'internationales, en cohérence avec les recommandations européennes [11, 13], et à la suite d'une phase d'expérimentation, la France s'est dotée de deux programmes organisés de dépistages des cancers. Le premier pour le cancer du sein depuis 2004 et le second pour le cancer colorectal depuis 2008. L'efficacité de ces programmes est documentée pour les personnes de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans facteur de risque particulier personnel ou familial de développer l'un de ces cancers. Aujourd'hui, un troisième programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans à risque moyen a été acté au Plan cancer 2014-2019. Également en conformité avec les recommandations européennes [12], ce programme de dépistage va être mis en place. Les femmes concernées qui n'ont pas réalisé de frottis cervico-utérin depuis trois ans seront incitées à pratiquer un dépistage.

Ces programmes de dépistage sont encadrés par un arrêté du ministère de la Santé [24]. Ils bénéficient

Emmanuelle Salines
Direction générale
de la santé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

1. Le dépistage consiste à vérifier l'existence d'un cancer ou d'une lésion précancéreuse chez une personne en bonne santé avant l'apparition de tout symptôme.



Le dépistage repose sur un rapport bénéfice-risque positif

Par exemple, le dépistage du cancer du sein a débuté dans les années soixante-dix, alors que la mortalité de ce cancer était en augmentation régulière et que l'arsenal thérapeutique était réduit. Aujourd'hui, d'un côté la maladie est mieux connue, les traitements sont plus ciblés et

plus efficaces. D'un autre côté, des tumeurs plus petites sont dépistées, avec des mammographes plus performants, d'où un risque accru de sur-diagnostic et de sur-traitement. Ces inconvénients peuvent être moins bien acceptés maintenant que les femmes estiment qu'une tumeur dia-

gnostiquée au stade clinique a une meilleure probabilité de guérison. Cependant, le rapport bénéfice-risque reste bien en faveur du dépistage du cancer du sein entre 50 et 74 ans pour les femmes n'ayant pas de risque particulier pour ce cancer. 📌

d'exigences de qualité : seconde lecture des mammographies, choix du dispositif de dépistage de sang dans les selles, centralisation de la lecture. Ils sont évalués annuellement par l'Institut de veille sanitaire. Ils sont mis en œuvre au niveau territorial sous contrôle des agences régionales de santé (ARS) par des structures de gestion des dépistages des cancers avec un financement conjoint de l'État (ARS) et de l'Assurance maladie et dans certains cas de conseils généraux. Des comités techniques et de prospective (CTP), coordonnés par l'INCa, réunissent tous les acteurs plusieurs fois par an pour chaque localisation cancéreuse dépistée. Une vision stratégique, alimentée par les constats et préconisations des CTP, est portée par le Comité stratégique des registres placé auprès du directeur général de la santé qui réunit 3 fois par an les institutions qui sont parties prenantes de ces dépistages.

Les évolutions nécessaires

Quelques années après la mise en place de ces programmes, les résultats de leurs évaluations et les innovations scientifiques ou technologiques amènent à préconiser des évolutions. Ces évolutions discutées par les acteurs associatifs, professionnels, experts, administratifs, lors de l'élaboration du 3^e Plan cancer devraient être mises en œuvre sur la durée de ce plan.

Améliorer la participation aux dépistages

Une première évolution souhaitée est une augmentation de la participation aux dépistages. Les recommandations européennes sont d'une participation de 70 % pour le dépistage du cancer du sein et d'au moins 50 % pour le dépistage du cancer colorectal. La France a une marge de progrès dans ces domaines. En effet, pour le dépistage du cancer du sein, la participation stagne aux alentours de 52 % avec environ 15 % de dépistages individuels réalisés hors programme, non évaluables (population dépistée, qualité du suivi, lésions détectées...). La participation au programme de dépistage du cancer colorectal n'atteignait pas 30 % avec le premier test au gâïac. Celui-ci a été remplacé depuis mai 2015 par un test immunologique, plus performant et plus simple d'utilisation qui devrait permettre une meilleure adhésion de la population et des professionnels au programme.

Cette recherche d'amélioration passe par une intensification et une meilleure communication auprès des professionnels et des personnes concernées. Une concertation citoyenne sur le dépistage du cancer du sein a été lancée en octobre 2015. Elle ambitionne de mieux faire connaître le programme, d'identifier et discuter les attentes des femmes et des professionnels.

L'acceptabilité du dépistage soulève en effet des questions complexes, notamment éthiques. Le dépistage auprès de personnes en bonne santé, sans signe clinique n'est pas exempt d'inconvénients, allant de l'anxiété au surdiagnostic, c'est-à-dire l'objectivation de tumeurs qui n'auraient pas évolué jusqu'à être cliniquement apparentes du vivant de la personne. Son corollaire est le surtraitement avec des conséquences délétères, physiques et psychologiques. Pour un choix éclairé, la personne doit donc être bien informée des bénéfices et des risques (lire l'encadré ci-dessus).

De plus, plusieurs études ont montré que la participation de la population cible aux dépistages organisés des cancers est plus faible pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale, physique, psychique ainsi que dans certaines zones géographiques. Des actions spécifiques sont donc menées en direction des personnes les plus éloignées du système de soin, notamment par les structures de gestion des dépistages. Cette réduction des inégalités d'accès au dépistage demeure une priorité qui devra être suivie et évaluée.

Évaluer les innovations techniques et organisationnelles

L'évolution éventuelle des conditions d'éligibilité aux programmes fait l'objet d'une veille scientifique permanente. Cela concerne notamment la notion de tranche d'âges en population générale pour laquelle il est justifié, au regard des critères exposés ci-dessus, de proposer le dépistage organisé.

Il est important d'évaluer régulièrement les innovations techniques et organisationnelles dont ces programmes pourraient bénéficier. De telles innovations sont prévues au Plan cancer 2014-2019. Face à une évolution vers un dépistage exclusif du cancer du sein par mammographes numériques, la dématérialisation des images radiologiques rendra obsolète l'impression de clichés radiologiques. Les préconisations de transfert sécurisé de données, de stockage d'images, d'interopérabilité des systèmes

d'information associés sont en cours d'étude *via* des expérimentations financées par un appel à projet de l'INCa. À l'avenir, la mammographie numérique a vocation à être remplacée par la tomosynthèse, une technologie permettant la réalisation non plus d'une seule image, mais de plusieurs images en coupes du sein. Pour cela, il s'agit de s'assurer au préalable du bénéfice apporté par le changement de technique : meilleure performance et contrôle de qualité des appareils tant pour les images que pour le niveau d'irradiation, accessibilité des appareils...

L'objectif d'une réorganisation régionale du dispositif des structures de gestion des programmes de dépistages figure également dans le Plan cancer 2014-2019. Cet objectif est celui d'une plus grande efficacité, en renforçant la démarche qualité. La réorganisation intègre la nouvelle mise en œuvre du dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi qu'une rénovation des systèmes d'information, en cohérence avec l'évolution de l'ensemble des systèmes de données de santé. Ce chantier ambitieux se situe dans un environnement de fusion des régions et de mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé adoptée en janvier 2016.

Enfin, les dépistages organisés destinés aux populations à risque standard de cancer (environ 80 % de la population) excluent les personnes à risque aggravé, c'est-à-dire ayant par exemple des prédispositions génétiques, des antécédents personnels ou familiaux de cancer. Paradoxalement, ces personnes ne bénéficient pas d'un suivi organisé et d'une incitation systématique à se faire dépister, avec un risque d'un suivi hétérogène. Le plan prévoit que chaque personne se voie proposer une modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé bénéficieront de l'appui logistique des structures de gestion des dépistages des cancers pour s'assurer qu'une proposition de dépistage est

faite à l'ensemble des personnes ciblées, selon les recommandations de la HAS et de l'INCa.

Les cancers du poumon et de la prostate pourraient-ils être dépistés ?

Parmi les localisations de cancer qui pourraient bénéficier d'un programme de dépistage organisé dans le futur, les localisations du poumon et de la prostate apparaissent comme les premières candidates, du fait de leur morbi-mortalité.

Pour le dépistage du cancer du poumon, bien que des études récentes semblent montrer un bénéfice du dépistage par scanner spiralé dans certaines populations, des questions persistent. L'INCa a émis un appel à projet pour que des équipes mènent des études en population générale afin d'éclairer certains points : auprès de quelle population (niveau d'exposition au tabagisme, âge,...) ? Avec quelle périodicité ? Avec quelle organisation (centre de dépistage) ?

Pour le dépistage du cancer de la prostate, il n'existe pas encore de test fiable. Le dosage sanguin du *Prostate Specific Antigen* (PSA) génère de nombreux sur-diagnoses et les traitements proposés ont des effets indésirables importants. Des recherches sont nécessaires tant sur le plan des tests de dépistage que de traitements efficaces et mieux tolérés. L'action se concentre sur l'information des avantages, conséquences et inconvénients du dépistage auprès des hommes afin de leur permettre de prendre une décision avec leur médecin, ainsi que d'une diffusion des bonnes pratiques auprès des médecins.

En conclusion, les dépistages organisés des cancers poursuivent un objectif de progression du service rendu à la population, en s'appuyant sur les évolutions techniques et scientifiques, dans une recherche d'efficacité, de qualité et de sécurité des pratiques, en gardant une exigence d'équité. 🏠

Les enseignements de l'expérimentation nationale des infirmiers de coordination en cancérologie

À l'horizon 2020, la dynamique d'évolution des prises en charge en cancérologie conduira à proposer à une majorité de patients atteints de cancer un parcours de soins en proximité, pouvant donner lieu à des prises en charge à domicile et sollicitant fortement les acteurs du premier recours. Avancée réelle pour le confort de vie des patients, cette dynamique est aussi un défi posé aux organisations hospitalières et à leurs capacités de garantir la qualité de ces prises en charge « hors les murs ». Pour le relever, les

établissements de santé sont nombreux à développer des dispositifs dédiés à la coordination des parcours en cancérologie, chargés de maintenir le lien entre l'équipe hospitalière, le patient et les intervenants du premier recours. Des postes d'infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC) ont ainsi été mis en place dans de nombreux établissements pour accompagner les parcours particulièrement complexes : cancers diagnostiqués à un stade avancé ou à pronostic sombre, situations de fragilité psycho-sociale, pluralité de traitements et d'intervenants, etc.

Frédérique Collombet-Migeon
Directrice d'hôpital, chargée de mission Plan cancer, DGOS - sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R3)



Dix ans de lutte contre le cancer

À quels besoins communs répondent ces dispositifs ? Quelles sont les incitations des acteurs à les développer ? Comment s'intègrent-ils dans le paysage de l'organisation en cancérologie qui fait déjà intervenir de multiples acteurs ? Comment penser leur déploiement au niveau national ? Ce sont autant de questions posées et investiguées au niveau national par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Institut national du cancer (INCa) pour faire en sorte que la diffusion de ces organisations s'opère dans un sens d'équité et d'efficience.

La coordination des soins : un axe en fort développement en réponse directe aux évolutions des prises en charge en cancérologie

Les évolutions récentes des prises en charge en cancérologie ont donné un coup d'accélérateur à la mise en place d'infirmiers de coordination en cancérologie dans les établissements de santé. Le dispositif IDEC a été précocement soutenu par les pouvoirs publics dans le cadre d'une expérimentation nationale lancée en 2010, auprès de 35 équipes, et assortie d'un financement forfaitaire dédié². Mais il a parallèlement essaimé très rapidement au sein des établissements de santé qui ont souvent opéré des réorganisations internes pour mettre en place ces postes de coordination des parcours.

À quoi tient ce succès ? La coordination des professionnels hospitaliers et libéraux autour des parcours cancer est considérée depuis longtemps comme un facteur de qualité des soins et de la vie des patients. Les évolutions que connaissent aujourd'hui les prises en charge en cancérologie accélèrent et font changer de dimension cette exigence.

Les patients sont désireux de bénéficier de traitements oraux ou d'une chirurgie ambulatoire, garants d'un plus grand confort de vie, mais leur sentiment de sécurité et leur adhésion à ces évolutions dépendent beaucoup de la qualité du lien conservé avec l'équipe hospitalière, notamment pour la gestion des effets secondaires de ces traitements. Les professionnels du premier recours sont enclins à s'investir davantage dans ces parcours centrés sur le domicile mais à la condition d'être aidés par l'équipe hospitalière dans la gestion des situations complexes et d'être accompagnés dans le développement de leurs compétences en cancérologie.

Ces nouveaux parcours déstabilisent également les organisations hospitalières : informer et former les interlocuteurs du premier recours, anticiper les effets indésirables des traitements survenant à domicile, deviennent des actions essentielles et impliquent de repenser les organisations et les modalités de travail entre acteurs hospitaliers et libéraux.

L'intervention des IDEC, à l'interface de la ville et de l'hôpital, répond à ces enjeux et s'adresse à la fois aux patients, en développant des actions de suivi d'observance et d'éducation thérapeutique, et aux pro-

fessionnels de premier recours avec un appui dans la gestion des situations difficiles et un lien facilité avec l'équipe hospitalière. C'est un facteur à la fois de sentiment de sécurité pour les patients, d'investissement facilité pour les professionnels du premier recours et de meilleure anticipation et gestion des événements des parcours pour les établissements de santé.

La coordination des soins : les conditions de son développement

Cette dynamique est indéniablement positive du point de vue des acteurs locaux. Mais au plan national, et pour l'ensemble des patients atteints de cancer, combien ont accès à ces prises en charge ? Les financements mobilisés sont-ils à la hauteur des avantages retirés et n'interviennent-ils pas au détriment d'autres besoins des patients atteints de cancer ? Comment peut-on passer de ces différentes initiatives développées au niveau des établissements de santé à une inscription pérenne du dispositif dans l'offre de soins en cancérologie ?

L'ensemble de ces questions, qui relèvent de raisonnements médico-économiques, nécessitent une réflexion globale que la DGOS et l'INCa s'attachent à conduire et qui a donné lieu, en 2014, à une réorientation assez sensible de l'expérimentation nationale des IDEC.

Un temps essentiel de réflexion nationale autour du dispositif IDEC

Après une phase initiale d'impulsion du dispositif, les pouvoirs publics ont souhaité en 2014 faire une pause limitée dans son déploiement et ménager un temps de réflexion nationale autour du dispositif IDEC.

Pour répondre à cet objectif, l'expérimentation nationale des IDEC a été prolongée jusqu'en 2018. Les objectifs de l'expérimentation nationale ont été précisés : il s'agit d'objectiver l'apport du dispositif, d'identifier les publics prioritaires en termes d'accès, et de le positionner de façon adéquate dans l'offre de soins. Elle doit permettre également d'organiser la transition de la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé, pour garantir la cohérence de fonctionnement du dispositif IDEC avec la nouvelle organisation territoriale mise en place.

La prise en compte des besoins des patients les plus fragiles

À défaut de déployer le dispositif IDEC à l'appui de l'ensemble des parcours cancer, pour des raisons tenant à la fois à la pertinence du besoin, à la capacité financière, à la démographie des professionnels, c'est la prise en charge des populations les plus fragiles qui doit guider le dispositif. Or, c'est aujourd'hui loin d'être le cas, tant les organisations locales sont diverses en termes de population incluse et de niveau de coordination mobilisé.

Les pouvoirs publics souhaitent, pour cette seconde phase expérimentale, donner un signal fort en faveur de la prise en compte de deux situations prioritaires. Sont visées d'abord les situations médicales rendues complexes en raison d'un diagnostic survenu à un stade

². Financement national de 2,45 millions d'euros, étendu en 2015 à 3,15 millions d'euros.

avancé, d'un pronostic sombre ou d'une pluralité de traitements concomitants. Sont visés ensuite les parcours des patients en difficulté sociale pour lesquels on sait qu'un accompagnement renforcé peut présenter un impact favorable sur la continuité des parcours et l'observance des traitements.

La réponse prioritaire aux attentes des professionnels du premier recours

Dans le déploiement en cours des évolutions thérapeutiques en cancérologie, les attentes sont fortes vis-à-vis des professionnels du premier recours. La qualité des prises en charge ambulatoires, la précocité de réponse aux effets secondaires des traitements, dépendront directement de l'investissement de ces professionnels et de leur montée en compétence dans le champ du cancer. C'est un enjeu majeur qui attend ces médecins traitants, infirmiers libéraux et pharmaciens d'officine compte tenu de la complexité du maniement des chimiothérapies orales par exemple.

C'est pourquoi, l'expérimentation nationale veut se donner les moyens de répondre plus directement aux demandes de ces professionnels. Elle intègre pour cela, à partir de 2015, dix nouvelles équipes qui seront adossées à des cabinets libéraux et des maisons de santé pluridisciplinaires et pourront plus facilement identifier les besoins de soutien des acteurs du premier recours.

Une recherche d'efficience du dispositif

Au-delà des données de satisfaction des utilisateurs, la décision publique doit pouvoir s'appuyer sur des éléments d'analyse approfondis sur l'impact du dispositif IDEC. Les questions à explorer sont nombreuses : en quoi le dispositif contribue-t-il à l'amélioration de l'observance des patients ? En quoi encourage-t-il la réduction des durées de prise en charge hospitalière et favorise-t-il les prises en charge par les acteurs du premier recours ? Les gains financiers générés à moyen terme par le dispositif sont-ils supérieurs à l'investissement initial nécessaire ? C'est dans cette démarche exigeante d'évaluation médico-économique, pilotée par l'INCa, que sont désormais engagées les 45 équipes expérimentales nationales. Ses données, qui seront disponibles en 2018, seront déterminantes pour éclairer les pouvoirs publics et les établissements dans leurs décisions de déploiement du dispositif.

Les étapes à venir : un déploiement concerté au niveau régional et une mise en cohérence avec les dispositifs de la loi de modernisation du système de santé

Précisé dans ses attentes au niveau national, le dispositif IDEC doit également faire l'objet d'une réflexion concertée des acteurs en région.

Cette phase de réflexion régionale est essentielle pour assurer un maillage optimal du dispositif au niveau des territoires et pour organiser une intervention cohérente des IDEC avec les organisations qui vont se déployer

dans les mois à venir en application de la loi de modernisation de notre système de santé.

Un enjeu de maillage territorial du dispositif

Le « paysage » des dispositifs IDEC est aujourd'hui marqué par une grande diversité : il est le fruit d'initiatives multiples développées par les établissements de santé et d'un contexte d'expérimentation qui n'a pas permis d'implanter ce dispositif sur l'ensemble du territoire national. Cette situation risque de créer des inéquités de prise en charge sur le territoire, avec un accès davantage déterminé par la localisation des patients que par la complexité de leur situation.

Le positionnement des dispositifs IDEC, qui est aujourd'hui majoritairement pensé au niveau des établissements de santé doit être, dans l'avenir, pensé le plus possible au niveau des territoires de santé et les moyens existants doivent être mobilisés au profit de la couverture la plus large possible du territoire. Plusieurs opportunités s'ouvrent pour y travailler dans les mois à venir.

Les réflexions qui vont s'engager en région, en application de la loi de modernisation de notre système de santé, autour de la création de groupements hospitaliers de territoires et de la formalisation de projets médicaux de territoires, sont une opportunité pour porter la réflexion à ce niveau. Pourquoi ne pas d'ailleurs imaginer dans l'avenir un positionnement des postes IDEC au niveau des groupements hospitaliers de territoire pour garantir leur intervention sur la zone d'attractivité de plusieurs établissements ?

La préparation des projets régionaux de santé de 2^e génération, qui va s'amorcer en 2016 pour une mise en application en 2018, est également une opportunité à saisir pour mieux positionner les dispositifs IDEC au niveau territorial. Elle permettra aux acteurs de terrain d'identifier précisément les besoins de développement de ces dispositifs, au regard de l'offre existante mais aussi des caractéristiques des populations notamment en termes de fragilité sociale. Elle permettra d'engager les démarches de rapprochement et de coopération nécessaires pour élargir les zones d'intervention des IDEC.

Une cohérence à rechercher avec l'organisation territoriale issue de la loi de santé

Le déploiement, dans les mois à venir, des dispositifs issus de la loi de modernisation de notre système de santé venant en appui de l'intervention des professionnels du premier recours, pose la question de la « juste place » du dispositif IDEC dans cette nouvelle organisation territoriale. Les plateformes territoriales d'appui, même si elles ne sont pas spécifiques au cancer, vont avoir un fort impact sur ces prises en charge et faciliter la contribution attendue des professionnels de premier recours en cancérologie. Il ne s'agit pas de penser ces différents dispositifs de façon concurrente ni redondante mais de définir, en fonction des besoins et des ressources locales, la place la plus pertinente



Dix ans de lutte contre le cancer

pour chacun d'entre eux. On peut penser que les IDEC seront probablement plus efficaces pour accompagner les parcours mobilisant des compétences très spécialisées, soulevant par exemple des enjeux de gestion de toxicité médicamenteuse, tandis que la mobilisation des plateformes territoriales d'appui sera plus naturelle pour accompagner un parcours associant difficultés sociales et d'insertion professionnelle par exemple.

Le niveau national a bien perçu la portée du dispositif IDEC dans un contexte d'évolution des prises en charge

en cancérologie et c'est par une évaluation fine des organisations mises en place qu'il s'attache à conduire les organisations à la plus grande efficacité. Cette démarche nationale doit être accompagnée d'une montée en puissance de la réflexion régionale sur l'intérêt et le positionnement optimal du dispositif IDEC dans les parcours cancer. C'est à cette double condition que pourra être définie une « juste place » pour ce dispositif, au service d'une qualité et équité des prises en charge pour les patients atteints de cancer. 🏡

L'évaluation organisationnelle et médico économique du dispositif IDEC

Dans la continuité des Plans précédents et en accord avec la Stratégie nationale de santé [25], l'approche globale et coordonnée portée par le Plan cancer 2014-2019 a pour ambition de créer les conditions pour passer d'un parcours de soins à un parcours de santé répondant à l'ensemble des besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

Avec l'augmentation des prises en charge à domicile et des allers-retours ville-hôpital, l'objectif de coordination des professionnels est un des enjeux majeurs afin de favoriser une continuité du parcours et d'éviter les ruptures. Dans ce contexte, les dispositifs et personnels facilitant l'interface entre professionnels de santé/sociaux/médico-sociaux et entre professionnels et patients seront amenés à jouer un rôle de plus en plus important.

C'est dans le cadre des expérimentations du « parcours personnalisé pendant et après le cancer » lancées en 2010 (mesures 18 et 25 du Plan cancer 2009-2013) qu'a été développée l'intervention d'infirmiers coordonnateurs hospitaliers (IDEC), interlocuteurs privilégiés des patients et chargés de faciliter l'articulation hôpital-ville. Ces expérimentations ont également eu pour objectifs de faciliter la détection précoce des besoins sociaux et l'accompagnement social, ainsi que la préparation de l'après-cancer formalisée par la remise du programme personnalisé de l'après-cancer, conduit avec et par les médecins traitants, dans le cadre

de la démarche de surveillance médicale partagée. Le dispositif prévoyait un renforcement du rôle du médecin traitant dans le parcours de soins, en tant que référent médical de proximité notamment par sa participation au suivi médical.

Les expérimentations ont été mises en place dans 35 sites pilotes hospitaliers financés et évalués, sous l'égide du ministère en charge de la santé et de l'INCa. 9 200 patients ont ainsi pu bénéficier d'un accompagnement personnalisé et l'évaluation qualitative réalisée en 2013 [17] a montré que le dispositif « parcours » apparaît comme pertinent surtout pour répondre à des situations médicales et/ou psychosociales complexes et qu'il est perçu positivement par les patients et les professionnels impliqués. Cependant, des questionnements persistaient concernant l'apport du dispositif et des IDEC en particulier dans l'amélioration de l'articulation hôpital-ville et dans la coordination des acteurs de proximité. Le positionnement du médecin traitant dans le parcours restait également à préciser et à renforcer.

C'est pourquoi l'expérimentation recentrée sur les situations complexes et élargie à des structures de ville est poursuivie, dans les 35 sites pilotes hospitaliers et avec 10 nouvelles équipes de ville, pour quatre ans¹. Afin

d'objectiver l'apport du dispositif, elle est associée à une évaluation organisationnelle et médico-économique qui sera conduite sur toute la durée de l'expérimentation (2015-2018). Cette évaluation a pour objectif, outre de décrire les organisations mises en place par les équipes, de mesurer l'apport des IDEC sur la coordination hôpital-ville et la gestion hospitalière (notamment l'impact sur les réhospitalisations en urgence, le nombre et la durée des hospitalisations, ainsi que les gains produits en termes de qualité de vie et de la qualité de prise en charge des patients).

La finalité de ces expérimentations et plus globalement des organisations et dispositifs mis en place dans le cadre du parcours coordonné est de permettre d'articuler l'action des différents professionnels de premier recours et hospitaliers dans une logique d'intervention graduée. En cohérence avec les dispositions portées par la loi de modernisation de notre système de santé, ce parcours doit permettre d'organiser une réponse adaptée à un besoin de santé préalablement évalué. Il doit être inclus dans une offre de service de santé globale et territorialisée, et souscrire à un objectif de meilleure utilisation des ressources. 🏡

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

Graziella Pourcel
Claudia Ferrari
Département
Organisation
et parcours de
soins, Pôle Santé
publique et soins,
Institut national du
cancer (INCa)

¹ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, France. Instruction DGOS/R3/2014/235 du 24 juillet 2014. <http://circulaires.legifrance.gouv.fr>

Rôle des réseaux de santé en cancérologie dans la coordination des soins

La coordination des opérateurs de santé, que ce soit entre établissements de santé ou entre l'hôpital et la ville, est une question centrale des Plans cancer depuis 2003.

Le premier Plan cancer a généralisé la mise en place de structures transversales chargées d'accompagner les mesures d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Parmi celles-ci, les réseaux de santé agissant à un niveau territorial ou régional avaient une place prépondérante.

Depuis, un deuxième Plan cancer est arrivé à son terme et un troisième a démarré, tous deux concernés par cette question de l'optimisation de la coordination des acteurs de santé pour une meilleure prise en charge du patient.

Où en sommes-nous aujourd'hui, et dans quelle direction allons-nous ?

Les réseaux territoriaux de santé

Les réseaux territoriaux de santé existaient bien avant le premier Plan cancer, mais celui-ci s'est donné pour objectif de les généraliser dans le domaine de la cancérologie, sans pour autant les rendre exclusifs de cette pathologie.

La circulaire de février 2005 sur l'organisation des soins en cancérologie¹ en précisait les attendus : « *l'organisation de la relation ville hôpital est réellement opérationnelle au niveau du territoire de santé. Le malade doit pouvoir ainsi bénéficier d'une prise en charge de qualité en proximité, tant sur le plan médical que social ou médico-social. Ce maillage territorial s'appuie logiquement sur le fonctionnement d'un réseau de santé assurant la coordination entre les établissements de santé, les établissements et structures associées et les professionnels libéraux* ».

Des réseaux territoriaux de cancérologie ne se sont développés que dans huit régions françaises, et seules trois régions étaient couvertes en totalité. Le même constat était fait dans d'autres pathologies (gériatrie, diabétologie, soins palliatifs...) sur la difficulté de couvrir tous les territoires et toutes les régions avec des réseaux territoriaux, qu'ils soient spécifiques ou non d'une pathologie.

Les raisons de cette hétérogénéité étaient multiples, mais le manque de recommandations nationales sur les réseaux territoriaux et de réelle politique de déploiement a probablement joué un rôle important ; il s'est traduit par la multiplication d'autres expérimentations autour de la coordination des acteurs.

Par contre, lorsqu'un réseau territorial était en place, les services rendus étaient le plus souvent reconnus

par l'ensemble des acteurs de terrain (lire encadré Réseau Onco94).

La Direction générale de l'offre des soins (DGOS), par son instruction relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé »² a voulu garantir un niveau minimum de service pour tous les réseaux territoriaux : recentrer leur action sur l'appui aux professionnels du premier recours et sur la coordination avant tout des parcours complexes. Il renforce le concept de porte d'entrée unique, et donc incite les réseaux territoriaux à se rapprocher et à mutualiser leurs moyens sur un même territoire.

Et le mouvement va encore se renforcer avec la mise en place des plateformes territoriales d'appui promues par la nouvelle Loi de santé, chargées de l'appui à la coordination des parcours complexes : il faudra s'articuler avec d'autres structures de coordination comme les maisons de l'autonomie et de l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ou les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Deux problématiques bien distinctes se posent aujourd'hui : pour les réseaux territoriaux pionniers en cancérologie, comment se rapprocher voire fusionner avec ceux d'autres pathologies ou s'articuler avec d'autres structures au sein d'une plateforme territoriale d'appui sans diminuer la qualité du service rendu aux patients en cancérologie ? Et pour les régions, nombreuses, dans lesquelles il n'y a pas encore d'expertise cancérologique dans les territoires de santé, comment faire pour la développer au sein d'un réseau territorial ou d'une plateforme territoriale d'appui ?

Les réseaux régionaux de cancérologie ont probablement un rôle important à jouer ici.

Les réseaux régionaux de cancérologie

Eux aussi préexistant au premier Plan cancer, les réseaux régionaux de cancérologie ont été généralisés par ce Plan et leurs missions ont été définies dans la circulaire du 25 septembre 2007³ relative aux réseaux régionaux de cancérologie.

Le réseau régional de cancérologie a un rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs à l'échelle régionale ; il doit se mettre en place dans chaque région pour harmoniser et améliorer la qualité des pratiques. Il peut pour cela s'appuyer sur des outils communs, dossier communicant de cancérologie, référentiels de prise en charge, aide à l'évaluation des pratiques... Le réseau régional joue le rôle de boîte à outils pour ses

Dr Eric Bauvin

Président de l'Association des coordinateurs de réseaux de cancérologie (Acoresca), coordonnateur du Réseau Oncomip (Toulouse)

Dr Fabienne

Empereur
Secrétaire de l'Acoresca, coordonnatrice du Réseau Onco-Pays-de-la-Loire (Nantes)

Dr Claire

Morin Porchet
Trésorière de l'Acoresca, coordonnatrice du Réseau Onco-Poitou-Charentes (Poitiers)

Sylvie Pelletier

Vice-présidente de l'Acoresca, coordonnatrice du Réseau Onco 28 (Chartres)

2. Instruction n° DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012.

3. DHOS/CNAMTS/INCa/2007/357.

1. Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101.



Dix ans de lutte contre le cancer

membres, qu'ils soient en établissements de santé, impliqués dans les réseaux territoriaux ou en ville.

Le Plan cancer 1 généralisait les réseaux régionaux de cancérologie mais en laissait aux agences régionales de santé (ARS) le dimensionnement et le financement.

Ainsi, si dans certaines régions les professionnels et les institutions s'en sont saisis pour en faire un acteur clé et facilitant, dans d'autres le réseau régional de cancérologie ne s'est pas développé. Les raisons là aussi sont multiples, mais la réussite d'un réseau

Un exemple : le réseau de Santé Onco 94 Ouest

Initié par des médecins généralistes, le réseau Onco 94 Ouest a développé, dès 2004, des réponses auprès des professionnels de ville afin de les appuyer dans la prise en charge de personnes atteintes d'affections cancéreuses en situation complexe. À partir de 2006, Onco 94 a élargi son activité à la prise en charge de patients en phase palliative de leur maladie puis, en 2011, en gérontologie. L'équipe de coordination, composée de trois médecins, quatre infirmières, une psychologue et une chargée de mission, possède des compétences multiples et des expériences importantes permettant ainsi de couvrir les problématiques rencontrées dans les trois « thématiques » confiées au réseau. Une assistante administrative et un directeur complètent l'équipe. Le réseau intervient sur 20 communes de l'ouest du 94 (620 000 habitants) qui accueillent plusieurs établissements avec une activité oncologique importante, notamment Gustave Roussy, le GHU Bicêtre et Paul Brousse et le Centre de cancérologie de Thiais.

Conformément au guide de la DGOS « *Comment faire évoluer les réseaux de santé ?* », les principales activités du réseau dans le champ de la cancérologie reposent sur :

- La prise en charge de situations complexes en appui aux professionnels de ville, notamment auprès des médecins généralistes. Au-delà de la complexité de la situation médicale, les malades sont inclus dans le réseau plutôt à un stade avancé de leur pathologie. Par ailleurs, 80 % d'entre eux ont des problèmes sociaux et/ou familiaux et/ou psychologiques. De même, parmi les 400-450 malades pris en charge, un tiers décède au cours de l'année. Après avoir récupéré des éléments liés aux problématiques du malade, l'équipe de coordination le rencontre à son domicile, avec parfois

le médecin généraliste, afin d'évaluer la globalité de sa situation et de proposer des réponses. Un programme personnalisé de soins (PPS) est envoyé par courrier et mis à disposition dans le dossier de coordination informatisé du réseau. Ce PPS est réévalué régulièrement en fonction de l'évolution de la situation. Une astreinte est en place 7j/7 de 8 h à 21 h.

- L'appui aux professionnels de santé, activité déployée initialement en gérontologie, correspond à une aide ponctuelle et temporaire, pour des situations, certes complexes mais gérées par les acteurs habituels du patient. Le rôle du réseau est d'apporter une aide à l'orientation ou une expertise, notamment dans la gestion des symptômes.

- Des réponses pour les malades et les proches, notamment dans le domaine des soins de support en partenariat avec la Ligue contre le cancer du 94, sont mises en place, essentiellement des groupes de parole, des ateliers de socio esthétique, de gym, diététique et depuis, peu un groupe de reprise à l'emploi.

Au-delà du travail de transfert de compétences dans le cadre des prises en charge, le réseau a développé un axe de formation pluri professionnel ouvert également aux pharmaciens, infirmiers et psychologues qui collaborent aux prises en charge. L'équipe s'appuie aussi sur les recommandations des sociétés savantes, notamment l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS). En parallèle, un travail est conduit par le réseau sur le contrôle des symptômes afin d'établir des versions pratiques à destination des professionnels de ville.

Enfin, il faut préciser que la notion de réseau dépasse largement le seul cadre de l'équipe de coordination. Le travail de lien partenarial conduit auprès des différents acteurs locaux,

médicaux, mais aussi auprès de tous professionnels concernés par le maintien à domicile, est indispensable et nécessite un investissement quotidien. C'est ainsi que le réseau collabore avec les différents dispositifs de coordination hospitalière existant sur le territoire notamment avec la Coordination des soins externes de Gustave Roussy, structure innovante, permettant une meilleure organisation des sorties hospitalières. Un partenariat important est mis aussi en place avec les services d'hospitalisation à domicile, permettant de travailler en complémentarité. De même, lorsque la situation n'est plus gérable avec les acteurs habituels, un relais peut-être mis en place par Onco 94 Ouest sur la continuité de la prise en charge.

Le réseau a aussi intégré dans ses missions un axe innovation et développement lui permettant de lancer des projets expérimentaux, pouvant s'intégrer, à terme, dans son activité. Ainsi, actuellement, un programme d'éducation thérapeutique du patient relatif au cancer de la prostate de bon pronostic est mené en lien avec le service d'urologie du CHU Bicêtre.

Cette présentation illustre succinctement le rôle d'un réseau, à travers ses différentes missions, participant ainsi à une meilleure coordination du parcours de soins des malades atteints d'affections cancéreuses en ville. Le nouveau cadre déterminé par la Loi de modernisation du système de santé, concernant la coordination des parcours complexes, va permettre de renforcer le rôle de structures d'appui et de coordination, tels que le réseau Onco 94 Ouest. La fluidité de la prise en charge passe, à ce jour, dans des situations dites difficiles, par l'intervention entre la ville et l'hôpital, d'un tiers « expert, coordonnateur et facilitateur ». 🏠

Dr Mario Di Palma

Co-président Réseau de santé Onco 94 Ouest, chef du Département ambulatoire Gustave Roussy (Villejuif)

Laurent Cenard

Directeur Réseau Onco 94 Ouest

régional de cancérologie repose sur plusieurs facteurs comme la volonté de tous les acteurs de terrain de travailler ensemble ou le soutien institutionnel et financier important de l'ARS pour amorcer le projet.

Fort de ce constat, le Plan cancer 3 a été très ambitieux pour les réseaux régionaux de cancérologie et a souhaité les positionner comme des acteurs incontournables de la coordination en lien étroit avec les tutelles nationales (INCa) et régionales (ARS).

Un nouveau cahier des charges des réseaux régionaux de cancérologie est en cours d'élaboration par l'INCa et la DGOS : il doit, entre autres, renforcer leur implication dans la coordination ville hôpital. Les réseaux régionaux de cancérologie devront donc être parfaitement articulés avec les réseaux territoriaux et/ou les plateformes territoriales d'appui de leur champ d'intervention, et pourront être amenés à avoir une action de soutien à

ces structures pour les aider le cas échéant à développer cette expertise en cancérologie.

Conclusions

Même si couverture et activité des réseaux, territoriaux et régionaux de cancérologie, sont encore très hétérogènes en France aujourd'hui, de nombreuses réussites indiquent que ces modèles sont pertinents et méritent d'être étendus. Une meilleure cohérence des politiques publiques dans ce domaine et un lien plus fort entre ministère de la Santé et INCa dans le cadre du Plan cancer ont permis l'émergence d'un modèle d'organisation en cancérologie à même de couvrir toutes les régions et tous les territoires. Ce qui fait la force de ce modèle : le fait que ces structures soient portées par les acteurs de terrain, gage de leur implication dans l'amélioration continue des pratiques. 🏡

Création de l'Unité de délégation de surveillance médicale en sénologie

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France avec plus de 50 000 nouveaux cas par an. L'Institut Curie est l'un des premiers centres de traitement du cancer du sein avec plus de 3 000 nouveaux cas par an à traiter, mais environ 30 000 patientes à surveiller dans les suites d'un cancer du sein.

La création d'une unité de délégation de surveillance (ci-après « l'Unité ») a pour mission de diminuer la file active des patientes traitées pour cancer du sein après un traitement initial spécifique réalisé à l'Institut Curie et ceci dans un objectif de qualité de la prise en charge.

Rôle de l'Unité

Cette Unité s'adresse aux patientes ayant un cancer du sein non métastatique d'emblée, avec traitement locorégional (chirurgie/radiothérapie) avec ou sans chimiothérapie, avec ou sans traitement ciblé sous hormonothérapie ou non.

L'Unité se charge de :

- coordonner la délégation de surveillance avec les médecins de ville ;
- s'assurer du retour des fiches de suivi des médecins de ville pour éviter les patients « perdus de vue » ;
- repérer les séquelles des traitements, les besoins en urgence et orienter les patients ;
- s'assurer de la bonne compréhension et de l'importance des modifications des règles d'hygiène de vie (différents programmes, notamment activité physique et alimentation...);
- favoriser la réinsertion dans le milieu professionnel ;
- former les médecins correspondants (médecins traitants, gynécologues) et les personnels paramédicaux intervenant.

Déroulement d'une consultation type au sein de l'Unité sur le site Saint-Cloud

Lors de la dernière semaine de traitement, le praticien informe le patient de la délégation du suivi, s'assure de son consentement (obtention du consentement signé) pour une prise en charge déléguée ou alternée en ville.

En cas de consentement, le médecin remet au patient un plan personnalisé de l'après-cancer (PPAC) avant de l'adresser à l'Unité. Ce programme complète le programme personnalisé de soins (PPS). Le PPAC comporte :

- une fiche info d'entrée en surveillance comprenant les coordonnées des médecins référents au sein de l'Institut Curie ainsi que les coordonnées de l'Unité ;
- le calendrier de surveillance ;
- des fiches de suivi standard ;
- des fiches de suivi spécifique ;
- des fiches d'effets secondaires des traitements ;
- des informations relatives aux personnes à contacter en cas de nécessité ;
- des fiches de suivi des médecins de ville,
- une brochure sur le programme ACTIV (programme interne à l'Institut Curie relatif au sport et à l'hygiène de vie).

La veille du rendez-vous, un compte rendu résumant l'histoire de la maladie du patient est rédigé et signé par le médecin coordonnateur de l'Unité, ainsi qu'un courrier d'information de la délégation expliquant les modalités de la surveillance.

Le tout sera ensuite remis au patient et adressé au médecin de ville.

Le jour du rendez-vous, l'assistante médicale reçoit la patiente avant la consultation de l'infirmière. Elle :

- vérifie ses coordonnées (adresse, e-mail, portable) ;

Dr Nasrine Callet

Médecin responsable coordonnateur

Dr Claude Boiron

Médecin adjoint

Sylvie Hamet

Cadre paramédical coordonnateur
Unité de délégation de surveillance médicale en sénologie
Institut Curie

Composition de l'Unité

Un médecin responsable coordonnateur

Un médecin adjoint

Un cadre paramédical coordonnateur

Un infirmier diplômé d'État (IDE) formé à l'annonce et aux soins de support après cancer

Une assistante médicale



Dix ans de lutte contre le cancer

- identifie le médecin chargé de la surveillance en ville (généraliste, gynécologue et médecin des réseaux);
- vérifie la signature du consentement (si inclusion avec les médecins du réseau (Gynécomed)
- remet à la patiente les fiches de suivi et le calendrier de surveillance;
- s'assure de la bonne compréhension par la patiente du calendrier de surveillance;
- planifie des rendez-vous qui correspondent au calendrier et remet les convocations sur deux ans;
- explique les modalités de retour à l'Institut Curie en cas d'événement intercurrent.

Ensuite, la patiente est reçue par l'infirmière. Cette consultation est destinée à répondre aux patients qui ressentent souvent un sentiment d'abandon et/ou l'appréhension d'une éventuelle récurrence. Cette consultation dite « d'après traitement », s'inscrit dans le cadre du dispositif d'annonce et d'accompagnement. Les infirmières s'assurent que les règles hygiéno-diététiques et la poursuite d'éventuels traitements sont bien comprises. Ces entretiens permettent aux patientes de s'exprimer sur leur parcours de soins et d'approfondir les explications sur les effets secondaires éventuels des traitements passés et à venir (fatigue, troubles cognitifs, effets secondaires de l'hormonothérapie...) ainsi que de favoriser le dialogue sur leurs projets d'avenir. En cas de nécessité, la patiente sera orientée vers les structures de soins dédiés.

L'infirmière de l'Unité reformule avec la patiente les informations données par le médecin, elle lui donne des repères (PPAC). Elle approfondit si nécessaires les

explications sur les effets secondaires possibles des traitements reçus et l'informe sur les traitements à poursuivre (hormonothérapie par exemple). Elle l'oriente vers les soins de supports nécessaires (assistante sociale, psychologue, diététicien...), soit au sein de l'établissement, soit de façon privilégiée en les intégrant dans des réseaux ou en les orientant vers des professionnels libéraux. C'est elle qui assure le suivi des patientes par téléphone ou par mail.

En conclusion, l'Unité permet : de diminuer la file active des patients en surveillance simple et de réduire ainsi le délai de prise en charge des nouvelles patientes. Elle assure une surveillance sécurisée des patients et évite les « perdus de vue ». Elle permet également la prise en charge rapide au sein de l'Institut Curie des patientes qui ont présenté un événement intercurrent.

La surveillance des patients hors d'une structure très spécialisée permet également de mieux vivre « l'après-cancer » sur le plan psychologique.

La collaboration avec les médecins de ville permet une meilleure implication de ces derniers dans le suivi de leurs patients et une meilleure formation de ces médecins aux nouveautés thérapeutiques.

Enfin, l'Unité aide les patients dans leur réinsertion professionnelle.

L'objectif de l'Unité est d'obtenir une délégation totale ou alternée des patients en surveillance.

En 2018, l'idée est de n'avoir plus que des patients en surveillance pendant les cinq années qui suivent la fin des traitements. 📌

Localisation

Au sein de l'Institut Curie (rue d'Ulm pour le site Paris et Hôpital Huguenin pour le site Saint-Cloud), ligne téléphonique dédiée et courriel

Le rôle des ARS dans le parcours de santé en cancérologie

Dr Danièle Legrand
Référéncier cancérologie
Claire Genety
Conseiller juridique et technique
Direction de l'offre de soins et médico-sociale. Agence régionale de santé Île-de-France

L'agence régionale de santé (ARS) s'est vu confier par la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST)¹ des missions transversales pour répondre aux enjeux de santé publique relatifs à la lutte contre le cancer. Au regard du Code de la santé publique (CSP), l'ARS « a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation [...] des objectifs de la politique nationale de santé [...] des principes de l'action sociale et médico-sociale [...] des principes fondamentaux [...] »² à savoir les objectifs de la politique nationale, les principes de l'action sociale et médico-sociale, et les principes fondamentaux tels que l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

2. Article L. 1431-1 du CSP

Dans ce cadre, l'agence a notamment les missions suivantes³ :

- Mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Dans ce cadre elle définit et finance des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, en veillant à leur évaluation.

Assurer la régulation, l'orientation et l'organisation, en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. Par exemple, elle autorise la création et les activités des établisse-

3. Article L. 1431-2 du CSP

ments de santé⁴, contrôle leur fonctionnement et leur alloue les ressources qui relèvent de sa compétence. Cet axe est d'autant plus significatif en matière de traitement du cancer que les autorisations d'activité de soins délivrées depuis la publication des décrets n° 2007-388⁵ et 2007-389⁶ du 21 mars 2007 relatifs à cette activité de soins ont intégré les différentes exigences de qualité de prises en charge développées par le Plan cancer 2003-2007 comme la concertation pluridisciplinaire, l'application des référentiels de prise en charge des affections cancéreuses, le programme personnalisé de soins, le dispositif d'annonce, l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques, les soins de support, la dimension palliative. Dans ce cadre, l'agence régionale de santé s'assure par ailleurs que la répartition territoriale de l'offre de soins permet de satisfaire les besoins de santé de la population.

- Veiller à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et elle procède à des contrôles à cette fin.

- Définir et mettre en œuvre avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), des actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé.

- Financer des dispositifs visant à renforcer la qualité de la prise en charge (par exemple le financement des dispositifs d'annonce).

- Développer des actions dans le champ de la recherche portées par les établissements ou professionnels, ce soutien pouvant s'exprimer par exemple par une approbation de convention constitutive de groupements de coopération sanitaire créés pour mutualiser les moyens afin de développer une activité de recherche, par un financement public ou autres actions de soutien à l'innovation. En outre, le directeur général de l'ARS autorise les lieux de recherche biomédicale.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁷ vient conforter et préciser le rôle de l'ARS dans la structuration de la politique de santé régionale avec comme fil conducteur le parcours de santé de la personne.

Tels que définis pour la première fois dans la loi⁸, « ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la

prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ». L'ambition de mettre au cœur de la politique publique le parcours de santé se traduit notamment au travers le Titre II de la loi intitulé : « Faciliter au quotidien les parcours de santé ».

Afin de conduire une politique régionale au plus près des parcours de santé, de nouvelles missions et de nouveaux outils sont créés par la loi de modernisation de notre système de santé.

Les nouvelles missions des agences sont par exemple l'organisation des fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, le soutien aux actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé (responsabilisation et appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé), la participation à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social⁹ en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées. Par ailleurs la nouvelle loi consacre explicitement le fait que l'agence régionale de santé veille à ce que « l'accès aux soins, notamment dans les établissements de santé, soit garanti dans des délais raisonnables, quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques et saisonnières du territoire »¹⁰.

De nouveaux outils permettant d'améliorer le parcours des patients sont également introduits par cette loi comme la création des communautés professionnelles de territoire, dont l'enjeu sera d'assurer une meilleure coordination des actions et de concourir à la structuration des parcours de santé, la déclinaison au niveau régional du pacte territoire santé¹¹, la création des groupements hospitaliers de territoire. Par ailleurs, la nouvelle loi conserve des outils de planification comme les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les contrats locaux de santé.

Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé conforte la planification de la santé en région au travers un projet régional de santé (PRS) tout en apportant des novations dans les outils permettant de structurer l'action de l'ARS et des acteurs de la région dans le sens de la transversalité et l'amélioration du parcours¹².

Le PRS, tel que prévu dans la nouvelle loi, sera établi en cohérence avec la stratégie nationale de santé et constitué d'un cadre d'orientation, déterminant des objectifs et résultats attendus sur dix ans, d'un programme relatif à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) et d'un schéma régional de santé (SRS) unique et transversal d'une durée de

4. Article L. 6122-1.

5. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

6. Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

7. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

8. Article L. 1411-1 CSP.

9. Articles L. 6327-1 et L. 6327-2 CSP.

10. Article 98 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

11. Décret n° 2016-314 du 16 mars 2016 relatif au Comité national du pacte territoire-santé.

12. Article L. 1343-1 et suivants et articles L 1434-9 et suivants du CSP.



Dix ans de lutte contre le cancer

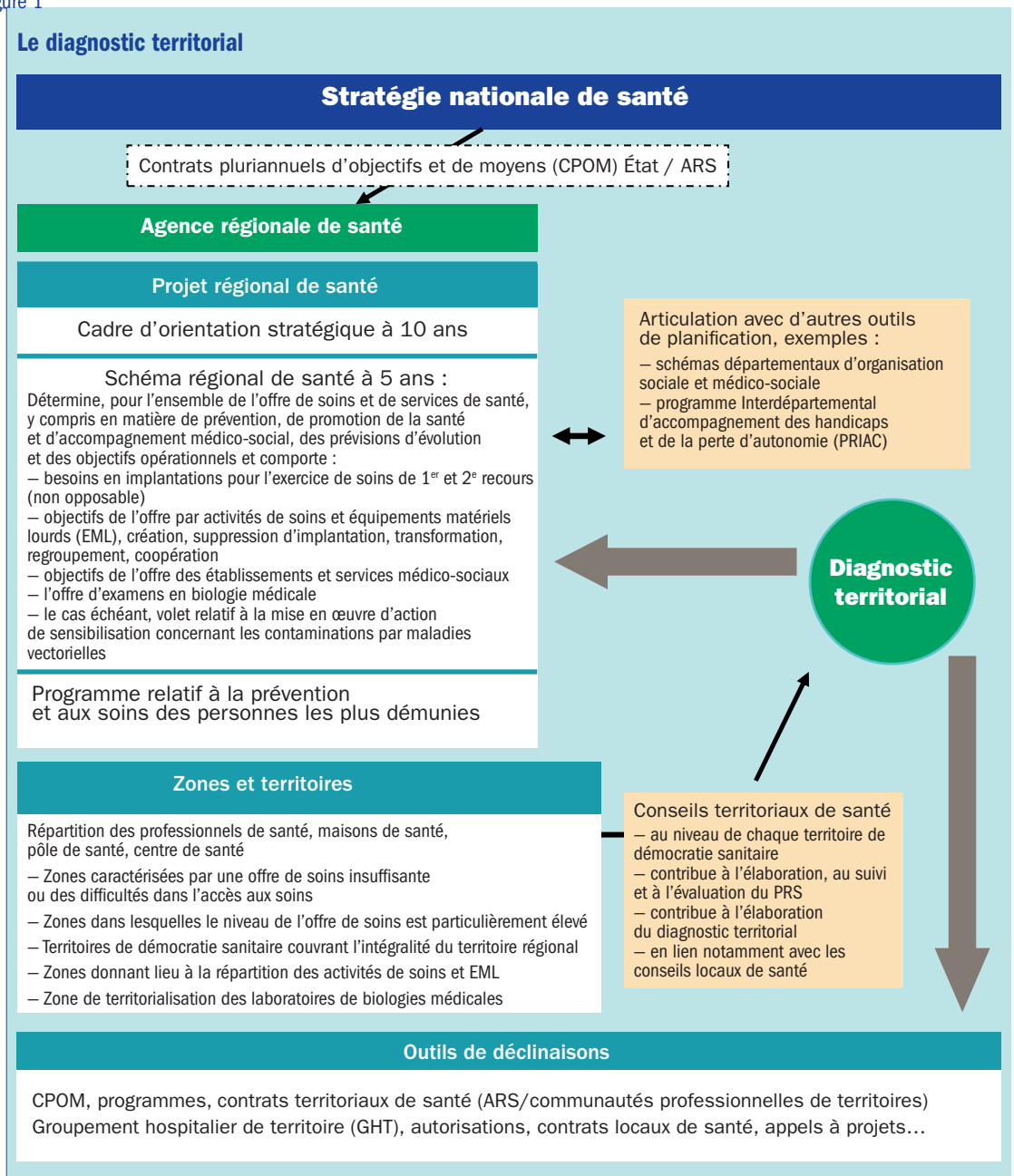
cinq ans se substituant aux trois schémas relatifs à l'organisation des soins, la prévention et l'organisation médico-sociale. Ce SRS sera « *établi sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels* »¹³.

13. Article L. 1434-2 CSP

La loi de modernisation de notre système de santé précise également que la déclinaison de la politique régionale de santé s'organisera au travers des territoires suivants : les territoires de démocratie sanitaire avec la création des conseils territoriaux de santé remplaçant les conférences de territoire, les zones donnant lieu à répartition des activités de soins et équipements matériels lourds, les zones de territorialisation de la biologie médicale.

Un diagnostic territorial pour chaque territoire de démocratie sanitaire sera élaboré afin d'identifier les

figure 1



besoins en santé en tenant compte ses caractéristiques. La nouvelle loi prévoit la mise en œuvre du prochain PRS au 1^{er} janvier 2018.

En Île-de-France

Depuis 2010, sur la base du projet régional actuellement en vigueur, l'ARS Île-de-France a mené diverses actions qui contribuent à la lutte contre le cancer à tous les niveaux du parcours de santé de la personne, de la prévention aux soins.

Ces actions ont notamment vocations à décliner aux niveaux régional et territorial les mesures du Plan cancer, comme :

- dans le champ de la prévention primaire avec des actions à l'attention de publics spécifiques ainsi qu'un engagement dans la déclinaison du Programme national de réduction du tabagisme ;
- concernant le dépistage, la mise en œuvre des dépistages organisés des cancers du sein et colorectaux au travers de 8 structures de gestion en Ile-de-France ainsi qu'une expérimentation sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- concernant la coordination du parcours de soins en cancérologie, la couverture de l'ensemble du territoire par des réseaux territoriaux ayant une valence cancer à destination des patients en situation de complexité médico-psycho-sociale ainsi que l'accompagnement du développement du dispositif « infirmière de coordination » qui vise à faciliter le lien entre la ville et l'hôpital ;
- concernant la planification de l'offre de soin, la recomposition et restructuration pour conforter une offre en cancérologie sécurisée et de qualité, attractive pour les patients et les professionnels de santé, sur les territoires (regroupement d'activité, groupement de coopérations, équipe médicale partagée...);

- de nombreux dispositifs permettant de faciliter les parcours spécifiques, comme les réseaux de tumeurs rares labellisés au plan national, les unités de coordination en oncogériatrie, l'organisation interrégionale en oncopédiatrie (Canpedif) ;

- une coordination régionale assurée par le réseau Oncorif et une cinquantaine de centres de coordination en cancérologie (3C) chargés de la mise en place et du suivi du dispositif qualitatif des prises en charge des patients.

En conclusion

L'ARS, au travers la déclinaison des actions des Plans cancer successifs et la mise en œuvre du projet régional de santé, a ces dernières années accompagné les acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge des cancers afin d'améliorer le parcours de santé des Franciliens. La nouvelle loi de modernisation de notre système de santé met au cœur de la politique publique en santé l'amélioration du parcours. Les missions et les outils de planification de l'agence, notamment le projet régional de santé dans sa nouvelle configuration, évoluent en ce sens.

Le défi des années futures sera de poursuivre les actions de prévention en agissant sur les facteurs de risque connus que sont notamment le tabagisme et la consommation d'alcool. Un autre enjeu sera de conjuguer, d'une part, des prises en charge de plus en plus individualisées et personnalisées liées au déploiement des thérapies ciblées, d'autre part des traitements davantage ambulatoires tournés vers la ville et le domicile et enfin, du fait des évolutions démographiques, thérapeutiques et des progrès, l'augmentation du nombre de personnes qui vivent avec la maladie et/ou présentent des pathologies et des situations de plus en plus « complexes » du fait de leur âge et des comorbidités. 🧠

La communication au service des Plans cancer

Tous les Plans cancer ont préconisé des mesures de communication, avec des objectifs et des leviers très divers : rappel des risques, diffusion des connaissances, promotion des dispositifs d'aide, incitation au dépistage, etc. Si le premier proposait, en 2003, de déconstruire l'image « glamour » du tabac et de développer des campagnes destinées à informer sur les risques, le Plan actuel met lui résolument l'accent sur une démarche que l'on pourrait qualifier d'« empowerment » : favoriser des « choix éclairés » de prévention et de dépistage et orienter vers un accompagnement personnalisé.

Pour aider l'opinion publique à dépasser un sentiment de fatalité et d'impuissance, la communication a eu pour objectifs principaux d'aider chacun à réduire son risque de cancer et à s'approprier les examens de

dépistage recommandés, tout en donnant une visibilité aux avancées de la recherche et de la prise en charge. Cette approche positive a été également fortement relayée par les associations de lutte contre le cancer et les acteurs de terrain.

Soucieux de répondre aux attentes et aux besoins des malades et de leurs proches, les pouvoirs publics ont également développé une plateforme d'information de référence sur la prise en charge de chaque cancer, largement consultée. Enfin, la communication a permis progressivement de faire évoluer les représentations sur la maladie et les personnes atteintes de cancer, dans le but de modifier le vécu social de la maladie et de participer à la mise en œuvre de mesures concrètes des Plans cancer, dans le domaine de l'accès aux assurances et à l'emploi notamment.

Muriel Papin

Direction de la communication, INCa

David Heard

Direction de l'information et de la communication, Inpes



Dix ans de lutte contre le cancer

Ces dix ans ont aussi été marqués par le développement de l'usage d'internet et des logiciels professionnels, qui bouleverse l'accès à l'information et les relations entre patients et professionnels, mais a constitué également une formidable opportunité pour promouvoir des comportements favorables à la santé, grâce à des sites et des services en ligne et pour diffuser de l'information ciblée aux acteurs.

Agir sur les représentations

D'abord destinée à signifier l'engagement de l'État et à mettre à l'agenda public des enjeux de société, la communication publique veut également agir sur les représentations et, dans le meilleur des cas, sur les comportements. La lutte contre le cancer reste en effet souvent associée dans les représentations aux progrès de la recherche et des traitements, alors même qu'éviter la survenue d'un cancer constitue la meilleure protection. En effet, on estime que 40 % des cancers résulteraient de l'exposition à des facteurs de risque évitables, liés à nos modes de vie et à nos comportements, soit 154 000 cancers sur les 385 000 diagnostiqués chaque année [33].

Pour intervenir à titre préventif sur les comportements, la communication doit agir sur une grande variété de leviers. Elle prépare et accompagne l'opinion lors de la mise en place de mesures législatives, comme les campagnes sur le tabagisme passif qui ont accompagné l'interdiction de fumer dans les lieux publics¹, et notamment les cafés et restaurants, en 2005-2006 ; elle informe sur les repères ou les risques (par exemple, 92 % des Français savent désormais qu'il faut pratiquer une activité physique au moins 30 minutes par jour pour être en bonne santé, et 98 % déclarent que fumer peut favoriser l'apparition d'un cancer [14]) ; elle oriente vers les acteurs relais que sont les professionnels de santé et les dispositifs d'aide à distance – ou encore, depuis peu, vers les applications de « coaching », comme l'application Tabac info service, disponible sur smartphone et téléchargée plus de 500 000 fois dans les dix mois qui ont suivi son lancement.

Plus généralement, on peut raisonnablement penser que la communication sur le tabac, diffusant depuis 1976 en France des campagnes de rappel des risques et des messages d'incitation à l'arrêt destinés à « dédramatiser » le sevrage, notamment en proposant une aide à distance, auront contribué à débanaliser le tabac, à en dévaloriser l'image, à le rendre moins acceptable socialement. Ce travail d'image, qui cherche à faire bouger les normes sociales, s'il est difficilement quantifiable, est bien l'un des effets attendus de la communication, au-delà des messages ciblés sur les individus véhiculés par chaque campagne. Ce bruit de fond entretient de surcroît la mobilisation, favorise les prises de conscience, facilite le travail des acteurs.

1. Décret du 15 novembre 2006.

Légitimer la prévention

Cependant, exposée à la fois à des messages de prévention portés par de nombreux émetteurs et à des informations émergentes sur de nouveaux facteurs de risque, plus ou moins avérés, la population se retrouve confrontée à des informations parfois contradictoires.

Ainsi, le Baromètre cancer 2010 de l'Inpes avait mis en évidence une tendance des Français à surévaluer l'importance des facteurs génétiques héréditaires, de certains facteurs environnementaux et de facteurs psychologiques. En particulier, les craintes sur les risques environnementaux potentiels apparaissaient très élevées par rapport aux risques liés aux modes de vie et aux comportements individuels tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité et la sédentarité.

C'est bien pour faire changer le regard sur les facteurs de risque et inciter les individus à faire des choix favorables à la santé, que l'INCa a rappelé, dans sa campagne de 2015, le poids majeur de la prévention dans la lutte contre le cancer. L'objectif était de redonner des repères clairs sur les principaux facteurs de risque, en rappelant que 9 facteurs évitables sont à l'origine de près de 40 % des cancers, avec un poids prééminent du tabac et de l'alcool. En complément, 200 000 personnes ont déjà bénéficié, via un test en ligne, de conseils de prévention prioritaires en fonction de leurs habitudes de vie.

Accompagner le changement

Comme le montre l'évolution des mesures préconisées par les différents Plans, le travail de dénormalisation, d'information, de rappel des risques, doit s'accompagner de mesures concrètes d'accompagnement des publics. De l'intention d'agir, que peuvent efficacement susciter les campagnes de communication, au passage à l'acte, il y a un pas que les seuls messages de prévention ne franchissent pas. Dans une logique héritée du marketing, qui préconise la complémentarité des actions de communication et de services d'accompagnement personnalisés, l'Inpes a ainsi orienté l'essentiel de ses campagnes de lutte contre le tabac, depuis 2009, vers la promotion de son dispositif d'aide à l'arrêt Tabac info service.

L'objectif de la communication n'est plus alors seulement d'opérer une prise de conscience, mais bien d'amener les publics à s'inscrire dans un programme à l'efficacité prouvée², dans un réel souci d'efficacité. Les leviers de communication se multiplient alors pour conjuguer un travail de sensibilisation, destiné à agir sur les intentions, et un travail d'orientation, destiné à favoriser le recours au service. Les récentes campagnes de l'Inpes ont ainsi régulièrement alterné entre des messages « choc » et une approche empathique, résolument orientée sur la valorisation d'un accompagnement personnalisé gratuit et accessible à tous.

2. 22 % des bénéficiaires d'au moins un entretien téléphonique avec un tabacologue de Tabac Info Service sont non-fumeurs six mois après leur premier entretien, 27 % des bénéficiaires de l'e-coaching déclarent être non-fumeurs trois mois après leur inscription, selon les enquêtes Inpes « Rappel à 6 mois » et « STAMP ».

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

Dédramatiser les dépistages des cancers et rendre accessible l'information

C'est dans cette même logique que l'invitation au dépistage des cancers, avec un objectif de banalisation et de dédramatisation de la démarche, a fait l'objet de nombreuses campagnes de communication de l'INCa. Celles-ci ont mis en valeur les bénéfices d'une détection précoce et développé un message de réassurance, porté notamment par le slogan « *Dépisté à temps, il n'est pas méchant* » de la première campagne sur le dépistage du cancer colorectal. Les prises de parole successives ont alterné des actions généralistes de lancement et de promotion des programmes de dépistage avec des campagnes plus spécifiques destinées à répondre aux résistances et freins observés, liés à l'angoisse du résultat, la peur du cancer, l'incompréhension de l'intérêt de la démarche en l'absence de symptômes ou encore l'éloignement des structures médicales.

Les messages ont été adaptés pour répondre à ces inquiétudes et tenter de résoudre la moindre participation aux dépistages des personnes de catégories sociales défavorisées et/ou peu à l'aise avec l'écrit.

Ainsi, pour le dépistage du cancer du sein proposé aux femmes âgées de 50 à 74 ans, la communication s'est largement appuyée sur une forte mobilisation associative à l'occasion d'Octobre rose, mois de mobilisation contre ce cancer, et sur de nombreux relais de proximité présents notamment dans les quartiers de la politique de la ville ou dans les zones rurales. En 2010, une plateforme de discours intitulée « *Toutes les bonnes raisons de participer au dépistage organisé du cancer du sein* » a permis de diffuser sur tout le territoire les réponses clés aux freins évoqués par les femmes. Elle a été complétée par des dispositifs de mobilisation de l'entourage des femmes et le recours à des ambassadeurs populaires, animateurs de télévision ou acteurs de séries. Se sont ajoutés à ces démarches nationales des outils visuels et traduits favorisant l'accès de toutes à l'information, outils ensuite développés sur l'ensemble des programmes de dépistage.

Concernant le dépistage organisé du cancer colorectal, généralisé plus tardivement (2008), les dispositifs d'information ont toujours inclus le médecin généraliste, pierre angulaire du dépistage, et cherché à favoriser une discussion entre le patient et son médecin. La communication s'est toutefois heurtée à des freins majeurs liés aux organes concernés (colon et rectum), aux modalités de dépistage (recherche de sang dans les selles) et aux limites du premier test diffusé, le test Hemoccult. La méconnaissance du cancer colorectal, dont la fréquence et la gravité restaient sous-estimées par les Français, a conduit l'INCa à s'écarter d'une information sur les bénéfices du dépistage pour recréer de la tension en 2012 dans une campagne rappelant qu'il s'agit du 2^e cancer le plus meurtrier en France, pour ensuite accompagner massivement en 2015 les professionnels de santé et les publics cibles sur les enjeux et les modalités pratiques d'utilisation du nouveau test de dépistage (immunologique).

Éclairer la décision

Dans un contexte d'évolution permanente des connaissances, des controverses ont émergé à la fin des années 2000 sur la balance bénéfices/risques du dépistage du cancer du sein, en pointant notamment le risque de surdiagnostic. L'INCa s'est alors appuyé sur un groupe de réflexion sur l'éthique des dépistages, qui a rendu en 2012 un avis sur la nécessité d'éclairer la décision des femmes invitées au dépistage. Le défi posé à la communication était donc de muter d'une communication incitative à une communication plus complexe, fondée sur le partage des connaissances mais également de l'incertitude scientifique. Cependant, cette approche qui met en balance avantages et inconvénients du dépistage peut rencontrer un autre écueil, celui de laisser les femmes seules face à la prise de décision ; elle nécessitait d'être accompagnée par une réaffirmation de la recommandation des autorités de santé en faveur du dépistage.

En 2015, afin de mieux répondre aux nouveaux enjeux et de permettre à toutes les parties prenantes de contribuer à l'amélioration de la politique publique de dépistage, le ministère chargé de la Santé et l'INCa ont souhaité organiser une démarche de démocratie sanitaire, sous la forme d'une concertation scientifique et citoyenne.

Dans un contexte également délicat, la communication sur la prévention du cancer du col de l'utérus a fait l'objet d'une approche globale, mentionnant les deux leviers complémentaires pour lutter contre ce cancer : la vaccination contre les papillomavirus humains et le frottis. À nouveau, il a fallu adapter les messages, renoncer à une démarche de promotion de la vaccination qui aurait été inaudible et contre-productive du fait d'une défiance croissante des Français³. Les pouvoirs publics ont alors choisi de mettre à disposition une information de référence sur la vaccination contre les papillomavirus, étayée par des études scientifiques, afin de répondre aux questions posées sur les effets secondaires des vaccins et de soutenir les professionnels de santé.

On voit bien ici que la communication s'accommode mal de messages complexes, et que, sitôt l'information multiple, nuancée et protéiforme, il faut compléter ou abandonner les « campagnes » pour entamer un lent travail de pédagogie, d'appui des acteurs et de production de ressources. Les institutions de santé doivent à la fois assurer une information transparente qui permette à chacun de décider en connaissance de cause, s'engager dans une démarche de dialogue avec les professionnels et les publics cibles et rester en veille sur les mouvements d'opinion issus du monde scientifique ou de la société civile pour que l'information de référence, nourrie par une expertise approfondie, reste visible et largement partagée.

Changer de regard sur les cancers

Le cancer a longtemps été envisagé comme un tout indistinct, alors que les différents types de cancer

3. Institut de veille sanitaire, Couverture vaccinale, données 2014.



Dix ans de lutte contre le cancer

présentent des caractéristiques et des chances de guérison extrêmement hétérogènes. Le terme cancer est également couramment utilisé comme métaphore des maux les plus redoutables. Dans une étude menée fin 2005, 84 % des interviewés déclaraient connaître dans leur entourage proche des personnes atteintes. Le cancer était cité par 66 % des personnes interrogées comme la pathologie la plus grave, et par 94 % comme l'une des 3 plus graves⁴.

Au cours des dix dernières années, l'association exclusive du cancer avec la mort a cependant diminué⁵. Les Français se sont familiarisés avec l'idée qu'on peut guérir de plus en plus de cancers ou vivre plus longtemps avec la maladie, grâce aux progrès de la recherche mais aussi grâce à des campagnes invitant à porter un autre regard sur la maladie et les personnes qu'elle touche.

L'INCa a joué un rôle actif dans cette modification des représentations du cancer par le biais d'un programme de communication donnant la parole à des personnes ayant été confrontées à la maladie et intitulé «*Nous*

sommes 2 millions de héros ordinaires» (2007). Une deuxième étape a ensuite été menée autour de deux messages clés : «*Je suis une personne pas un cancer*» et «*La recherche avance, changeons de regard*» (2011).

Ces prises de parole médiatiques ont été complétées par un dispositif lancé en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer en 2010. Cancer info est la plateforme d'information médicale et sociale de référence sur les cancers à destination des personnes malades et de leur entourage. Elle apporte des réponses et accompagne les patients et leurs proches aux différentes étapes de la maladie, en complément de leurs échanges avec les équipes soignantes. Pour faciliter l'accès de tous à l'information, Cancer info est accessible par internet, par téléphone et sous forme de guides d'information destinés notamment à être remis aux patients au cours des consultations du dispositif d'annonce afin de les accompagner tout au long de leur prise en charge médicale.

Conclusion

Quels que soient les objectifs poursuivis, les leviers activés, les publics ciblés, on voit que les actions de communication doivent toujours être prolongées par des

4. Études Ipsos santé sur les représentations du cancer 2005

5. Études Ipsos santé sur les représentations du cancer 2007

Les principales mesures de communication préconisées par les Plans cancer

Plan 2003-2007

- Mesure 11 Financer des campagnes grand public et établir des « chartes de bonne conduite » avec les médias
Établir des partenariats avec les médias TV pour la suppression totale du tabac sur les plateaux
- Mesure 17 Relancer une campagne d'information grand public sur les risques sanitaires liés à l'excès d'alcool
- Mesure 19 Conduire une campagne pour augmenter la consommation de fruits et légumes, en informant sur le rôle protecteur de ces aliments vis-à-vis du cancer
- Mesure 27 Développer des campagnes d'information grand public sur la détection des mélanomes

Plan 2009-2013

- Mesure 10.2 Développer des campagnes d'information sur les risques du tabagisme
- Mesure 12.5 Mettre en place un dispositif d'information et de prévention sur les risques liés au rayonnement UV, en particulier le risque solaire
- Mesure 14.1 Favoriser l'adhésion et la fidélisation dans les programmes de dépistage et réduire les écarts entre les taux de participation
- Mesures 15 à 20 Promotion des attitudes favorables à la santé
Promotion de l'hygiène alimentaire et de l'activité physique
- Mesure 11.6 Promouvoir l'aide à distance (téléphone, internet) pour les consommateurs à risque

Plan 2014-2017

- Objectif 1, action 1.9 Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés
- Objectif 10 Rationaliser l'organisation des moyens d'information et d'orientation des fumeurs qui souhaitent s'arrêter en instituant un numéro unique permettant d'être orienté vers le professionnel le plus proche pour établir son programme personnalisé d'arrêt du tabac
Mobiliser l'ensemble de la chaîne du système éducatif afin de sensibiliser les jeunes aux dangers du tabac et leur faire connaître les solutions d'aide à l'arrêt

dispositifs pérennes, reposant sur la mobilisation des acteurs de terrain, des associations, et des usagers eux-mêmes. Si les campagnes peuvent contribuer à agir sur les représentations, sur les motivations, elles ne sont que le déclencheur de comportements favorables à la santé.

Le web participatif, qui permet d'offrir des espaces d'échange avec les professionnels mais aussi entre

les pairs et de proposer des offres de service personnalisées, est à ce titre un outil de communication incontournable : il offre la puissance d'un « *mass media* » et la précision d'une relation interpersonnelle. Reste à en professionnaliser l'usage, sans laisser de côté les usagers : coproduire l'information, co construire les services, c'est là sans doute l'un des grands enjeux d'une démocratie en santé en train de s'inventer. 🧠

Le milieu de travail et les milieux de vie, des enjeux forts de la lutte contre le cancer

Le *primum movens* de la lutte contre le cancer devrait être destiné à en prévenir l'occurrence. La réduction des expositions de la population générale, et singulièrement de la population au travail, à des agents connus pour, ou suspectés, être des cancérogènes représente un volet important de cette action préventive, à côté d'autres volets comme la lutte contre le tabagisme ou pour un meilleur régime alimentaire. Cet article abordera quelques-unes des priorités de l'action publique, successivement pour la maîtrise de la pollution des milieux de vie et des lieux de travail, domaines dont les frontières sont très poreuses.

La pollution des milieux de vie

La pollution de l'air¹ et l'inhalation du gaz radon¹ sont deux facteurs de risque avérés de cancer du poumon. Les principales sources des polluants en cause dans l'air extérieur sont, dans le contexte français, les émissions des pots d'échappement des véhicules à moteur thermique (utilisant l'essence et, surtout, le gasoil) et les émissions industrielles. Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé la pollution atmosphérique comme *cancérogène certain* chez l'homme (« groupe 1 » du CIRC) en tant que mélange complexe, mais a aussi singularisé les particules en suspension, celles qui, émises par ces sources, sont riches en composés organiques imbrûlés de combustion (dont les particules diesel) et en métaux. Une part des agents cancérogènes présents dans l'air extérieur peut aussi se retrouver dans l'air intérieur, en raison des échanges entre les compartiments extérieur et intérieur, mais il existe aussi des sources intérieures. Dans l'habitat traditionnel des pays en développement, l'emploi de bois, de charbon, de charbon de bois et de résidus agricoles pour la combustion constitue une source majeure d'agents cancérogènes ; en France, les « coupables » sont la fumée de tabac¹ (respirée par tous les occupants de

la pièce où se trouve un fumeur) et le radon, produit naturel de désintégration de l'uranium présent dans les caves et rez-de-chaussée des logements construits sur des terrains riches en granit. Dans tous ces cas, la bonne ventilation du logement est essentielle.

À côté de ces principales menaces, d'autres doivent appeler une grande vigilance. Selon les agents en cause, leur carcinogénicité est moins certaine, quoique « probable » ou « possible » (groupes 2A et 2B du CIRC), et l'exposition est plus localisée, moins ubiquitaire que ceux cités avant. La construction de logements sur d'anciens sites industriels peut être source de risques parfois encore très longtemps après, en cas d'accès des personnes (des enfants tout particulièrement) à la surface de sols insuffisamment dépollués ou, surtout, par dégazage de composés volatils (benzène, trichloréthylène...) présents dans des couches plus profondes du sol. Cette situation se retrouve souvent dans des zones aujourd'hui incluses dans l'espace urbain mais qui étaient localisées, il y a 50 ou 100 ans, dans la périphérie industrielle de nos cités. Garder la mémoire des anciennes activités industrielles et penser l'aménagement de la ville en tenant compte de cette histoire des sols sont des actes de santé publique. Dans une même logique, la protection des ressources en eau, eaux de surface ou eaux souterraines, contre les contaminations par les déchets aqueux (rejets industriels ou eaux usées urbaines) doit être un objectif majeur des politiques environnementales et de santé, souci qui s'étend à la maîtrise des épandages de produits ayant des propriétés toxiques (les pesticides) et au contrôle des dépôts sauvages de déchets de tous types². La chaîne alimentaire peut être contaminée par ces eaux elles-mêmes souillées (poissons d'eau douce et produits de la mer, ou irrigation de plantes avec des eaux contaminées), ou encore après épandage aérien de pesticides. Un dispositif de maîtrise de telles expositions

Denis Zmirou-Navier

Université de Lorraine
et École des Hautes
études en santé
publique, U1085
Inserm-Irset

Jean-Claude Pairon

Université Paris-Est
Créteil et Institut
Santé-Travail
Paris-Est,
Inserm U955

1. Voir respectivement les monographies du CIRC. *Outdoor air pollution*, volume 109 (2015); *Man-made Mineral Fibres and Radon*, volume 43 (1988); et *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*, volume 83 (2004).

2. L'observation d'une incidence élevée de cancers dans certaines zones du Sud Italien où des déchets ont été éliminés pendant des années par combustion illégale témoigne des conséquences de telles pratiques « sauvages ».



Dix ans de lutte contre le cancer

repose sur la détermination de Limites maximales de résidus (LMR) de substances nocives dans les produits alimentaires ; cela concerne notamment les résidus de pesticides³ dont les teneurs ne doivent pas excéder certains niveaux jugés acceptables par les instances compétentes européenne (EFSA) et nationale (l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail : Anses).

La présence de substances chimiques à potentiel cancérigène dans des produits de consommation est mieux maîtrisée depuis la mise en place du dispositif REACH dans l'espace européen ; le maintien d'un haut niveau d'exigence s'impose. Depuis 2008, progressivement, les producteurs et importateurs de substances chimiques doivent soumettre à l'Agence européenne des substances chimiques (ECHA) des dossiers circonstanciés sur leurs propriétés physico-chimiques et toxicologiques, dont l'expertise est confiée à des organismes publics (l'Anses en France) qui évaluent les risques selon les usages déclarés ou prévus pour ces substances. D'autres réglementations européennes ou nationales vont dans le même sens, par exemple la loi Grenelle 2 qui avait prévu que les produits de construction et d'ameublement, ainsi que peintures et vernis, soient soumis à une obligation d'étiquetage des polluants volatils à partir de 2012. Si cela est le cas dorénavant pour les éléments de construction et de décoration, ce n'est pas encore le cas pour les meubles. Au-delà, à juste titre, l'Anses⁴ demande l'interdiction dans tout produit d'ameublement des composés classés comme cancérigènes, mutagènes et/ou toxiques pour la reproduction (CMR).

La pollution du milieu de travail

Parallèlement à l'environnement général et aux milieux de vie, le milieu de travail demeure un enjeu fort de la lutte contre le cancer. Les niveaux d'exposition aux agents cancérigènes y sont habituellement plus élevés que dans l'environnement général. De ce fait, pour de nombreux agents, c'est souvent dans le milieu de travail que le pouvoir cancérigène d'une molécule/d'un mélange de molécules est mis en évidence initialement [32], en sachant bien entendu que bon nombre des agents du milieu de travail sont aussi rencontrés dans l'environnement général et domestique, notamment au travers d'activités de bricolage.

La proportion de cancers attribuables à des expositions professionnelles fait l'objet de controverses, le chiffre de 2 à 8 % étant régulièrement rapporté. Cette estimation globale recouvre des situations très contrastées en fonction du site de cancer, et le poids des facteurs professionnels demeure élevé, voire très élevé au cours de la dernière décennie, pour certains sites de cancers

(notamment poumon, mésothéliome, vessie, sinus du nez), en particulier chez l'homme. Ainsi, la fraction de risque attribuable aux facteurs professionnels pour le mésothéliome est de l'ordre de 85 % chez l'homme et elle est probablement comprise entre 10 et 15 % pour le cancer bronchopulmonaire.

Même si l'amiante a été interdit en France depuis le 1^{er} janvier 1997, des situations d'expositions professionnelles existent encore, du fait de nombreux matériaux comportant de l'amiante (MCA) en place, sur lesquels des travailleurs sont susceptibles d'intervenir, notamment parmi les professionnels du bâtiment. Un important arsenal réglementaire et pédagogique a été déployé à partir de 1996, visant à mettre en place des dispositifs appropriés de protection des travailleurs. Toutefois, des acteurs de terrain rapportent régulièrement des situations d'exposition à l'amiante non repérées en amont d'interventions de professionnels (et *a fortiori* lors d'activités réalisées par des non professionnels sur des MCA). La vigilance reste donc de mise pour la prévention des expositions à l'amiante au cours des années à venir.

En dépit des progrès réalisés au cours des dernières décennies par les différents acteurs du champ santé-travail (médecins du travail, hygiénistes industriels, autres acteurs de la prévention) afin de limiter les expositions aux agents cancérigènes en milieu de travail, celles-ci demeurent fréquentes en France, ainsi qu'en témoignent les enquêtes Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) réalisées périodiquement à l'initiative du ministère du Travail. Ainsi en 2010, il a été retenu que 10 % de l'ensemble des salariés, soit près de 2,2 millions, avaient été exposés à au moins un produit chimique cancérigène au cours de la dernière semaine travaillée précédant l'enquête [8]. Les ouvriers et les salariés travaillant dans des activités de maintenance ou dans le secteur de la construction étaient les plus concernés, y compris par les phénomènes de multi exposition. Parmi les cancérigènes professionnels *certain*s (groupe 1 du CIRC), les expositions les plus fréquemment rapportées sont les émissions de moteurs diesel, identifiées pour près de 800 000 salariés, selon l'extrapolation des résultats de l'étude Sumer 2010.

Les acteurs du champ santé travail se doivent d'être vigilants et de limiter également autant que possible les situations d'exposition aux agents *cancérigènes probables* du CIRC (ou de l'Union européenne), sans attendre des données scientifiques supplémentaires justifiant un éventuel futur classement dans le groupe 1 du CIRC (*cancérigènes certain*s). C'est le cas par exemple du travail de nuit, classé dans le groupe 2A du CIRC depuis 2007⁵, l'explication avancée étant une perturbation des rythmes circadiens régulant de nombreuses fonctions biologiques chez ces travailleurs.

Les efforts nécessaires de prévention technique visant à limiter les expositions aux cancérigènes sont

3. <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9sidus-de-pesticides-dans-les-denr%C3%A9es-alimentaires-l%E2%80%99efsa-et-l%E2%80%99anses-publient-leurs>

4. Expertise en appui à l'étiquetage des produits d'ameublement. Anses, 2015. <https://www.anses.fr/fr/system/files/AIR2013sa0040Ra.pdf>

5. IARC Monograph 98, Painting, firefighting and shitwork. 2010.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

régulièrement rappelés par la réglementation applicable en milieu de travail, les organismes de prévention, ou les recommandations de bonne pratique élaborées notamment par la Société française de médecine du travail⁶. Est visé prioritairement un objectif de prévention primaire (suppression ou substitution du produit ou du procédé en cause, et à défaut limitation du niveau d'exposition ou du nombre de travailleurs exposés). Si tous les travailleurs doivent bien sûr être concernés par ces dispositions, quel que soit leur statut (salarié, indépendant), des efforts spécifiques sont justifiés vis-à-vis des populations jeunes et précaires (stagiaires, apprentis, intérimaires), car les expositions à des agents cancérigènes sont plus fréquentes chez ces travailleurs. Cet appel à un renforcement de la prévention primaire en

6. <http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php>

milieu de travail constitue l'un des axes prioritaires du Plan Santé Travail 37 qui a également inscrit dans ses priorités les enjeux liés à la dégradation de l'amiante dans les bâtiments dans les quarante prochaines années.

La recherche pour améliorer le diagnostic précoce et le traitement des cancers est bien sûr essentielle. De manière distincte, il est indispensable que les efforts déployés pour agir, en amont, sur ces déterminants encore importants de l'incidence du cancer que sont les expositions environnementales et professionnelles, soient aussi à la hauteur des souffrances qu'ils induisent et des enjeux de santé publique qu'ils représentent. 🧠

7. Plan Santé au travail 2016-2020. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social.

Inégalités sociales face aux cancers : du rôle du système de soins à l'incorporation biologique de son environnement social

La France se caractérise par une situation paradoxale avec une très bonne espérance de vie, notamment après 65 ans, mais un taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) élevé par rapport à ses voisins européens. Les cancers représentent la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population française (149 500 décès par cancer en 2015), soit près de 30 % de l'ensemble des décès (données INCA 2015). Cette situation diffère en fonction du genre, les cancers représentant la première cause de décès chez les hommes (32,9 % en 2013) mais la deuxième chez les femmes (24,5 % contre 27 % pour les maladies de l'appareil circulatoire). Les principales causes de décès par cancer sont le cancer du poumon, suivi par les cancers du côlon-rectum et de la prostate chez les hommes et le cancer du sein suivi par le cancer du poumon et le cancer colorectal chez les femmes.

La France se caractérise aussi par l'existence d'inégalités sociales de mortalité marquées, malgré la difficulté de disposer de données sociales couplées à des données de mortalité. Globalement on observe un gradient social de mortalité, c'est-à-dire un risque de mortalité qui s'accroît à mesure que le niveau social diminue, mesuré principalement par le niveau d'éducation ou la catégorie socioprofessionnelle. Les cancers contribueraient à 40 % des inégalités sociales de mortalité chez les hommes et à 30 % chez les femmes. Les données de l'Échantillon démographique permanent montrent que comparativement aux personnes ayant un niveau universitaire,

la probabilité de décéder d'un cancer est 2,4 fois plus élevée chez les personnes sans diplôme, 1,8 fois plus élevée chez celles ayant un niveau primaire, et entre 1,3 et 1,7 fois plus élevée chez celles ayant un niveau secondaire. Des différences existent selon les types de cancer, les inégalités sociales étant particulièrement marquées pour les cancers du poumon, de l'œsophage et des voies aérodigestives supérieures (VADS), et selon le genre, les inégalités sociales de mortalité par cancer sont plus fortes chez les hommes [23].

Les inégalités sociales de mortalité correspondent à la phase ultime des inégalités. Comme pour beaucoup de maladies chroniques, les mécanismes en jeu pour expliquer les inégalités sociales de mortalité dans le champ des cancers sont multiples et méritent d'être distingués pour une meilleure compréhension des phénomènes. Schématiquement, elles peuvent être le résultat d'inégalités sociales vis-à-vis du risque de développer un cancer, mais aussi, une fois le cancer déclaré, d'inégalités sociales au niveau de la prise en charge et du suivi, les mécanismes en jeu pour expliquer ces inégalités pouvant être spécifiques des phases considérées.

Du rôle du système de soin...

Les déterminants sociaux peuvent interagir à différents niveaux du système de soins. Ils peuvent influencer le dépistage/diagnostic, le traitement et le suivi, chacune de ces différentes étapes ayant un impact potentiel sur

Cyrille Delpierre
LEASP-UMR 1027
Inserm-Université
Toulouse III

Sébastien Lamy
LEASP-UMR 1027
Inserm-Université
Toulouse III, Service
de pharmacologie
clinique, CHU de
Toulouse

Pascale Grosclaude
LEASP-UMR 1027
Inserm-Université
Toulouse III, Institut
Claudius Regaud,
IUCT-O, Registre des
cancers du Tarn,
Toulouse

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 58.*



Dix ans de lutte contre le cancer

la mortalité future. À ce jour, les travaux qui se sont intéressés au rôle des déterminants sociaux sur ces étapes restent encore limités, et principalement centrés sur les cancers du sein, du colon/rectum et de la prostate. Ces différents travaux permettent néanmoins d'identifier des sources d'inégalités sociales qui peuvent intéresser toutes les étapes du parcours de soins.

Inégalités sociales et recours au dépistage

Un gradient social de recours à la mammographie, au frottis et au dépistage du cancer colorectal existe, le recours au dépistage diminuant avec le niveau social (de 30 à 40 % entre les groupes sociaux les moins et les plus favorisés [9]). À l'inverse, un recours au dépistage plus fréquent explique en partie une incidence plus élevée de certains cancers dans les groupes favorisés comme celui de la prostate, du sein ou le mélanome. Les mécanismes en jeu dans le recours au dépistage et plus largement à l'accès primaire aux soins restent à approfondir mais renvoient à la fois à des caractéristiques liées aux personnes, comme l'accès à l'information, l'attention portée aux symptômes ou la représentation de la maladie qui diffèrent en fonction des groupes sociaux, à des caractéristiques liées à l'offre de soins et à son accessibilité (géographique, financière), notamment en médecine générale, mais aussi à l'interaction entre les deux. Des travaux ont mis en évidence le rôle de la distance sociale et du genre dans la qualité de la relation patients/médecins généralistes. De cette qualité de l'interaction patients/système de soins dépend donc aussi une partie des inégalités sociales.

Inégalités sociales et prise en charge

En lien avec ce moindre recours au dépistage, il existe des inégalités sociales vis-à-vis du stade au diagnostic, qui est globalement plus avancé dans les groupes moins socialement favorisés (cancers du sein, prostate), et plus largement dans la prise en charge. Des travaux ont observé des taux de passage en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) variables selon l'âge, la gravité du cancer ou le territoire pour certains cancers (cancer du sein, prostate), un accès socialement différencié aux traitements, notamment les traitements innovants (cancer du côlon) ou au fait d'être opéré par un chirurgien expérimenté (cancer du sein). Le centre de prise en charge (CHU, clinique, CHG) est également retrouvé comme associé au type de traitement reçu (cancer prostate) ou encore à la dose reçue (lymphome) indépendamment du niveau social des patients ou de leurs caractéristiques cliniques.

Les travaux sur les prises en charge, qui font largement appel à des données de registre de cancer, utilisent notamment des indicateurs écologiques pour approcher le niveau social, construit à partir des données contextuelles de la zone de résidence des individus, faute de données sociales individuelles collectées en routine dans les dossiers médicaux. Ces indicateurs contiennent donc une information contextuelle qui a pour intérêt de

permettre d'appréhender la dimension territoriale dans les inégalités sociales. Un effet de la distance au centre de référence est ainsi retrouvé sur l'accès à la chimiothérapie (cancer du côlon), le fait d'être traité dans un centre spécialisé ou d'être opéré par un chirurgien expérimenté (cancer du sein). Cette influence de la distance, indépendante des caractéristiques cliniques et sociales des individus, varie en fonction du centre considéré (centre de soins le plus proche, distance au CHU, distance au centre de référence), suggérant des mécanismes différents.

Pistes de réflexion

Les liens entre déterminants sociaux, territoriaux et prise en charge varient en fonction des cancers considérés et de l'organisation des soins pour un type de cancer donné, ce qui nécessite de développer des hypothèses spécifiques pour explorer le lien entre déterminants socio-territoriaux et prise en charge des cancers. De telles études nécessitent de disposer d'informations à la fois cliniques, sociales et contextuelles (offres de soins, expositions environnementales), informations qui restent à ce jour souvent cloisonnées dans des bases de données non communicantes. Favoriser l'utilisation et l'interopérabilité de ces bases, notamment pour les registres de cancer, constitue un enjeu essentiel. On pourrait ainsi s'étonner du peu d'études sur l'impact de ces inégalités sur la survie des patients atteints de cancer. Cette lacune spécifique à la France, résulte en fait de l'absence de table de mortalité par catégories sociales, qui permettrait de produire des données de survie nette (survie associée au cancer). En effet la comparaison des survies observées ne permet pas de distinguer les différences dues à la prise en charge du cancer de celles qui sont liées à la mortalité naturelle dont on sait qu'elle est plus forte dans les groupes moins favorisés.

...Aux mécanismes de genèse et aux inégalités sociales d'incidence

Les comportements

Les facteurs sociaux peuvent avoir un impact sur l'incidence, par leur association avec des comportements à risque (consommation de tabac et d'alcool, alimentation). De nombreux travaux retrouvent un gradient social concernant la consommation de tabac, l'indice de masse corporelle, l'activité physique, la consommation de fruits/légumes, autant de facteurs de risque de développer un cancer. Le rôle de ces comportements est particulièrement important dans les cancers les plus létaux et socialement différenciés que représentent les cancers du poumon ou des VADS. Le fait que les comportements de santé dits « individuels » soient socialement différenciés interroge sur leurs origines. Ces comportements sont à appréhender comme des facteurs intermédiaires, des facteurs de médiation, au sein de chaînes de causalité liant les déterminants sociaux, vus

comme causes distales ou fondamentales, les comportements de santé, vus comme causes proximales, et la survenue de cancers. Les interventions de prévention, qui ciblent principalement ces comportements, ont eu un succès limité, notamment au regard des inégalités sociales, certaines interventions de prévention pouvant même les aggraver du fait d'une meilleure diffusion des comportements « sains » dans les groupes plus favorisés. La mise en évidence des mécanismes par lesquels les déterminants sociaux influencent les comportements constitue donc autant de cibles potentielles pour développer des approches de prévention innovantes.

Expositions professionnelles et environnementales

Les comportements de santé ne suffisent pas à expliquer l'ensemble des inégalités sociales observées. D'autres expositions à des cancérogènes sont associées au niveau social en particulier les expositions environnementales (chimiques, physiques) en lien avec l'activité professionnelle. L'exposition professionnelle aux principaux carcinogènes avérés ou suspectés expliquerait environ 12 % des cancers du poumon chez l'homme (étude Icare). Mais du fait d'une exposition à ces cancérogènes, concernant très largement des ouvriers, on estime qu'environ la moitié des différences sociales de mortalité par cancer du poumon serait expliquée par l'exposition à des facteurs d'origine professionnelle.

D'autres expositions environnementales, comme la pollution atmosphérique, peuvent également jouer un rôle et mériteraient d'être plus explorées au regard des déterminants sociaux.

Expositions psychosociales

L'idée que les facteurs sociaux auraient un effet biologique direct susceptible d'expliquer une part du gradient social émerge. Cette hypothèse renvoie au concept d'incorporation biologique qui fait référence à la façon dont l'environnement, y compris social, pénètre sous la peau. Une partie des inégalités sociales d'incidence observées pourraient s'expliquer par des modifications biologiques liées à l'environnement social favorisant le développement de cancers dans les groupes moins favorisés. Les mécanismes physiologiques identifiés renvoient notamment aux systèmes de réponse au stress. Des travaux ont montré comment l'exposition à des stress pouvait influencer le développement de cancer au niveau biologique [1], en particulier en cas de stress précoces [20]. Cependant, la littérature épidémiologique sur le lien entre stress et cancer est globalement peu concluante. Peut-être du fait de la nature du stress considéré (aigu *versus* chronique), sa temporalité (précoce *versus* adulte) et sa mesure (rétrospective *versus* prospective). Des travaux encore émergents retrouvent en effet une association entre des événements adverses durant l'enfance et le fait de déclarer un cancer à l'âge adulte [18, 19]. Ces travaux font notamment appel à des données de cohortes, certaines de naissance, avec plusieurs décennies de

suivi et des variables nombreuses et de natures variées. L'approche utilisée est celle dite « lifecourse » et inclut l'étude des mécanismes biologiques, comportementaux, psychosociaux qui opèrent au travers de toute la vie d'un individu pour influencer son état de santé. Cette approche réinterroge la notion de causalité en insistant sur la notion de chaînes de causalité, « la cause » n'étant alors que la désignation pragmatique d'un point dans la chaîne des événements sur lequel il est possible d'envisager d'intervenir. L'apport de cette approche dans la compréhension de nombreuses pathologies chroniques est notable. Dans le domaine du cancer, son utilisation constitue un changement de paradigme en postulant le développement des cancers comme le résultat d'enchaînements de causes psychosociales, comportementales, biologiques dès le début de la vie.

Quelques enjeux

Ces recherches mettent en lumière d'autres temporalités (notamment la petite enfance), d'autres causes (stress psychosocial précoce) que celles ciblées par les interventions de prévention classiques, et des mécanismes multiples (comportementaux, psychosociaux, sociaux, biologiques). Un enjeu majeur est de préciser la nature des multiples expositions associées au niveau social, et la façon dont elles interagissent, s'enchaînent pour influencer le risque de survenue du cancer. Le niveau social est un proxy de diverses expositions (environnementales, comportementales, psychosociales) et les indicateurs sociaux ne sont pas interchangeable et ne mesurent pas les mêmes aspects de la vie sociale. Mener de tels travaux nécessite de disposer de données longitudinales, sur de longues périodes, incluant un large panel de variables incluant à la fois l'environnement psychosocial et économique mais aussi des données biologiques, alors même que de telles cohortes ou bases de données restent rares en particulier en France.

Conclusions

L'approche de la santé se caractérise en France par une approche biomédicale, principalement curative et individuelle. Le système de soins est ainsi reconnu pour sa compétence curative basée sur la pierre angulaire de la relation médecin/malade. Les succès de ce modèle se retrouvent en termes de résultats de morbi/mortalité, bons en moyenne. Néanmoins les limites en sont une moins bonne prise en compte des inégalités, notamment sociales, au sein même du système de soins, et encore plus en termes de prévention. Une approche populationnelle, prenant en compte le gradient social de santé, considérant l'ensemble du parcours de vie et *a fortiori* de soins, reste à développer. En termes d'interventions de prévention, passer d'une approche égalitaire à une approche d'universalisme proportionné, bénéficiant à l'ensemble des membres de la population mais à hauteur des risques ou besoins auxquels ils sont confrontés, s'avérerait particulièrement pertinent pour la cancérologie. 🧠