

# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2014 DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

2014 : première année de mise en œuvre du nouveau Plan cancer



[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)







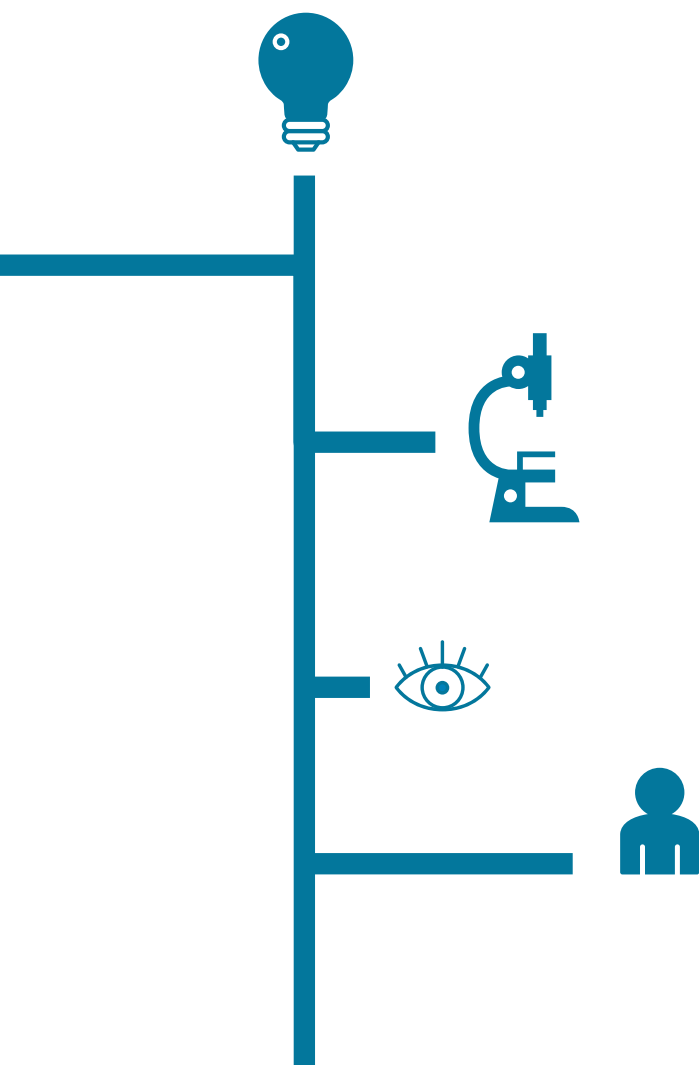
L'Institut national du cancer est l'agence sanitaire et scientifique chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, il est placé sous la tutelle conjointe des ministères en charge de la santé et de la recherche.

L'INCa apporte une vision intégrée de l'ensemble des dimensions (sanitaire, scientifique, sociale, économique) et des champs d'intervention (prévention, dépistage, soins, recherche) liés aux pathologies cancéreuses. Il a pour ambition de jouer un rôle d'accélérateur de progrès au service des personnes malades, de leurs proches, des usagers du système sanitaire et social, des professionnels de santé, des chercheurs, des experts, et des décideurs.

# SOMMAIRE

## RAPPORT D'ACTIVITÉ 2014

ÉDITORIAUX	06
<b>1 LANCEMENT DU TROISIÈME PLAN CANCER 2014-2019</b>	
• Mise en place du pilotage	11
• Programmation et indicateurs	11
<b>2 PROGRAMME D' ACTIONS INTÉGRÉES CONTRE LE TABAC ET LES CANCERS LIÉS AU TABAC</b>	
• Contribution à l'élaboration du programme national de réduction du tabagisme	13
• Accompagnement au sevrage tabagique des patients	13
• Référentiel de prise en charge des cancers liés au tabac	13
• Conception d'un programme intégré de recherche et d'intervention contre le tabac	14
• Participation aux travaux de la CCLAT	16
<b>3 PRÉVENTION PRIMAIRE</b>	
• Approche hiérarchisée des facteurs de risque	19
• Facteurs de risques environnementaux	20
• Facteurs de risques iatrogènes	20
• Facteurs de risques nutritionnels	21
<b>4 DÉTECTION ET DIAGNOSTICS PRÉCOCES</b>	
• Dépistage du cancer du sein	23
• Dépistage du cancer colorectal	24
• Amélioration des programmes de dépistage	24
• Dépistage cancer du col de l'utérus	25



<b>5 QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE</b>	
• Organisation des soins	31
• Prises en charge spécifiques	33
• Évolutions technologiques et thérapeutiques	34
<b>6 ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DES PATIENTS</b>	
• Parcours de soins	37
• Activité physique adaptée	38
• Soutien aux projets associatifs	39
• Assurabilité et droit à l'oubli	39
<b>7 RECHERCHE, INNOVATION ET MÉDECINE DE PRÉCISION</b>	
• Recherche fondamentale, translationnelle et multidisciplinaire	41
• Recherche en santé des populations	42
• Recherche clinique	42
• Suivi de l'évolution des médicaments innovants	44
• Les plateformes de génétique moléculaire	45
• Le programme AcSé	46
• Le programme d'oncogénétique	47
<b>8 PILOTAGE, COORDINATION ET COOPÉRATIONS</b>	
• Amélioration et partage de l'observation	51
• Coordination des structures de recherche	51
• Animation des structures de coordination des soins	53
• Coopérations européennes et internationales	54
• Réunion des financeurs de la recherche	56
<b>9 ENGAGEMENTS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT</b>	
• Démarche d'évaluation	59
• Favoriser l'appropriation des productions et des messages de l'INCa	59
• Poursuite de la politique d'audits internes et financiers	61
• Déploiement du contrôle interne et de la maîtrise des risques	62
• Ressources humaines	62
• Démocratie sanitaire et mobilisation des acteurs	62
<b>10 RÉPONSES AUX SAISINES</b>	
• Saisine « implants mammaires »	65
• Saisine « radon »	66
• Saisine « tomosynthèse »	67
<b>11 PRÉPARATION DU COP 2015-2018</b>	68
<b>12 PERSPECTIVES ET PLAN D'ACTIONS 2015</b>	70
<b>13 ANNEXES</b>	72
• Les finances de l'INCa en 2014	74
• Les appels à projets	76
• Les publications	78
• Organigramme	81
• Liste des sigles	82

# « ENGAGER LES CHANTIERS PHARES DU PLAN CANCER »

Le Plan cancer 2014-2019 est porteur de grandes ambitions pour la santé des Français: guérir plus de personnes malades; diminuer l'impact de la maladie et des traitements sur la vie des personnes touchées; et enfin, diminuer le nombre de nouveaux cas de cancers dans notre pays, en investissant dans la recherche et la prévention. Six années ne seront pas de trop pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés. Dès le lancement du Plan, le 4 février 2014 par le président de la République, les équipes de l'Institut national du cancer et nos partenaires, professionnels et représentants des usagers du système de santé, se sont mobilisés pour lancer les premiers chantiers de ce troisième plan national.

Parce qu'il est à la fois la première cause évitable de cancers, et la première cause de décès par cancers, le tabagisme est une préoccupation collective majeure. Le Plan cancer a ainsi permis d'engager une nouvelle dynamique dans la lutte contre le tabac, grâce à la mise en œuvre du programme national de réduction du tabagisme. L'Institut, qui avait fait de la lutte contre les cancers liés au tabac son programme d'actions prioritaire pour 2014, y a largement contribué, et restera pleinement mobilisé pour faire reculer ce fléau.

En matière de détection précoce, après le déploiement du test immunologique pour le dépistage du cancer colorectal, priorité est donnée à l'organisation, à l'échelle nationale, du dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans le domaine des soins, plusieurs actions sont engagées pour sécuriser l'usage croissant des chimiothérapies prises à domicile par voie orale, et plus largement, pour adapter les pratiques professionnelles et l'organisation de notre système de soins à

---

**« PARCE QU'IL EST À LA FOIS  
LA PREMIÈRE CAUSE ÉVITABLE  
DE CANCERS, ET LA PREMIÈRE CAUSE  
DE DÉCÈS PAR CANCERS,  
LE TABAGISME EST UNE  
PRÉOCCUPATION COLLECTIVE  
MAJEURE »**



l'évolution des prises en charge qui, pour être efficaces, doivent associer de façon plus étroite l'hôpital et la médecine de ville. Concernant l'après-cancer, l'INCa a su produire des analyses statistiques et une expertise dont la qualité a été reconnue et ont permis de donner au droit à l'oubli, qui a fait l'objet d'un fort engagement des autorités publiques, un fondement scientifique objectif.

L'année 2014 marque également la 10<sup>e</sup> année d'activité de l'Institut national du cancer. Ce rapport constitue donc une occasion de dresser le bilan d'une décennie d'actions dans des domaines-clés : l'épidémiologie, la prévention du tabagisme, le dépistage du cancer du sein, l'organisation des soins en cancérologie, l'information

des malades et des proches à travers la plateforme Cancer info, le financement et la structuration de la recherche sur les cancers, et enfin l'essor de la médecine de précision. Cette analyse rétrospective nous rappelle à quel point la cancérologie a connu des évolutions majeures - dont les récents congrès internationaux de biologie et de recherche clinique montrent qu'elles se poursuivent à un rythme soutenu. L'Institut doit plus que jamais favoriser et accompagner le déploiement de ces avancées scientifiques, et leurs conséquences médicales et sociales dans le champ du cancer, au bénéfice de l'ensemble de nos concitoyens.

*/ Agnès Buzyn, Présidente  
de l'Institut national du cancer*

# « RÉPONDRE À L'EXIGENCE DE MODERNISATION DE L'ACTION PUBLIQUE »

Chargé de mener à bien les chantiers structurants du Plan cancer, l'INCa s'est également vu confier la mission de piloter la mise en œuvre globale du Plan, pour le compte des ministères chargés de la santé et de la recherche. Cette responsabilité nouvelle marque la confiance accordée à l'Institut et à tous ses collaborateurs. Elle témoigne aussi de la nécessité d'assurer une très bonne coordination des actions, qui impliquent de nombreux acteurs, dans une vision globale des pathologies cancéreuses, pour veiller à la cohérence et à l'efficacité de l'action publique et éviter le risque de cloisonnement.

Elle nous a conduits à mobiliser les équipes pour renforcer l'organisation du pilotage du Plan, ainsi que l'ensemble des partenaires externes et parties prenantes de la lutte contre les cancers. Les modalités de pilotage ont été adaptées pour assurer un meilleur suivi opérationnel et mettre en place un suivi stratégique d'autant plus important que le champ de la cancérologie subit des bouleversements profonds qui affectent la recherche, les prises en charge ou encore l'information. Chaque action inscrite dans le Plan cancer 2014-2019 a été placée sous la responsabilité d'un ministère, d'une institution ou d'une association.

---

**« NOTRE RÔLE D'ANIMATION,  
D'IMPULSION ET D'APPUI  
EST ESSENTIEL POUR  
LE SUCCÈS DU TROISIÈME  
PLAN CANCER »**

La mise en œuvre de ce Plan très ambitieux ne saurait se faire sans le concours des acteurs régionaux et territoriaux, en particulier sans l'implication forte des agences régionales de santé avec lesquelles l'Institut, en lien avec le secrétariat général et les directions d'administration centrale des ministères sociaux, a développé des modes de collaboration pragmatiques pour nourrir une approche collective et leur apporter son expertise des pathologies cancéreuses.



Notre rôle d'animation, d'impulsion et d'appui est essentiel pour le succès du troisième Plan cancer. Il concerne également les réseaux avec lesquels l'INCa travaille au quotidien, qu'il s'agisse des structures de gestion des dépistages, des registres des cancers, des réseaux régionaux de cancérologie, des cancéropôles, des équipes mobiles de recherche clinique, entre autres.

Des indicateurs d'impact et de résultats ont été définis pour chacun des grands objectifs du Plan. À ce titre, il faut souligner l'intérêt de développer la production régulière de données d'observation robustes, ou encore la publication, à la mi-2014, de l'enquête sur les conditions de vie des personnes deux ans après un diagnostic de cancer, réalisée avec l'Inserm. Sa réédition, d'ores et déjà engagée, permettra

d'évaluer les actions conduites pour améliorer la qualité de vie des personnes malades, et leurs conditions de maintien ou de retour à l'emploi.

La mise en place de ce pilotage s'est faite dans le cadre d'une démarche globale de modernisation des méthodes de travail en cours à l'Institut, à travers l'amélioration de ses systèmes d'information et l'évolution de sa politique éditoriale. L'objectif est d'augmenter la valeur du service rendu par l'Institut en étant plus près des besoins et des usages, notamment numériques, désormais bien ancrés tout à la fois chez les professionnels et chez un grand nombre de nos concitoyens. Cette démarche répond à l'exigence d'efficience et de modernisation de l'action publique.

*/Thierry Breton, directeur général  
de l'Institut national du cancer*

# 1

## LANCEMENT DU TROISIÈME PLAN CANCER 2014-2019

---





## MISE EN PLACE DU PILOTAGE

L'année 2014 a été marquée par le lancement du troisième Plan cancer par le président de la République le 4 février.

Le pilotage du Plan cancer 2014-2019 est placé sous l'égide des ministres de la Santé et de la Recherche. L'Institut national du cancer, qui s'était très fortement investi pour en coordonner la préparation, a été désigné par les ministres comme l'opérateur pilote de la mise en œuvre du Plan organisée autour :

- d'un comité de pilotage, coprésidé par les ministres, qui veillera à la bonne mise en œuvre du Plan au regard des objectifs et remettra chaque année un rapport au président de la République. Il réunit les décideurs publics (directeurs d'administration centrale, directeur général de l'UNCAM), la présidente de l'INCa, les associations représentant les usagers et malades, ainsi que

## L'Institut est chargé de piloter la mise en œuvre du Plan cancer 2014-2019

le Pr Jean-Paul Vernant comme personnalité qualifiée. Il a été mis en place par les cabinets ministériels le 20 mai 2014 et s'est réuni pour la première fois le 5 novembre 2014;

- d'un comité de suivi animé par l'INCa rassemblant tous les responsables d'actions. Ce comité a été installé le 11 juin et s'est réuni trois fois en 2014.

Chaque action du Plan est placée sous la responsabilité d'une institution ou d'un organisme en charge de sa réalisation. L'INCa est impliqué dans 129 des 185 actions du Plan: l'Institut est responsable principal de 77 actions et responsable associé de 52 actions.

La mobilisation des agences régionales de santé (ARS) dans le pilotage et la mise en œuvre du Plan cancer au niveau territorial, au plus près des usagers, est une des conditions de sa réussite. L'année 2014 a permis de mettre en place les modalités du travail partenarial, grâce à la constitution d'un groupe d'appui composé de quelques agences, et par le biais d'une instruction qui leur a été adressée en fin d'année par le Conseil national de pilotage des ARS. Elles devront ainsi décliner leurs actions à travers des feuilles de route régionales élaborées au premier trimestre 2015. Deux séminaires d'échanges seront organisés chaque année par l'INCa dans une logique de décloisonnement correspondant à la vision intégrée portée par l'Institut; le

premier a eu lieu le 17 décembre. L'INCa veille à la concertation avec les parties prenantes. Ainsi, un premier séminaire des membres du GIP s'est tenu le 27 juin et a permis un échange sur deux objectifs majeurs: la mise en place d'indicateurs de qualité des pratiques cliniques en cancérologie et le déploiement de la médecine personnalisée. Le comité des usagers et des professionnels de l'INCa (Comup) est également mobilisé notamment sur les questions relatives à la vie des malades et à la coordination hôpital-ville.

## PROGRAMMATION ET INDICATEURS

Un rapport annuel au président de la République sur le Plan cancer est rédigé par l'INCa en coordination avec tous les responsables d'actions et soumis aux ministres. Le premier rapport est rendu en février 2015.

Au-delà, l'INCa a conçu les modalités de suivi et d'évaluation du Plan, action par action, à partir de jalons et d'indicateurs d'impacts et de résultats. Ces modalités sont destinées à la fois à permettre d'assurer un pilotage opérationnel du Plan et à mesurer les effets du Plan.

L'ensemble de ces informations sur la programmation est publié sur le site e-cancer.fr, et figure également dans le rapport annuel au président de la République.

# 2

## PROGRAMME D' ACTIONS INTÉGRÉES CONTRE LE TABAC ET LES CANCERS LIÉS AU TABAC

---





## CONTRIBUTION À L'ÉLABORATION DU PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit dans son objectif 10 la mise en place d'un Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). L'INCa a été impliqué dans l'élaboration de ce programme, en participant activement aux quatre Comités de pilotage réunis en 2014. Le travail s'est concrétisé par l'annonce du PNRT le 25 septembre 2014 par la ministre en charge de la santé. Les objectifs du PNRT sont ambitieux puisqu'il s'agit de réduire de 10 % la prévalence du tabagisme quotidien d'ici 2019 (de 28,2 % à 25,4 %), de passer sous la barre des 20 % dans 10 ans et, qu'à l'horizon 2032, les enfants nés aujourd'hui soient la première génération d'adultes non fumeurs (< 5 % de fumeurs). Le PNRT s'articule autour de trois axes d'inter-

## L'Institut mobilise l'ensemble de ses leviers d'action face à la première cause évitable de cancer

vention. Le premier consiste à protéger les jeunes et éviter leur entrée dans le tabagisme avec notamment l'adoption des paquets neutres et l'élargissement de l'interdiction de fumer en présence d'enfants dans les voitures, ainsi que dans les espaces publics de jeux pour enfants. Le deuxième vise à aider les fumeurs à arrêter de fumer avec la diffusion de campagnes d'information et l'augmentation du forfait de remboursement du sevrage tabagique. Le troisième axe a pour but d'agir sur l'économie du tabac avec la création d'un fonds dédié et le renforcement de la transparence des actions de lobbying de l'industrie du tabac.

### ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE TABAGIQUE DES PATIENTS

Du fait de l'augmentation de l'incidence des cancers, mais aussi de l'amélioration de la survie après le diagnostic, aujourd'hui ce sont 3 millions de Français qui ont, ou ont eu, un cancer. Renforcer l'adhésion de ces personnes aux conseils de prévention apparaît comme un nouvel enjeu des prises en charge en cancérologie, qui ne visent plus seulement à éradiquer la maladie cancéreuse, mais à considérer le patient dans sa globalité, afin de réduire ses risques de morbidité et de mortalité sur le long terme.

L'objectif est notamment de systématiser l'accompagnement à l'arrêt tabagique des patients fumeurs atteints de cancer. Il faut pour cela sensibiliser les professionnels de santé à l'importance de cette démarche et trouver les modalités qui faciliteront leur action. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été formé en 2014 pour conduire la réflexion sur ce sujet, en s'appuyant notamment sur des données issues de travaux menés par l'INCa en 2014: une revue de la littérature relative aux dangers du tabagisme pendant les traitements d'un cancer, une enquête quantitative auprès de plus de 1078 professionnels de santé pour mieux connaître leurs perceptions et leurs pratiques, ainsi que des entretiens qualitatifs auprès de 48 professionnels de santé et 30 patients.

Ces travaux feront l'objet d'une publication avec les arguments nécessaires pour la mobilisation des professionnels et un positionnement fort de l'Institut sur la systématisation de l'accompagnement à l'arrêt du tabac des patients en 2015.

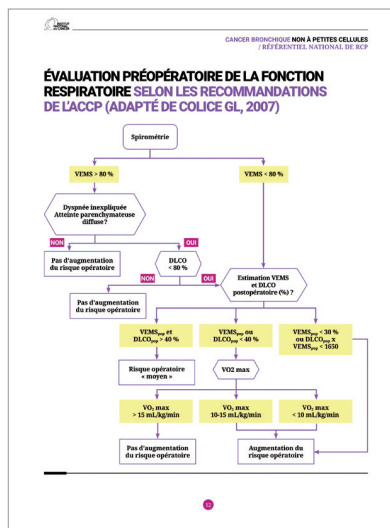
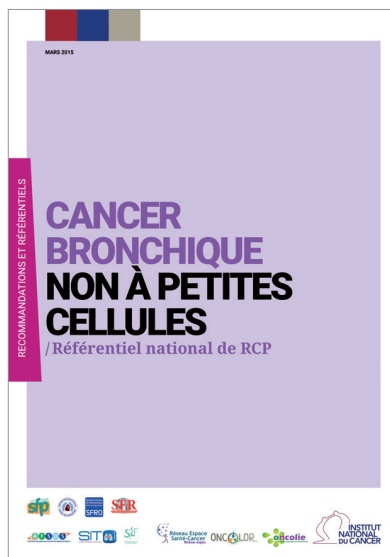
### RÉFÉRENTIEL DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS LIÉS AU TABAC

Un premier référentiel national pour la prise en charge des patients atteints de cancer du poumon a été élaboré avec l'aide de l'ensemble des réseaux régio-

naux de cancérologie en décembre 2014. Il fera l'objet d'une diffusion à destination des réseaux et des professionnels de santé dans un format interactif en février 2015. Ce référentiel décrit les modalités de diagnostic, de traitement et de suivi des patients atteints de cancers bronchiques à petites cellules et non à petites cellules faisant consensus, en hiérarchisant le cas échéant les propositions en fonction des niveaux de preuve.

Ce référentiel national, outil pratique d'aide à la décision en cancérologie destiné aux professionnels de santé, sera particulièrement utile dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Il a été élaboré pour gagner en cohérence et harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire. Il s'agit aussi d'être plus efficient grâce à une coordination accrue des différents producteurs de recommandations et de référentiels de bonnes pratiques. Porté par les réseaux Oncolie, Oncolor et Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes (régions Rhône-Alpes et Auvergne et régions Grand Est), en collaboration avec l'INCa, ce projet s'est appuyé sur l'expérience des référentiels interrégionaux pour amener l'ensemble des réseaux régionaux de cancérologie, et les professionnels de santé qu'ils soutiennent, à produire un outil national unique. Il a été mis en œuvre en association avec l'ensemble des sociétés savantes concernées.



Exemple d'arbre décisionnel issu du référentiel

## CONCEPTION D'UN PROGRAMME INTÉGRÉ DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION CONTRE LE TABAC

Afin de définir des priorités d'actions pour relancer la politique de lutte contre le tabac, et en réponse à l'action 5.1. du Plan cancer, l'INCa a acté dans le cadre de son Plan d'actions 2014 un Programme de recherche et d'intervention pour réduire le tabagisme et infléchir la prévalence des cancers liés au tabac (PRIORITÉ cancers tabac).

Ce programme intégré mobilise de façon transversale les équipes de l'Institut, et associe les partenaires de l'INCa intervenant dans le domaine: ministères, agences sanitaires et chercheurs notamment.

Un groupe de travail s'est réuni deux fois en 2014 pour définir des axes prioritaires de recherche et action qui serviront de socle pour la rédaction du texte de l'appel à projets à lancer en 2015. Les axes ont été déclinés par ateliers et préparés en amont par les experts du groupe de réflexion et par les référents INCa (juin et juillet 2014). Cinq ateliers ont travaillé sur les thèmes suivants: les déterminants du tabagisme; la réduction de la consommation de tabac; le dépistage; le sevrage du tabac et prévention du tabagisme des patients atteints de cancers; la cigarette électronique (voir interview de C. Estaquio et A. Deutsch, page 17).



## Recommandation de suivi médical des travailleurs exposés aux cancérogènes bronchopulmonaires

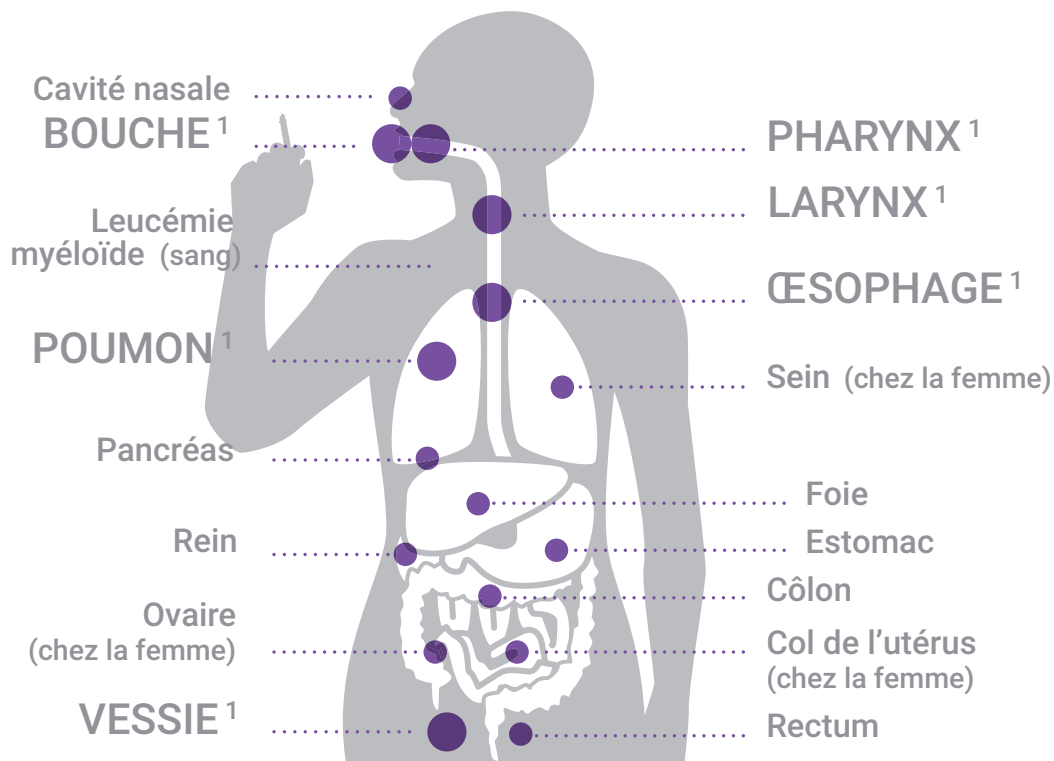
Dans le cadre de l'action 12.2 du Plan cancer (« renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels »), l'INCa et la DGT ont poursuivi leur collaboration pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques (RBP) de suivi médico-professionnel des travailleurs exposés aux cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR). En 2014, les recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des

agents cancérogènes pulmonaires ont été retenues, en raison d'une part de la forte demande des médecins du travail à disposer d'une RBP sur cette thématique d'actualité, et d'autre part de l'existence de pratiques non validées de plus en plus répandues malgré les publications scientifiques internationales récentes (dont Cochrane en juillet 2013) sur les modalités de suivi de certaines catégories de personnes à risque de cancer du poumon, dont les fumeurs. Une lettre de cadrage a été

validée par le collège de la HAS en mars 2014.

Les travaux d'un groupe d'experts dédié, copilotés par la SFMT et la SPLF, ont commencé en novembre 2014. Ses propositions prendront en compte et viendront en complémentarité avec les travaux menés parallèlement à la HAS pour l'évaluation de la pertinence du dépistage des cancers du poumon pour les populations fortement exposées au tabac en France.

### LE TABAC PEUT CAUSER 17 TYPES DE CANCERS



1. Cancers dont le tabac est responsable de 50 à 80% des cas

L'appel à projets sera pluriannuel (2015, 2016 et 2018) et concernera l'ensemble des cancers liés au tabac. À chaque lancement d'appel à projets, les axes seront réorientés en fonction des projets qui auront été soutenus et des avancées de la recherche dans ce domaine.



**F C T C**

CONVENTION-CADRE DE L'OMS  
POUR LA LUTTE ANTITABAC

## PARTICIPATION AUX TRAVAUX DE LA CCLAT

Entrée en vigueur en février 2005, la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé est aujourd'hui rati-

**10 ANS**  
D'ACTIONS  
CONTRE  
LES CANCERS

## FOCUS

### FOCUS. 10 ans de contribution à la lutte contre le tabac

Le premier Plan cancer (2003-2007) a marqué la remobilisation de l'État sur ce thème depuis la loi Évin de 1991, en se donnant pour ambition de « déclarer la guerre au tabac » et de réduire le tabagisme en cause dans de nombreux cancers.

L'INCa s'est particulièrement investi dans la préparation du décret du 15 novembre 2006 fixant les conditions du renforcement de l'interdiction de fumer dans tous les lieux affectés à un usage collectif, entré en vigueur en 2007 pour les entreprises, les administrations et les transports collectifs, et en 2008 dans les cafés, hôtels, restaurants et discothèques. L'Institut a également participé et soutenu des actions d'accompagnement de l'interdiction de fumer dans la restauration et de prévention du tabagisme passif pour les employés de ce secteur.

Dans le souci d'éclairer la décision publique et individuelle, l'Institut produit

régulièrement depuis sa création des documents de synthèse d'expertises sur les liens entre les cancers et le tabagisme actif ou passif, sur des consommations connexes comme le cannabis, la chicha ou les produits dits « sans fumée » ou encore sur le sevrage tabagique. Cette expertise l'a amené à participer à de nombreux travaux menés par les partenaires nationaux et internationaux de la lutte contre le tabac. Au plan international, l'INCa contribue activement à la mise en œuvre de la Convention-cadre de la lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS.

Depuis 2006, l'Institut a financé près de 80 projets de recherche et actions de prévention dans le cadre d'appels à projets qu'il organise ou co-organise avec ses partenaires (Inpes, MILDT, Inserm, IReSP, Anses), visant à accroître les connaissances sur les déterminants du tabagisme et à éprouver des modalités d'intervention en santé publique avant leur généralisation dans le cadre des Plans cancer (expérimentations des avertissements graphiques et des

paquets neutres, ou encore aides au sevrage tabagique par exemple).

L'Institut contribue enfin à l'évaluation des politiques publiques de lutte anti-tabac. Il a ainsi participé aux trois vagues de l'enquête « International Tobacco Control » (ITC), coordonnée en France par l'Inpes, qui vise à une évaluation systématique des politiques nationales menées dans le cadre de la CCLAT, basée sur des preuves scientifiques.

Après une baisse significative de la consommation de tabac au cours du premier Plan cancer, la prévalence tabagique a connu une recrudescence ces dernières années, poussant l'INCa à une forte mobilisation pour que la lutte contre le tabac retrouve une place prépondérante dans le Plan cancer 2014-2019. Ceci s'est traduit par le lancement, à l'été 2014, d'un Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) par la ministre de la Santé, dans lequel l'INCa est d'ores et déjà engagé.



fiée par 180 parties. Elle contient un panel de mesures variées et complémentaires fondées sur des données factuelles. La mise en œuvre de la CCLAT passe par des « lignes directrices » qui déclinent et explicitent les articles sous forme de recommandations aux parties. La Conférence des parties (COP), qui rassemble l'ensemble des États signataires, est habilitée à adopter ces lignes directrices, des protocoles, des annexes ou des amendements, à superviser leur mise en application, sur la base de rapports du secrétariat et de travaux d'experts internationaux. L'Institut a contribué

à hauteur de 100 000 euros au financement du secrétariat de la CCLAT. La 6<sup>e</sup> conférence des parties (COP6) de la CCLAT s'est tenue à Moscou en octobre 2014. Membre de la délégation française officielle, l'INCa a contribué aux travaux ayant permis d'aboutir aux accords qui invitent les parties à réglementer et encadrer les inhalateurs électroniques de nicotine d'une part, et confirmer d'autre part l'adoption des lignes directrices sur les mesures financières et fiscales – l'augmentation du prix demeurant un levier majeur pour réduire la demande de tabac.



## INTERVIEW

**Carla Estaquo**, responsable de projets, département Sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique  
**Antoine Deutsch**, chef de projets, département Prévention

### Quelles actions, l'INCa souhaite mettre en œuvre en complément du programme PRIORITÉ cancers tabac ?

**AD :** Au niveau national, le programme s'inscrit dans la durée. En complément des appels à projets, la mise en place d'un réseau d'animation, composé de chercheurs et d'acteurs de terrain, aura pour objectifs de favoriser l'émergence de projets de recherche/actions d'envergure nationale, de contribuer à la structuration des équipes françaises et enfin de permettre une réflexion commune sur les questions de la lutte contre le tabagisme. Ce réseau permettra aussi d'échanger avec nos différents partenaires institutionnels.

**CE :** Au niveau international, un nouveau groupe de travail pour la lutte anti-tabac (International Consortium for Action and Research on Tobacco-ICART) a été lancé lors du colloque UICC World Cancer Congress en décembre dernier. Le CRUK et le NCI pilotent ce consortium, l'INCa s'est associé à cette initiative. Les échanges entre les partenaires se poursuivront lors du colloque WCTOH qui aura lieu en mars prochain. Les interactions entre PRIORITÉ cancers tabac et ICART seront facilitées grâce à notre participation à ce consortium.

# 3

## PRÉVENTION PRIMAIRE

---



## Près de la moitié des cancers pourraient être évités. Connaître les facteurs de risque doit permettre de faire des choix et d'améliorer sa santé

### APPROCHE HIÉRARCHISÉE DES FACTEURS DE RISQUES

#### ÉTAT DES CONNAISSANCES

Les cancers ont une étiologie multifactorielle, incluant à la fois des facteurs génétiques, liés à l'environnement et des facteurs comportementaux. Ainsi, moins de 10 % des cancers seraient de nature héréditaire, alors que 40 % de cancers résulteraient de l'exposition à des facteurs de risque liés à nos modes de vie et à nos comportements. En

2007, le Centre international de la recherche sur le cancer (CIRC) a conclu qu'environ 35 % de tous les décès par cancers seraient dus au tabac, à la consommation d'alcool, aux agents infectieux, à l'obésité ou au surpoids, à un manque d'activité physique, à des traitements hormonaux et à l'exposition solaire. La connaissance des facteurs de risque et leur hiérarchisation constituent des repères importants qui doivent guider les stratégies de prévention. Une des ambitions du Plan cancer 2014-2019 est d'actualiser les connais-

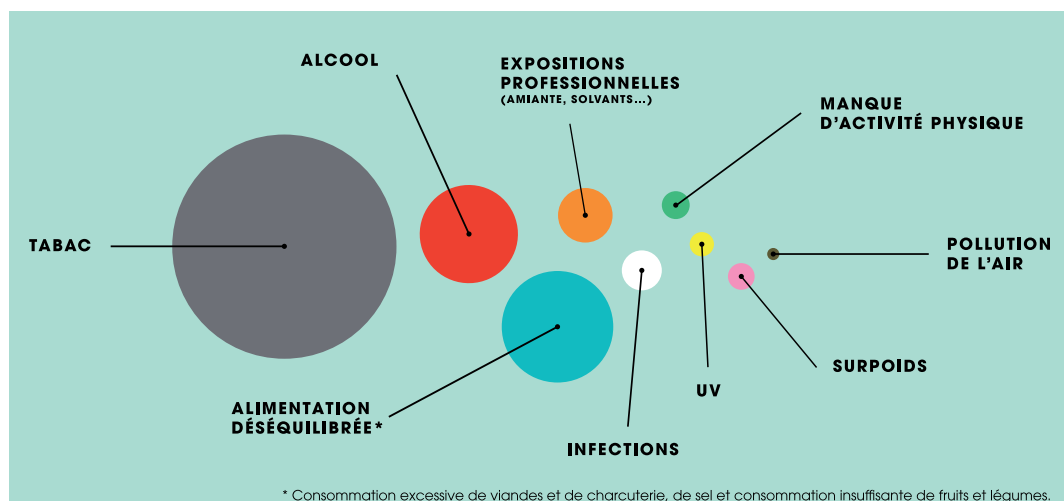
sances sur les parts attribuables de ces différents facteurs de risque connus de cancers. En 2014, le CIRC a soumis un projet d'étude des causes attribuables de cancer en France, sur lequel une procédure d'évaluation interne et externe a été menée.

#### OUTILS D'INFORMATION

Selon le dernier baromètre cancer, les Français identifient bien les principaux facteurs de risque de cancer, mais ils relativisent souvent l'impact

### 40% DES CANCERS SONT ÉVITABLES.

### AVOIR LES BONS REPÈRES, C'EST DÉJÀ AGIR CONTRE LES CANCERS.



des facteurs majeurs par rapport aux risques génétiques ou environnementaux.

L'Institut national du cancer a souhaité clarifier, en l'état actuel des connaissances, le poids relatif des différents facteurs de risque de cancer. L'ensemble des contenus du site e-cancer sur la thématique prévention ont été révisés, afin d'apporter une information complète et accessible sur les facteurs de risques de cancers, et en particulier le tabagisme, l'alcool et l'alimentation. Des articles, des « questions/réponses », des vidéos pédagogiques diffusent la connaissance et l'expertise utiles à chacun pour mieux prévenir les cancers.

Par ailleurs, une campagne de communication donnant à voir la hiérarchie des différents facteurs de risque et des

contenus plus interactifs ont été développés en 2014 pour une diffusion prévue en 2015.

## FACTEURS DE RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

### PESTICIDES ET CANCERS

Les pesticides, largement utilisés dans l'agriculture intensive, se retrouvent dans l'eau des rivières, de pluie, dans les nappes phréatiques, dans l'air, mais aussi dans les fruits, les légumes, les céréales et les produits d'origine animale.

Même si plusieurs substances sont susceptibles d'être présentes au cours d'un repas, il n'a pas été démontré pour le moment que les traces de pesticides dans notre alimentation pouvaient entraîner des maladies. Toute-

fois, des études indiquent la possibilité d'un lien entre l'utilisation de pesticides en milieu professionnel et le lymphome non hodgkinien, le myélome multiple et le cancer de la prostate. Une augmentation du risque de tumeurs cérébrales et de leucémie est également décrite chez des enfants dont le père ou la mère sont exposés pendant la grossesse. Un état des connaissances a été publié en juillet 2014 dans la collection « fiches repères ».

En février, ont été mises en ligne les versions web de Cancers Pro Actu et Cancers Pro Doc, le bulletin de veille et la base de ressources de l'INCa sur la prévention des cancers professionnels, à destination des médecins du travail et des professionnels de santé au travail. Un moteur de recherche avancée est désormais disponible pour faciliter la recherche de supports d'information et de communication en matière de prévention des cancers professionnels.

## EXPOSITION PROFESSIONNELLE AUX PESTICIDES ET CANCERS CHEZ L'ADULTE, INSERM 2013

PATHOLOGIES	POPULATIONS CONCERNÉES PAR UN EXCÈS DE RISQUE SIGNIFICATIF	PRÉSUMPTION D'UN LIEN
Cancer de la prostate	Agriculteurs, applicateurs de pesticides, ouvriers en industrie de production de pesticides	forte
LNH	Agriculteurs, applicateurs de pesticides, ouvriers en industrie de production de pesticides	forte
Myélome multiple	Agriculteurs, applicateurs de pesticides	forte
Leucémies	Agriculteurs, applicateurs de pesticides, ouvriers en industrie de production de pesticides	moyenne
Maladie de Hodgkin	Populations agricoles	faible
Cancer du testicule	Populations agricoles	faible
Tumeurs cérébrales	Populations agricoles	faible
Mélanome cutané	Populations agricoles	faible

## PLAN NATIONAL SANTÉ ENVIRONNEMENT

L'INCa a participé au processus d'élaboration du Plan national santé environnement (PNSE 3), notamment pour faire le lien entre le Plan cancer et le nouveau Plan santé environnement. L'Institut a été représenté à deux niveaux, dans le groupe de travail « facteurs de risques environnementaux et pathologies », et dans le Comité d'appui scientifique (CAS) qui a proposé une structuration du Plan et a analysé les propositions des groupes de travail. Une fiche « cancer » a été produite, dont certains éléments ont été inclus dans le Plan santé environnement 2015-2019.

## FACTEURS DE RISQUES IATROGÈNES

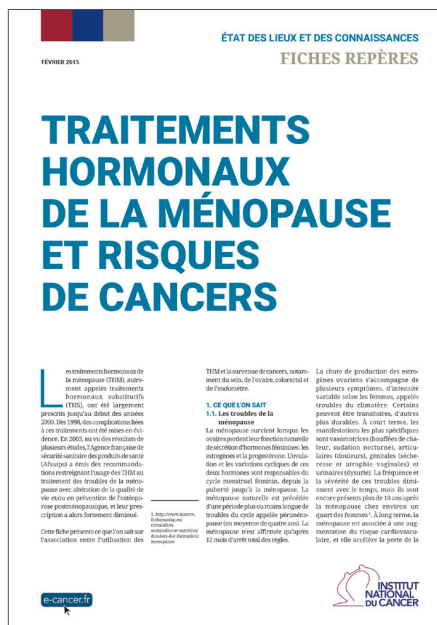
### RAYONNEMENTS IONISANTS

Un accord-cadre a été signé en février 2014 entre l'INCa et l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN). Il définit les modalités de collaboration autour d'actions coordonnées dont les grands axes concernent : l'utilisation médicale des rayonnements ionisants ; les pathologies cancéreuses imputables, ou susceptibles de l'être, aux activités nucléaires, d'origines médicales ou industrielles ; l'exposition de la population aux rayonnements ionisants d'origine naturelle. Ainsi, les missions des deux agences deviennent complémentaires. L'action 12.7 du Plan cancer 2014-2019, qui vise à diminuer l'exposition de la population aux rayonnements de l'imagerie médicale, s'inscrit dans la continuité des travaux engagés depuis 2010 par l'ASN dans un plan d'actions plus large (plan d'actions pour une Maîtrise des doses en imagerie médicale, MDIM).

Par ailleurs, l'Institut a été associé en décembre 2014 à un groupe de travail piloté par la DGS pour évaluer les actions menées sur « l'amélioration de la qualité et de la sécurité des actes en imagerie médicale ».

### TRAITEMENTS HORMONAUX DE LA MÉNOPAUSE

Les traitements hormonaux de la ménopause (THM), également appelés traitements hormonaux substitutifs (THS), ont été largement prescrits jusqu'au début des années 2000. Dès 1998, des complications liées à ces traitements ont été mises en évidence. En



2003, au vu des résultats de plusieurs études, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » (Afsaps) a émis des recommandations restreignant l'usage des THM au traitement des troubles de la ménopause avec altération de la qualité de vie et/ou en prévention de l'ostéoporose post-ménopausique, et leur prescription a alors fortement diminué.

Une synthèse de l'état des connaissances des liens entre l'utilisation des THM et la survenue de cancers chez la femme a été réalisée en 2014, et sera publiée début 2015 dans la collection « fiches repères ».

## FACTEURS DE RISQUES NUTRITIONNELS

L'INCa a réalisé un travail d'expertise en 2014 afin d'actualiser les connaissances scientifiques sur les liens entre

## Appel à projets Santé publique

L'appel à projets de l'INCa en santé publique dont l'objectif est de soutenir des projets et actions pour améliorer la prévention, le dépistage et la détection précoce des cancers a permis en 2014 de sélectionner 3 projets en prévention pour un montant de 300 000 euros. Ils permettront notamment d'étudier l'évolution avant et après diagnostic du cancer des différentes facettes du comportement nutritionnel des patients, la prévention des conduites addictives (tabac, alcool) chez les jeunes par l'utilisation de vecteurs innovants et d'évaluer l'intérêt d'une prise en charge addictologique (tabac, alcool) chez les patients atteints d'un premier cancer.

facteurs nutritionnels et risque de cancer (publiées auparavant en 2009 dans la brochure « Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations »). Le lien entre dix facteurs nutritionnels (dont certains facteurs alimentaires, l'activité physique, les boissons alcoolisées ou le surpoids et l'obésité) et le risque de cancer a été étudié, ainsi que l'analyse des relations entre profils alimentaires et cancer et les données sur les cancers attribuables aux facteurs nutritionnels.

Le rapport, dont la publication est prévue en 2015, sera décliné en supports spécifiques pour informer les professionnels de santé et le grand public.

# 4

## DÉTECTION ET DIAGNOSTICS PRÉCOCES

---



## Les actions et les expertises conduites par l'INCa contribuent à améliorer les programmes de dépistage en prenant en compte les innovations scientifiques

### DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

#### UN DÉPISTAGE ADAPTÉ À CHAQUE NIVEAU DE RISQUE

Les femmes qui, compte tenu de leurs antécédents personnels et familiaux, présentent un risque aggravé, ne relèvent pas du dépistage organisé. Pour préciser les conduites à tenir spécifiques pour ces femmes et aider les professionnels à mieux les repérer, l'Institut national du cancer avait saisi la Haute Autorité de santé (HAS) pour qu'elle émette des recommandations afin d'harmoniser les pratiques médicales. Publiées en 2014, elles identifient et évaluent les différents risques aggravés et spécifient notamment les conduites à tenir pour les personnes avec antécédents de cancer du sein, de carcinome canalaire *in situ*, d'hyperplasie atypique canalaire lobulaire.

Le dispositif d'information développé à l'occasion d'Octobre rose a ainsi eu pour objectif de faire connaître ces recommandations aux professionnels de santé et de sensibiliser les femmes ayant un risque aggravé (voir interview de L. Dauzet, page 25).

#### PERFORMANCE DE LA MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE

Depuis 2009, l'INCa réalise une enquête annuelle auprès des structures de gestion afin de suivre l'évolution du parc d'appareils mammographiques et analyser la performance des différentes installations (taux de cancers détectés, taux de clichés techniquement insuffisants). Une synthèse de l'enquête réalisée pour la période 2008 à 2011 a été publiée en 2014.

Les résultats d'une nouvelle enquête, lancée en mars 2014, ont été présentés au séminaire national des programmes de dépistage, fin juin 2014, et feront l'objet d'une publication au premier trimestre 2015. Ils montrent globalement que plus de neuf mammographies sur dix sont désormais réalisées avec des installations numériques et soulignent l'amélioration progressive de la détection de cancer et une certaine hétérogénéité de la performance entre marques.

#### ÉTUDE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

L'INCa a mené une étude en vue d'évaluer l'efficacité et l'impact budgétaire des potentiels scénarios d'évolution du dépistage du cancer du sein. La comparaison établie entre les différents scénarios permet de formuler des préconisations en fonction de critères d'efficacité, de rationalisation des moyens, d'accompagnement du déploiement d'innovations technologiques, et d'égalité d'accès.

Le rapport final sera publié au cours du premier trimestre 2015 et devrait permettre d'orienter les décisions publiques.

#### USAGE DE LA TOMOSYNTÈSE

Sur saisine de la Direction générale de la santé (DGS), l'INCa a élaboré en juin 2014 une note de position sur la place de la tomosynthèse dans le dépistage organisé du cancer du sein. Les données analysées étaient convergentes et en faveur d'une performance supérieure de cette technologie relativement à la mammographie standard,

mais ne portaient que sur une marque d'appareil, en situation de dépistage. La note a relevé les prérequis indispensables à l'intégration de la tomosynthèse dans le programme de dépistage et notamment la finalisation d'un protocole de contrôle qualité (soutenu par l'INCa dans le cadre d'un appel à projets 2013) et l'évaluation de l'acte correspondant par la HAS (voir chapitre sur les saisines page 65).

### ÉVALUATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

En 2014, l'INCa a subventionné et a été associé à la mise à jour par le Centre international de recherche en cancérologie (CIRC) de Lyon, d'un ouvrage de référence traitant de l'évaluation des bénéfices et des limites du dépistage organisé du cancer du sein (IARC Handbooks of cancer prevention, Breast cancer screening, 2002). La publication de ces travaux est attendue en 2015.

### DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

#### PASSAGE AU TEST IMMUNOLOGIQUE

Dès 2015, le programme national de dépistage du cancer colorectal reposera sur un nouveau test immunologique, plus simple et plus performant en termes de détection d'adénomes avancés et de cancers.

L'Institut national du cancer a apporté son expertise à la Direction générale de la santé (DGS) pour l'élaboration de l'arrêté portant sur l'introduction du test immunologique dans le programme de dépistage et à l'Assurance maladie dans l'appel d'offres conduit et conclu fin 2014. L'Institut s'est également engagé dans les travaux visant



à faciliter l'intégration de ce test dans le programme, tant au niveau technique, qu'en matière de formation, d'animation et d'information à venir (préparation de la campagne Mars bleu 2015 notamment).

#### INFORMATION SUR LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE RISQUE

À la différence des campagnes précédentes, et conformément à l'action 1.5 du nouveau Plan cancer, le dispositif d'information en 2014 avait pour objectif principal de sensibiliser le grand public aux enjeux de la maladie et aux bénéfices d'une détection précoce, quel que soit le niveau de risque de développer un cancer colorectal. Le dispositif était composé d'une nouvelle affiche, d'une fiche d'aide à la pratique pour les médecins et d'informations sur le site e-cancer permettant aux personnes concernées de mieux répondre aux questions de leur médecin sur leurs éventuels antécédents. Ce dispositif a été articulé avec la journée de prévention organisée

par les sociétés de gastroentérologie, soutenue par l'INCa, permettant également d'orienter les personnes en fonction de leur niveau de risque.

### AMÉLIORATION DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE

#### LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS

La cartographie de la participation de la population au dépistage des cancers par territoires est un outil intéressant pour le ciblage des interventions spécifiques auprès de la population en vue de favoriser un égal accès ou recours au dépistage organisé des cancers. Établir cette cartographie nécessite de corrélérer des coordonnées géographiques aux coordonnées postales des personnes ciblées. Dans la poursuite des travaux antérieurs, une étude de l'impact de la normalisation des coordonnées postales (23 départements pilotes, 6 millions d'adresses) a permis d'émettre des préconisations visant, d'une part à généraliser la possibilité de géocodage à l'ensemble du territoire, d'autre part à définir les modalités techniques d'inclusion de ces traitements dans le système d'information des programmes de dépistage organisé des cancers.

Cinq projets portant sur la lutte contre les inégalités ont été retenus dans le cadre de l'appel à projets 2014 : trois portaient sur des interventions dans les DOM, deux sur des populations vulnérables : les personnes sous main de justice ou résidant dans des quartiers précaires.

Enfin, les dispositifs d'information développés, notamment sur le dépistage organisé du cancer du sein, ont ciblé plus particulièrement les femmes



n'ayant pas ou peu recours au dépistage, généralement des femmes éloignées du système de santé, de catégories socioprofessionnelles défavorisées ou originaires des DOM.

#### ASSURANCE QUALITÉ

À la suite d'une étude menée en 2013, un rapport sur l'état des lieux de l'assurance qualité du dispositif de dépistage organisé a été produit, afin de proposer des pistes d'amélioration et la mise en place d'un dispositif de contrôle qualité des programmes de dépistage. Le Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED) a poursuivi ses travaux et finalisé un rapport d'analyse éthique sur le programme

de dépistage organisé du cancer colorectal en vue d'une publication au premier semestre 2015. Une analyse juridique des documents encadrant les programmes de dépistage organisé a été lancée et sera poursuivie en 2015.

### DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

#### PRÉPARATION DE LA GÉNÉRALISATION DU PROGRAMME

La généralisation du programme de dépistage du cancer du col est portée par le Plan cancer 2014-2019, qui cible les femmes ne réalisant pas de dépistage et les populations les plus vulnérables. Les premiers résultats de l'éva-



## INTERVIEW

**Lydia Dauzet**, chef de projet, département Campagnes de communication

#### Quelles ont été nos actions pour informer les professionnels de santé sur les modalités de dépistage adaptées à chaque niveau de risque ?

Un communiqué a été diffusé auprès de la presse professionnelle afin qu'elle relaie les nouvelles recommandations de la HAS. Un e-mailing a ensuite été adressé aux médecins généralistes pour les informer de l'existence d'une fiche d'aide à la pratique reprenant les informations essentielles de la prise en charge de ces femmes. Enfin, un dispositif d'alerte a été mis en place en octobre, sur trois logiciels d'aide à la prescription des médecins généralistes. L'INCa a également renforcé l'information dans l'espace réservé aux professionnels de santé sur son site e-cancer.fr.

#### Et pour les femmes ?

Un dispositif web et un spot radio ont été développés à l'attention des femmes de moins de 50 ans ; il s'agissait de les alerter sur la nécessité de réaliser une mammographie en cas d'antécédents personnels ou familiaux de pathologies mammaires. Dans tous les cas, il leur était conseillé de consulter un médecin pour une prise en charge adaptée.

luation épidémiologique réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), et portant sur les expérimentations de dépistage organisé menées dans 13 départements, témoignent d'ores et

déjà d'un impact positif du programme. Elles révèlent un gain significatif de la couverture de dépistage par sollicitation de femmes peu ou pas dépistées (augmentation du taux de couverture de dépistage sur trois ans, de 2010 à 2012, de 13,2 points).

Un travail complémentaire a été mené par l'INCa afin de rendre compte des modalités de mise en place des sites expérimentaux, des difficultés rencontrées et des actions visant la réduction des inégalités, l'information et la formation des professionnels de santé. Les points de vigilance concernent le système d'information du programme, le suivi des femmes avec frottis anormal en dépistage individuel (aspects éthiques et accès aux données), ainsi que l'assurance qualité du programme à toutes les étapes du dépistage. Les enseignements tirés de ces expérimentations faciliteront l'écriture du cahier des charges du programme organisé et la mise en œuvre opérationnelle du programme.

Une nouvelle étude visant à évaluer l'efficacité des stratégies possibles de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, en particulier celles ciblant les femmes ne réalisant pas de dépistage et les populations les plus vulnérables, a été lancée en septembre 2014. Les travaux se déclinent en deux volets :

- une analyse permettant d'identifier les stratégies possibles et leurs impacts budgétaires en fonction des populations ciblées ;
- une étude médico-économique fondée sur une modélisation permet-



tant d'évaluer l'efficacité de stratégies de dépistage à moyen terme et tenant compte notamment des évolutions technologiques, de la démographie médicale et de l'organisation du système de santé.

Les résultats sont attendus pour 2015 (volet 1) et 2016 (volet 2). Ils viendront compléter les conclusions de la première évaluation dans le cadre de la préparation de la généralisation du programme, pour que celui-ci soit performant dans la lutte contre les inégalités sociales de santé (voir interview de S. Barré ci-contre).

#### RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

La mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus devra s'accompagner de la diffusion de recom-

mandations actualisées de prise en charge des femmes ayant un frottis cervico-utérin anormal, afin de garantir la qualité et l'homogénéité des pratiques.

Depuis les recommandations publiées par l'ANAES en 2002, de nombreuses évolutions ont concerné les connaissances avec la publication de nouvelles données sur l'efficacité des différentes approches diagnostiques et thérapeutiques ou la stratégie de surveillance, mais aussi les techniques (test de détection des HPV) et les pratiques (vaccination anti-HPV), rendant nécessaire la mise à jour de ces recommandations.

Des recommandations sur la conduite dans la prise en charge des femmes ayant un frottis cervico-utérin anormal sont en cours d'élaboration par l'INCa et seront publiées au cours de l'année 2015. Elles aborderont les questions portant sur la stratégie diagnostique, la prise en charge thérapeutique des différents types de lésions précancéreuses détectées, ainsi que la surveillance à mettre en place afin d'éviter l'évolution vers une lésion cancéreuse. Elles préciseront également les conditions optimales de réalisation d'un frottis cervico-utérin, d'une colposcopie et d'une biopsie cervicale dirigée.

#### CAMPAGNE DE SENSIBILISATION AU FROTTIS

En 2014, la campagne radio de sensibilisation au frottis a été diffusée au moment de la semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus (19 au 25 janvier).



Afin de contribuer à une meilleure couverture de la population, le plan média retenu a ciblé les femmes de plus de 50 ans de catégories socioprofessionnelles défavorisées ayant peu recours au frottis. En complément, le dispositif de relations presse a mis l'accent sur la réalisation pratique du frottis, en rappelant les lieux où le réaliser et les professionnels habilités.

En dernier lieu, la fin de l'année a été marquée par la préparation d'une nouvelle campagne radio pour 2015, pour toucher en sus des femmes de plus de 50 ans, les femmes des DOM et les femmes d'origine étrangère et rappeler les recommandations de bonnes pratiques.

#### ANIMATION DU RÉSEAU DES STRUCTURES DE GESTION DES DÉPISTAGES

Trois séminaires thématiques à destination des professionnels des structures de gestion des dépistages des cancers ont été organisés avec la Direction générale de la santé au cours de l'année 2014. Le premier a rassemblé les structures qui expérimentent l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Un deuxième séminaire, au mois de juin, a porté sur la mise en œuvre des actions prévues par le nouveau Plan cancer en matière de dépistage. Le dernier séminaire de l'année, en décembre, a été consacré à l'organisation du passage au test immunologique pour le dépistage du cancer colorectal.



## INTERVIEW

**Stéphanie Barré**, chef de projet,  
département Dépistage

### Quels sont les préalables à l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Doivent être définis, dans les mois à venir, la population cible, les stratégies d'incitation, d'information et de suivi des femmes, la place et le rôle des différents professionnels de santé, les circuits et systèmes d'information, les modalités d'évaluation et de suivi du programme ainsi que son assurance qualité. S'agissant de lutte contre les inégalités, la question de l'accessibilité des populations vulnérables ou éloignées du système de santé sera centrale.

### Quel est le calendrier ?

En 2015, des études permettront d'affiner les stratégies pour atteindre les femmes jusqu'ici non dépistées et des recommandations de bonne pratique clinique sont attendues. Puis, en 2016-2017, devront être préparés les conventions, spécifications techniques, modules de formation, dispositifs et campagnes d'information. Enfin, le cahier des charges du programme est prévu pour fin 2017. Il s'agit de s'assurer que l'ensemble des conditions de réussite du programme sont réunies aussi bien en termes organisationnel et technique que surtout d'implication des professionnels de santé, acteurs pivots de ce dépistage.

10 ANS  
D'ACTIONS  
CONTRE  
LES CANCERS

## FOCUS

### 10 ans de dépistage organisé du cancer du sein

Plus de 22 millions de mammographies ont été réalisées en France dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein depuis sa généralisation en 2004. Le taux de participation est passé de 40 % en 2004 à 52 % en 2013 (voir figure ci-contre). En 10 ans, 150 000 cancers du sein ont été détectés dans le cadre de ce programme, dont près de 18 000 en 2011 (voir carte ci-contre), soit plus de la moitié des cancers du sein diagnostiqués dans la tranche d'âge des femmes concernées (50-74 ans).

Depuis sa création, l'Institut national du cancer s'est investi aux côtés du ministère en charge de la Santé pour garantir la qualité du programme et accroître son efficacité :

- en prenant en compte l'évolution technolo-



gique de l'imagerie marquée notamment par l'introduction de la mammographie numérique en 2008 et désormais par un engagement vers la dématérialisation et l'intégration future de la tomosynthèse dans le programme ;

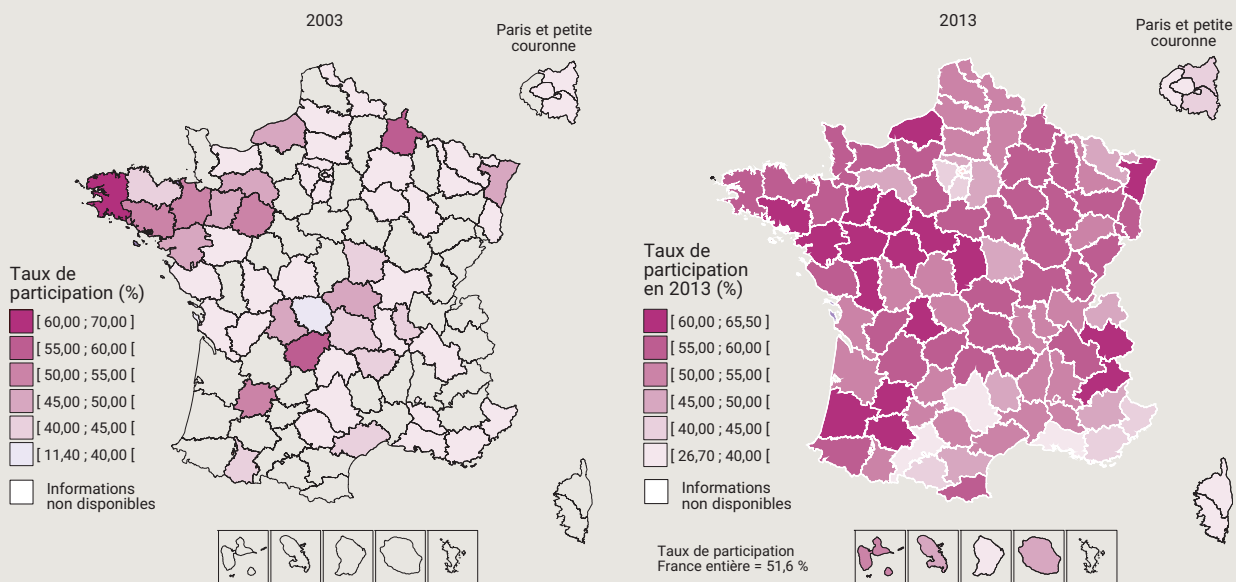
- en soutenant les actions de lutte contre les inégalités d'accès au dépistage, via sa politique

d'appel à projets, via des actions d'information ciblées pour améliorer l'accès à l'information des femmes et via le soutien aux actions locales, notamment aux structures de gestion du dépistage, ciblant les populations socialement défavorisées ou éloignées du système de soin ;

- en renforçant la démarche de suivi, d'évaluation et d'assurance qualité du dispositif notamment pour réduire les pertes de chance ;
- en s'attachant à fournir aux femmes une information objective sur les bénéfices et les limites du dépistage par mammographie (notamment sur le risque de surdiagnostic et de surtraitement inhérent et sur la question des cancers radio-induits), afin que les femmes concernées prennent leur décision de manière éclairée.



ÉVOLUTION DE LA PARTICIPATION AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN SELON LES DÉPARTEMENTS ENTRE 2003 ET 2013 (DONNÉES InVS, CARTOGRAPHIE INCa)



ÉVOLUTION DE LA PARTICIPATION ET DE LA PERFORMANCE DU DISPOSITIF EN TERMES DE DÉTECTION DE CANCERS DEPUIS 10 ANS (DONNÉES InVS, TRAITEMENT INCa)



# 5

## QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE

---



# L'Institut informe les patients et les professionnels sur l'offre de soins et améliore la qualité des traitements et des prises en charge

## ORGANISATION DES SOINS

### MISE À JOUR DE LA CARTE INTERACTIVE DE L'OFFRE DE SOINS

Depuis 2009, pour prendre en charge les personnes atteintes de cancer, les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation spécifique délivrée par leur agence régionale de santé (ARS) pour une période de cinq ans. Le dispositif repose sur trois piliers : des critères de qualité s'appliquant quel que soit le type de prise en charge et de thérapeutique; des critères d'agrément définis par l'INCa pour les principales thérapeutiques du cancer; et des seuils d'activité minimale à atteindre pour certains traitements et types de cancers.

En 2014, la cartographie de l'offre de soins en cancérologie, accessible sur le site e-cancer.fr, a été mise à jour avec les données les plus récentes (données de 2013). Cet outil à destination du grand public et des professionnels permet, par établissement, de consulter une fiche précisant les coordonnées et modalités de traitements autorisés.

On recense ainsi fin 2013, 944 établissements de santé, publics ou privés, et centres de radiothérapie de statut libéral prenant en charge des patients atteints de cancers. Une nouvelle mise à jour sera effectuée début 2015.

### MISE EN LIGNE DE L'ANNUAIRE NATIONAL DES RCP

L'annuaire national des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) est accessible aux professionnels de santé et aux patients depuis septembre 2014. Il centralise des informations actualisées sur l'offre nationale de réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Il permet d'accéder au contenu détaillé des réunions référencées (par exemple, leur fréquence, les modalités d'inscription, les contacts...).

Le processus d'alimentation de l'annuaire est suivi mensuellement par les agences régionales de santé et les réseaux régionaux de cancérologie (RRC). En décembre 2014, l'ensemble des RRC ont déclaré leurs RCP dans l'annuaire. Afin de disposer de toute l'offre de RCP, des améliorations de l'outil seront réalisées courant 2015, en collaboration avec les réseaux régionaux.

L'annuaire est réalisé et mis à disposition par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP-Santé), sous le pilotage de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS), en partenariat avec l'INCa et la collaboration des RRC et des 3C.

### ÉVOLUTION DE LA FICHE DE RCP

Le contenu minimal de la fiche de RCP comprend des informations médicales, administratives et organisationnelles. En collaboration avec les réseaux régionaux de cancérologie, ces informations ont été précisées et complétées, en vue de leur intégration au dossier communicant en cancérologie.

Au cours du deuxième semestre 2014, l'avis d'experts et des membres du Comup a été sollicité. Les spécifications techniques ont été élaborées par l'ASIP santé et seront mises à disposition des éditeurs de logiciels en 2015.

### PRATIQUES DES UROLOGUES EN CANCÉROLOGIE

L'adaptation des métiers et des formations initiales aux évolutions de la cancérologie est l'un des objectifs du Plan cancer 2014-2019.

L'Institut a publié en 2014 une étude sur « l'implication des urologues en cancérologie », afin d'observer leurs pratiques au regard de l'incidence des cancers urologiques et de leurs traitements. Elle contribuera à encadrer les

## FOCUS

### 10 ans de structuration des soins en cancérologie

L'Institut national du cancer a accompagné depuis 10 ans les évolutions qui ont profondément transformé l'organisation des soins en cancérologie avec pour objectif de garantir la qualité, la sécurité et l'équité des prises en charge des personnes atteintes de cancer sur tout le territoire national.

Dans le cadre de sa mission de définition des **référentiels de bonnes pratiques** et de prise en charge des cancers, l'Institut a élaboré et diffusé, en lien avec les sociétés savantes concernées, 16 recommandations de pratique clinique à destination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge spécialisée des patients en cancérologie.

L'INCa a également publié et mis à jour régulièrement, jusqu'en mars 2012, en accord avec l'Afssaps et la HAS, les **référentiels de bon usage du médicament** (RBU) qui définissaient les **protocoles temporaires de traitement** (PTT). Les localisations les plus fréquentes ont été couvertes (cancers du sein, digestifs, bronchiques et mésothéliomes pleuraux malins, cancers hématologiques de l'adulte, gynécologiques, carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou, cancers urologiques et génitaux de l'homme, cancers pédiatriques, tumeurs cérébrales malignes de l'adulte).

En partenariat avec la HAS, il a aussi produit **24 guides de bonnes pratiques** (collection « parcours de soins », couvrant 25 localisations de cancers) destinés aux médecins généralistes, afin de soutenir ces professionnels dans leur fonction de premier recours et de coordination de l'organisation des parcours

de soins des patients. Ces outils participent également à la structuration des échanges ville-hôpital au profit d'une amélioration des prises en charge et d'une meilleure qualité et continuité de vie des patients.

Sur le plan de l'organisation des soins, l'Institut a soutenu la mise en place sur tout le territoire des **réunions de concertation pluridisciplinaires** (RCP) qui ont réellement modifié au quotidien la pratique de la cancérologie. Il a accompagné la structuration des 25 réseaux régionaux de cancérologie (RRC).

En 2007, la mise en place du **dispositif d'autorisations des établissements de santé** pour le traitement du cancer, fondé sur des seuils minimaux d'activité par établissement, sur des critères transversaux de qualité et sur des critères d'agrément spécifiques pour la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie définis par l'Institut, a permis d'améliorer la sécurité et la qualité générale des pratiques. Le nombre d'établissements autorisés au traitement du cancer est passé de 2 200 en 2003 à 944 aujourd'hui.

L'Institut national du cancer soutient et suit l'activité des organisations spécifiques mises en place pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées, des personnes atteintes de cancers rares et des enfants et adolescents.

Ainsi, **28 unités de coordination en oncogériatrie** ont été déployées sur tout le territoire afin de diffuser les bonnes pratiques pour la prise en charge des personnes âgées atteintes

de cancer, notamment la réalisation systématique d'un test de pré-screening gériatrique, complété si nécessaire d'une évaluation gériatrique standardisée.

Une organisation spécifique a également été structurée pour les patients adultes atteints de **cancers rares**. Elle repose sur 23 réseaux nationaux cliniques et 4 réseaux nationaux anatomopathologiques, chacun de ces réseaux étant constitué d'experts au sein d'un centre de référence et de plusieurs centres de compétence. Ils assurent notamment une double lecture des prélèvements tumoraux pour garantir un diagnostic de certitude, la discussion des dossiers de patients dans des RCP de recours, la définition de référentiels de prise en charge et l'amélioration de la recherche clinique, autour de ces pathologies.

L'organisation de la **prise en charge des enfants et adolescents** atteints de cancer est plus complexe que celle des adultes, compte tenu de leur rareté. En complément des critères d'agrément spécifiques en pédiatrie, 7 organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique regroupant 47 établissements ont été identifiées par l'INCa en 2010. Cette démarche a complété la reconnaissance initiale par les agences régionales de l'hospitalisation en 2004 de 30 centres spécialisés habilités à prendre en charge les enfants atteints de cancer.

L'objectif du Plan cancer 2014-2019 est d'optimiser et de mieux articuler ces organisations au service d'une plus grande efficacité pour le patient.

nouvelles pratiques en urologie via l'harmonisation des critères de qualification et de compétences en cancérologie.

#### RÉFLEXION SUR LA TARIFICATION HOSPITALIÈRE

En 2014, un comité de pilotage dédié au cancer a été mis en place au sein du comité de réflexion sur la tarification hospitalière (CORETAH), piloté par la DGOS et composé de représentants des fédérations hospitalières et des professionnels libéraux, des ARS, de l'INCa, de la CNAMTS, de la HAS, et de l'ANAP.

Le comité a pour principale mission d'anticiper les évolutions de l'organisation de l'offre de soins et d'adapter le modèle de financement de façon à mieux prendre en compte l'innovation, la notion de parcours de soins et les impératifs de qualité et de sécurité. La mise en place d'actions visant à adapter les ressources aux évolutions des pratiques professionnelles et organisationnelles nécessite au préalable d'identifier les enjeux, les freins et les leviers potentiels. Trois groupes ont été constitués avec pour axes de travail : l'hospitalisation de jour en cancérologie et le virage ambulatoire ; l'évolution des prises en charge du cancer par chimiothérapie orale ; et enfin l'organisation de l'accès aux soins de support. L'ensemble des travaux menés sera restitué lors des réunions du comité de pilotage.

## PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

### CANCERS RARES

La double lecture systématique des prélèvements tumoraux mise en place pour les cancers rares de l'adulte, organisée soit au sein des 4 réseaux nationaux anatomopathologiques pour cancers rares, soit au sein des réseaux nationaux cliniques, bénéficie d'un financement hétérogène. Des réunions de concertation avec les anatomopathologistes experts des 4 réseaux ont été organisées, afin de déterminer le coût unitaire d'une double lecture dans ces pathologies et d'harmoniser le financement. Une première étape a été franchie en 2014, avec dorénavant pour ces 4 réseaux un financement unique par des crédits assurance maladie.

Un appel à candidatures a été lancé en 2014 pour labelliser les réseaux nationaux pour cancers rares de l'adulte structurés en 2009 et 2010. Au terme du processus d'évaluation, une décision de labellisation a été prise pour 14 des 15 réseaux cliniques candidats et les 4 réseaux anatomopathologiques.

### ONCOGÉRIATRIE

L'organisation spécifique pour les personnes âgées avec cancer repose sur le déploiement dans toutes les régions d'unités de coordination en oncogériatrie (UCOG), dont la mission essentielle est d'assurer pour tous un traitement adapté. Le suivi de ce dispositif a été réalisé en 2014 par un questionnaire en ligne, élaboré conjointement par l'INCa et la DGOS, qui guidera les actions en oncogériatrie du Plan cancer 2014-2019. L'analyse du PMSI a

permis de sélectionner, pour chaque UCOG, les établissements de santé les plus impliqués dans l'accueil de ces patients.

Un séminaire de recherche clinique en ongériatrie, organisé par l'INCa et la DGOS, s'est tenu au ministère de la Santé fin novembre 2014 et a réuni une centaine de participants. Les intervenants et les participants se sont approprié les thématiques de la recherche clinique dans cette population et ont développé plusieurs pistes concrètes s'inscrivant dans la structuration prévue dans le nouveau Plan cancer.

L'INCa a, par ailleurs, labellisé en 2014 un intergroupe coopérateur de recherche clinique dédié à l'oncogériatrie : le GETUG-UCOG.

### ONCOPÉDIATRIE

La prise en charge des cancers pédiatriques repose sur sept organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique (OIR). Dans le souci d'une amélioration continue de la prise en charge des enfants atteints de cancer, un séminaire, rassemblant les parties prenantes, a eu lieu fin 2014 pour préparer et alimenter la réflexion sur l'évolution de ces OIR.

En outre, des travaux préparatoires avec les coordonnateurs des OIR permettront, à partir des bases médico-administratives, la mise en place de tableaux de bord identifiant l'activité d'hospitalisation relative à la prise en charge du cancer des 0-24 ans pour chaque organisation interrégionale : nombre de séjours, nombre de personnes prises en charge dans chaque

## Des actions complémentaires en faveur de la recherche sur les cancers pédiatriques

- L'INCa a labellisé la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE) en tant qu'intergroupe coopérateur, chargé de développer des études cliniques d'envergure pour améliorer la guérison des patients et réduire les séquelles des traitements.
- Le processus de renouvellement de la labellisation des centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP<sup>2</sup>) conduira à la labellisation début 2015 de CLIP<sup>2</sup> ayant une expertise en pédiatrie.
- Le programme AcSé, enrichi d'un nouvel essai en 2014, intègre la dimension pédiatrique pour que les enfants accèdent aux thérapies innovantes de façon équitable à travers le territoire.
- Le séquençage du génome de trois tumeurs pédiatriques par des équipes françaises est coordonné par l'INCa dans le cadre du consortium ICGC.
- Les cancers pédiatriques sont signalés comme une priorité dans les différents appels à projets de recherche. Ainsi, six projets sur 43 sélectionnés pour le PHRC Cancer 2014 concernent la pédiatrie et représentent 20 % du financement global de cet appel à projets

établissement en fonction du mode de prise en charge, caractérisation des établissements (centre de référence, associé, proximité ou autre).

Les huit équipes retenues dans le cadre de l'expérimentation de projets intégrés et novateurs pour la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer ont fait l'objet d'une année de financement supplémentaire.

### ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

#### ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE LA CHIMIOTHÉRAPIE EN FRANCE

La cinquième édition du rapport sur la « Situation de la chimiothérapie des cancers » a été publiée en juin 2014. Les données réunies informent sur les évolutions en cours dans un contexte d'innovation régulière des thérapies médicamenteuses. Ce document expose les données 2012 de l'activité hospitalière en cancérologie

pour la chimiothérapie selon la catégorie d'établissement de santé (court séjour, hospitalisation à domicile et soins de suite et réadaptation), ainsi que les dépenses liées aux anticancéreux de la liste en sus. Il inclut également les données de remboursements des anticancéreux en ville.

La prochaine édition proposera une analyse de l'accès anticipé à l'innovation médicamenteuse en France en 2013.

#### PRÉVENTION ET GESTION DES EFFETS SECONDAIRES DES ANTICANCÉREUX PAR VOIE ORALE

En application de l'action 3.1 du Plan cancer 2014-2019, et en lien avec les travaux des réseaux régionaux de cancérologie et des OMEDIT, un projet pilote a été lancé en 2014, afin d'élaborer des recommandations nationales sur la prévention et la prise en charge des toxicités des chimiothérapies per os (en hématologie dans un premier temps). Ces recommandations doivent permettre de garantir une gestion de

ces toxicités homogène sur l'ensemble du territoire à tout moment de la prise en charge, y compris en ambulatoire, et en tenant compte du rôle des différents professionnels de santé.

Ce travail, reposant sur l'analyse des données de la littérature et l'avis d'experts, présentera par molécule et par type d'effets indésirables les éléments cliniques, biologiques et radiologiques adaptés au suivi des patients recevant une chimiothérapie per os, ainsi que les mesures préventives pour éviter l'apparition de ces toxicités et la conduite à tenir en cas de toxicité avérée. Il s'attachera également à expliciter la façon dont les actions de soins des professionnels de santé de ville s'articulent avec celles des équipes hospitalières, en particulier les spécialistes en cancérologie (voir interview de J. Finzi, ci-contre).

Des travaux seront menés en 2015 concernant les anticancéreux per os utilisés dans les cancers du poumon, de la peau, du sein, du système digestif et du rein.

#### L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA RADIOTHÉRAPIE

Depuis 2007, l'Institut coordonne la mise en œuvre de l'enquête annuelle et la rédaction du rapport de l'Observatoire national de la radiothérapie. L'enquête permet de suivre les évolutions d'équipements, l'activité et les effectifs de l'ensemble des centres de radiothérapie. Le rapport publié en 2014 présente les évolutions annuelles marquantes depuis 2007.

En 2014, 167 centres de radiothérapie sur 172 ont répondu à l'enquête. Les résultats ont permis de conforter les données recueillies en 2013.



Le rapport a été élaboré conjointement avec l'ensemble des institutions impliquées dans la discipline radiothérapie (SFRO, SNRO, SFPM, ASN et CNAMTS).

La radiothérapie est en pleine mutation avec l'évolution des techniques permettant des irradiations parfaitement ciblées notamment la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI). Cette technique de haute précision permet de mieux protéger les tissus sains environnant la tumeur voire, si nécessaire, d'augmen-

ter la dose dans la tumeur et donc l'efficacité sans dégrader la tolérance du traitement.

L'utilisation par les centres de la RCMI a augmenté de 48 % entre 2009 et 2013 (36 % pour la RCMI sans arcthérapie volumique et 37 % pour la RCMI avec arcthérapie volumique et pour la tomothérapie). Dans l'enquête de 2013 de l'Observatoire, sur 161 centres interrogés, 22 projettent d'utiliser la RCMI sans arcthérapie volumique et 43 la RCMI avec arcthérapie volumique.



## INTERVIEW

**Jonathan Finzi**, chef de projet, département Recommandations et bon usage du médicament

### Quelle a été la méthodologie d'élaboration de la recommandation sur la prévention et la prise en charge des toxicités des chimiothérapies per os ?

Une première synthèse a été réalisée d'après les données disponibles (consensus ou avis d'experts, moins souvent des essais cliniques), sur les documents réglementaires des molécules et des données mis à disposition par l'Ansm et sur des contributions écrites de membres des intergroupes en hématologie. Un groupe de cancérologues, de professionnels de premiers recours et de pharmacologues a ensuite formulé les recommandations. La relecture nationale a recueilli l'avis d'un panel de professionnels.

### Comment les patients ont-ils été associés à la démarche ?

Un questionnaire a été adressé par la mission « parties prenantes » aux associations de patients afin de recueillir leur perception vis-à-vis des effets indésirables et leurs modalités réelles de suivi. Plus de 400 retours ont été collectés, synthétisés et présentés au groupe de travail en amont de leurs discussions. Des représentants de patients ont également été invités à prendre part à ces discussions.

# 6

## ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DES PATIENTS

---



## La prise en compte de l'ensemble des besoins des patients, du diagnostic à l'après-cancer, constitue une priorité pour les équipes de l'INCa

### PARCOURS DE SOINS

#### DEUXIÈME PHASE D'EXPÉRIMENTATION DU PARCOURS PERSONNALISÉ

Depuis 2010, afin de répondre aux enjeux du parcours de soins en cancérologie en termes d'information des patients et de coordination des professionnels, des infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC) ont été mis en place, dans 35 établissements pilotes. Cette première expérimentation a révélé un important apport du dispositif pour les patients et leur entourage, contrastant néanmoins avec des effets plus mitigés sur la coordination ville-hôpital. Dans ce contexte, une deuxième expérimentation a été lancée en 2014 par la DGOS en coordination avec l'INCa (voir interview de G. Pourcel, page 39).

#### ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L'INCa a lancé en 2014 deux appels à projets visant à développer l'éducation thérapeutique en cancérologie : « promouvoir l'éducation thérapeutique en chimiothérapie orale : soutien à la formation des professionnels » et « promouvoir l'éducation thérapeutique des patients atteints de cancers digestifs ». Cette démarche s'inscrit dans un axe fort du Plan cancer 2014-2019 afin

d'aider les patients à s'impliquer au mieux dans leur prise en charge pour une meilleure qualité de vie.

Le premier appel à projets avait pour objectif de soutenir des actions de formation à l'éducation thérapeutique en chimiothérapie orale d'équipes pluridisciplinaires (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmiers, libéraux ou hospitaliers) afin de faciliter la coordination ville-hôpital. Cet appel à projets a reçu trente-sept candidatures et huit dossiers ont été retenus (pour un financement total de 1174927 euros), pour une durée de réalisation de deux ans. Une évaluation de ces actions de formation à l'éducation thérapeutique est prévue courant 2017.

Le second appel à projets visait à promouvoir l'éducation thérapeutique des patients atteints de cancers digestifs afin de limiter les conséquences nutritionnelles de ces cancers et de leurs traitements, et en vue d'améliorer la qualité de vie et la qualité de prise en charge du patient tout au long du parcours en incluant l'après-cancer. Sur dix-huit dossiers de candidatures, sept ont été retenus (pour un financement total de 315892 euros), pour une durée de réalisation d'un an.

#### DÉLAIS DE RENDEZ-VOUS POUR UNE IRM

L'INCa coordonne, depuis 2010, la mise en œuvre de l'enquête sur les délais de rendez-vous pour un examen d'IRM. Réalisée par téléphone par l'institut BVA auprès de tous les centres d'imagerie pratiquant une IRM, l'enquête constitue une photographie des délais moyens de rendez-vous dans le cadre d'un bilan d'extension de cancers du sein, de la prostate et de l'utérus.

Depuis la première édition de l'enquête, le nombre de jours d'attente moyen pour un rendez-vous diminue progressivement : 29 jours en 2010, 27 en 2011 et 25 en 2013. Les différences de délais selon le secteur et le type de cancer persistent en 2013. Ainsi, le délai dans le cas de cancer du sein reste légèrement plus court (23 jours) que dans le cas de l'utérus (26 jours) ou de la prostate (28 jours). Le délai du secteur public est plus long que le secteur privé (31 jours contre 23 jours, soit 8 jours d'écart), constat plus marqué dans le cas de cancer de l'utérus (9 jours d'écart) et de la prostate (10 jours d'écart).

Par ailleurs, l'analyse par région des délais moyens d'obtention d'un

**10** ANS  
D' ACTIONS  
CONTRE  
LES CANCERS

## FOCUS

### FOCUS. Informer sur la maladie: la plateforme Cancer info

Parce qu'une information de qualité contribue à rendre les patients acteurs de leurs parcours de soins et à améliorer leur qualité de vie, l'Institut national du cancer, en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer, propose aux patients et à leurs proches, Cancer info, un service public d'information de référence sur les cancers, créé en 2010.

Afin de toucher le plus grand nombre et de répondre au mieux à la diversité des besoins, la plateforme Cancer info est accessible via trois vecteurs complémentaires : une ligne téléphonique, une rubrique internet et des guides gratuits. Les contenus mis à disposition concernent les cancers et leurs prises en charge, les traitements et la vie avec un cancer. Produits en miroir des recommandations pour les professionnels qui en sont la source principale, ils sont élaborés selon une méthodologie qui intègre un groupe de travail pluridisciplinaire associant des professionnels (notamment des médecins hospitaliers, des médecins généralistes, des infirmiers), des patients et/ou des proches ainsi que des représentants d'associations.

De 2010 à 2014, Cancer info a fait l'objet de plus de 10,7 millions de sollicitations : 57 324 appels reçus sur la ligne, 9 221 743 visites sur la rubrique web, 1 403 556 guides commandés. 36 957 guides ont été téléchargés en 2014.

La collection de guides compte à ce jour 33 titres ; 4 nouveaux guides et une mise à jour sont en cours de finalisation. La rubrique internet sur e-cancer. fr propose plus de 40 dossiers et un dictionnaire riche de plus de 1 200 termes rédigés par les équipes de l'Institut.

Dans un souci d'amélioration continue du service rendu, la plateforme a fait l'objet d'une enquête visant à mesurer la satisfaction des usagers, après 3 ans d'existence. Largement appréciée, la plateforme répond en grande partie aux besoins des usagers. L'axe essentiel d'amélioration pointé concerne la notoriété de ce service, très utile et insuffisamment connu et relayé, avec comme corollaire l'accentuation de la synergie entre les trois vecteurs. C'est donc un des objectifs retenus dans le cadre du Plan cancer 2014-2019.

rendez-vous confronté au nombre d'équipements d'IRM installés par million d'habitants met en évidence des disparités régionales. En effet, le nombre d'équipements d'IRM par million d'habitants varie du simple au double selon les régions (16,3 IRM/million d'habitants en Haute-Normandie versus 6,1 en Bourgogne en 2013) et les délais d'attente moyen du simple au triple (18,6 en Langue-

doc-Roussillon versus 61,5 en Basse-Normandie en 2013).

Il n'y a pas de corrélation entre les délais d'attente observés et la densité d'appareils d'IRM par région depuis 2010 au niveau régional. Ainsi, la baisse des délais de rendez-vous ne semble pas dépendre pas de la hausse du nombre d'appareils d'IRM installés par million d'habitants dans

chaque région. Cette conclusion doit toutefois être portée avec prudence, non pas tant du fait de l'assez faible taux de réponse (51 % en 2013), que du fait que les non-répondants le sont au motif de pratiques organisationnelles fortement différentes, l'allocation d'un rendez-vous étant dans 56 % des cas conditionnée à la visualisation de la demande écrite d'un médecin.

Une synthèse des enquêtes sur les délais réalisées entre 2010-2014 sera publiée en 2015.

### PROGRAMME D' ACTIONS EN FAVEUR DES SOINS DE SUPPORT

Les soins de support comprennent notamment le traitement de la douleur et des problèmes diététiques, le soutien psychologique, le suivi social pendant la maladie et soins palliatifs. Ils font partie intégrante de ce qui est attendu d'une prise en charge de qualité. C'est pourquoi le Plan cancer 2014-2019 vise à améliorer l'orientation des patients et leur accès aux soins oncologiques de support.

Le travail conduit en 2014 a eu pour objectif de préciser les modalités de mise en place des actions inscrites au Plan. Plusieurs consultations d'experts ont permis d'élaborer plus précisément la programmation de ces actions, en particulier dans les champs de la psycho-oncologie et des soins de support en général.

### ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

En 2014, l'INCa a mobilisé un groupe d'experts pour réaliser un état des connaissances sur l'activité physique, ses bénéfices, les freins et les facilita-



teurs à sa pratique, pendant et après les traitements, ainsi que sur les conditions permettant son intégration dans le parcours du patient. Ce travail sera poursuivi en 2015. Un rapport final, des modalités et des outils pour une meilleure intégration de l'activité physique dans la prise en charge en cancérologie seront proposés pour les patients et les professionnels de santé.

### SOUTIEN AUX PROJETS ASSOCIATIFS

L'INCa a publié en 2014 un nouvel appel à projets dédié aux associations, avec pour objectif de soutenir les actions d'accompagnement et d'information des malades et de leurs proches. Qua-

torze projets ont été retenus pour un montant total de 500854 euros: 5 projets de maintien dans l'emploi, 2 projets d'ateliers et de groupes, 2 projets visant l'organisation de conférences, 2 projets de sites internet, 1 projet de maintien à domicile, 1 projet de maintien à l'école, 1 projet de documentaire.

### ASSURABILITÉ ET DROIT À L'OUBLI

Le Plan cancer prévoit de faciliter l'accès aux crédits des personnes atteintes d'un cancer grâce à l'instauration d'un « droit à l'oubli ». À cet effet, l'INCa a fourni les principales données épidémiologiques (modèles de guérison, prévalence des cancers...) qui ont été présentées au groupe cancer de la



## INTERVIEW

**Graziella Pourcel**, responsable de projets, département Parcours de soins et relations avec les professionnels

### Quels sont les objectifs de la deuxième expérimentation du parcours personnalisé ?

Les résultats de la première phase, ainsi que les orientations du troisième Plan cancer, ont conduit à mettre en place une seconde phase de l'expérimentation recentrée sur trois enjeux majeurs : renforcer la coordination des professionnels, notamment entre l'hôpital et la ville, centrer l'intervention des IDEC sur les situations complexes médicales et/ou psychosociales, et élargir le champ de l'expérimentation à 10 équipes issues du champ du premier recours. Cette seconde phase sera associée à une évaluation médico-économique afin d'objectiver l'apport du dispositif au regard des coûts engagés

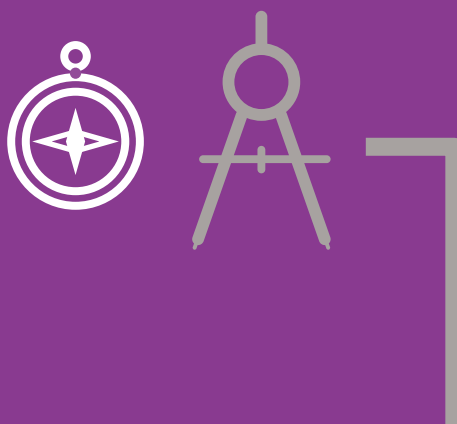
Commission études et recherche de la convention Aeras.

De plus, plusieurs analyses bibliographiques (cancers du sein, du poumon et du côlon-rectum) ont été entreprises ou poursuivies. Parallèlement, le Comité de déontologie et d'éthique de l'Institut a été questionné sur les travaux dans ces domaines, notamment sur l'assurabilité des enfants ayant eu un cancer et la façon d'aborder les cancers par rapport aux autres maladies chroniques.

# 7

## RECHERCHE, INNOVATION ET MÉDECINE DE PRÉCISION

---



## L'Institut soutient les équipes de recherche et le transfert de leurs avancées au service de la prévention et de la prise en charge des malades

### RECHERCHE FONDAMENTALE, TRANSLATIONNELLE ET MULTIDISCIPLINAIRE

#### APPELS À PROJETS LIBRES EN BIOLOGIE DU CANCER

Dédié à la recherche fondamentale, l'appel à projets libre Biologie et sciences du cancer (PLBIO) a pour objectifs de financer des projets originaux, de renforcer la recherche multidisciplinaire et développer la recherche dans des domaines émergents.

En 2014, 38 des 284 projets présentés ont été sélectionnés pour un financement global de 19,90 millions d'euros.

Près de 91 % des projets financés étudient les mécanismes biologiques de la transformation cellulaire et la progression de la maladie. Les autres projets visent à étudier et identifier les mécanismes de réponse et de résistance aux traitements, à identifier de nouvelles cibles thérapeutiques, à travailler sur les facteurs exogènes liés à l'origine du cancer ou encore à développer de nouveaux outils de diagnostic.

Depuis 2007, 273 projets ont été financés sur les 1720 projets soumis au programme PLBIO, pour un budget total de près de 128 millions d'euros.

#### PROGRAMME DE RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

Le Programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRT-K) soutient des projets permettant l'accélération du transfert des découvertes de la recherche fondamentale vers la recherche clinique grâce à des travaux menés en étroite collaboration par des chercheurs fundamentalistes et des cliniciens.

En 2014, 16 projets ont été sélectionnés pour un co-financement DGOS-INCa sur trois ans de 8,5 millions d'euros. Les localisations tumorales étudiées sont au nombre de 13 et incluent des cancers rares telles que les tumeurs de la surrenale, de l'intestin grêle ou le mélanome uvéal.

Au total depuis 2007, 128 projets ont été financés pour un budget global de 51,5 millions d'euros. Des travaux de recherche translationnelle sont également financés dans le cadre du programme ERA-NET TRANSCAN.

#### PROGRAMME D'ACTIONS INTÉGRÉES DE RECHERCHE (PAIR) SUR LES CANCERS DU SEIN

L'appel à projets PAIR était en 2014 dédié aux formes précoces du cancer du sein. Il a été lancé en partenariat avec la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue nationale contre le cancer.

Les objectifs du programme étaient multiples : améliorer la connaissance de la maladie pour diminuer le surdiagnostic et le surtraitement ; développer des approches multidisciplinaires de la perception du risque et nouveaux modèles de dépistage ; évaluer la désescalade thérapeutique ; mieux connaître les conséquences après le traitement du cancer.

Le comité international d'évaluation a retenu 8 projets pour un montant de 3,80 millions d'euros. Ceux-ci portent sur la compréhension de l'histoire naturelle de la maladie (4 projets), le diagnostic et pronostic adéquats (2 projets), les nouvelles approches thérapeutiques (1 projet) et la qualité de vie après traitement (1 projet).

## RECHERCHE EN SANTÉ DES POPULATIONS

### APPEL À PROJETS LIBRES EN SHS, ÉPIDÉMIOLOGIE ET SANTÉ PUBLIQUE

En 2014, l'INCa a poursuivi son soutien aux recherches en sciences humaines et sociales, en épidémiologie et santé publique appliquées aux cancers. Après l'évaluation finale des 40 projets présélectionnés, 22 ont été retenus pour un total de 4,12 millions d'euros. Parmi les projets retenus :

- 5 projets d'épidémiologie sur les facteurs de risques de cancer liés à la nutrition, assortis ou non d'une approche génétique/génomique;
- 4 projets de méthodologie biostatistique sur les critères d'évaluation des essais cliniques;
- 4 projets de psycho-oncologie sur les séquelles des traitements et conséquences des délais au diagnostic, en particulier pour les cancers d'enfants et d'adolescents.

### ENQUÊTE « LA VIE DEUX ANS APRÈS UN CANCER »

L'INCa et l'Inserm ont publié en juin les résultats de l'enquête « La vie deux ans après un diagnostic de cancer. De l'annonce à l'après-cancer » (VICAN2) et présenté ces résultats lors d'un colloque de restitution. Cette enquête menée en 2012 constitue l'unique travail national qui rend compte de différentes facettes des conditions de vie des personnes atteintes de cancer deux ans après un diagnostic de cancer, avec une attention particulière portée à l'impact de la maladie sur la vie sociale et professionnelle. Elle s'inscrit dans la continuité d'une première édition menée sous l'égide de la Drees et publiée en 2008.

4349 personnes, diagnostiquées en 2010, ont été interrogées à deux ans du diagnostic, à partir des fichiers des ALD et deux sous-échantillons selon l'âge au diagnostic (18-52 ans et 53-82 ans) ont été constitués. Douze localisations (sein, prostate, thyroïde, mélanome, côlon-rectum, voies aérodigestives supérieures, vessie, rein, lymphome non hodgkinien, corps utérin, col de l'utérus, poumon) ont été prises en compte. Les résultats s'appuyaient sur trois types de données : les données de l'enquête téléphonique menée auprès des patients sur leurs conditions de vie, les données médicales et cliniques récupérées auprès des médecins et les consommations de soins extraites des bases de données de l'Assurance maladie.

### RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

La recherche interventionnelle est souvent présentée comme un moyen de générer des données utiles aux décideurs. Pour tenter de répondre aux défis que pose ce type de recherche, l'INCa et ses partenaires ont organisé un colloque international « Recherche interventionnelle contre le cancer : réunir chercheurs, décideurs et acteurs de terrain », les 17 et 18 novembre 2014. Plus de deux cents participants ont débattu autour des thématiques touchant à tous les temps du cancer (prévention primaire, secondaire et tertiaire, parcours de soins, vie après le cancer) (voir interview de H. Nabi, ci-contre).

En France, la recherche en prévention primaire, qu'elle soit fondamentale ou interventionnelle, est relativement peu développée. L'INCa, en coordination avec l'Institut de recherche en

santé publique (IReSP), aux côtés de leurs partenaires, a lancé en 2014 un appel à projets compétitif dédié à la recherche en prévention primaire. Cet appel à projets visait à motiver et à soutenir des projets relatifs aux facteurs et déterminants individuels et collectifs des comportements en matière de santé. Au total, 58 projets ont été soumis. À la suite de leur évaluation, le comité scientifique en a retenu 19. Quatre projets ont été financés par l'INCa, dont certains conjointement avec la Fondation ARC pour un montant total de 1 158 000 euros.

## RECHERCHE CLINIQUE

### REGISTRE DES ESSAIS CLINIQUES

L'Institut met à la disposition du grand public, des professionnels de santé et des acteurs de la recherche, sur son site internet, une information exhaustive et actualisée concernant les essais cliniques en cancérologie menés en France. Un moteur de recherche intégré au registre permet de filtrer spécifiquement les essais cliniques en fonction de différents critères.

Au 31 décembre 2014, le registre affiche 1886 essais cliniques de promotion industrielle et académique, dont 563 essais ouverts aux inclusions. Le registre a fait l'objet de plus de 255 000 consultations en 2014.

### APPELS À PROJETS PHRC ET PRME CANCER

En 2014, comme chaque année, l'INCa a géré, pour le compte du ministère chargé de la santé, les appels à projets compétitifs annuels du PHRC-K et du PRME-K selon les axes du Plan cancer 2014-2019.



Au total, 195 projets ont été soumis au titre du PHRC-K et 18 au titre du PRME-K. À l'issue de la sélection en deux étapes, 4 projets ont été retenus pour le PRME-K (taux de sélection de 22 %) et 43 pour le PHRC-K (taux de sélection de 22 % également), dont 6 projets pédiatriques, pour un budget total d'environ 22 millions d'euros.

#### LABELLISATION DE NOUVEAUX INTERGROUPES COOPÉRATEURS

En 2014, après appel à candidatures et évaluation, l'INCa a labellisé trois nouveaux intergroupes coopérateurs

français de dimension internationale dans le domaine de la recherche clinique sur les cancers: l'intergroupe coopérateur des leucémies aiguës (CIGAL), l'intergroupe de la Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE), l'intergroupe coopérateur en oncogériatrie (GETUG-UCOG). Deux autres candidatures d'intergroupes coopérateurs ont été évaluées et sont en attente de résultats en vue d'une labellisation dans les cancers uro-génitaux d'une part et les tumeurs du système nerveux central d'autre part.



## INTERVIEW

**Hermann Nabi**, responsable du département Recherche en SHS, épidémiologie et santé publique

#### Quels sont les enseignements du colloque sur la recherche interventionnelle ?

L'un des premiers enseignements concerne la participation importante des chercheurs, des acteurs de terrain et de décideurs. Elle témoigne de l'essor et des attentes vis-à-vis de la recherche interventionnelle en santé des populations en France, perçue de plus en plus comme « une science des solutions ».

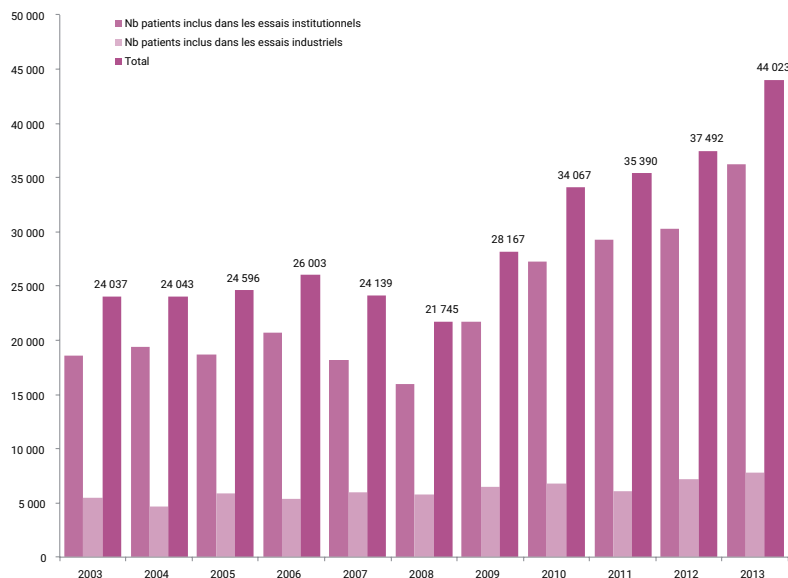
Le deuxième enseignement est que la recherche interventionnelle pose un certain nombre de défis liés à sa mise en œuvre, son appropriation et à l'utilisation des résultats pour la prise de décision en santé publique. Des actions de formation sur les méthodes et les outils de la recherche interventionnelle et du transfert des résultats produits seront nécessaires.

Enfin, le troisième enseignement est que la recherche interventionnelle dans le champ de la prévention des cancers est peu développée en France. L'INCa poursuivra ses actions dans ce domaine.

#### SUIVI DES INCLUSIONS

L'enquête annuelle menée en 2014 par l'INCa auprès des établissements ayant reçu, dans le cadre des Plans cancer, des financements pour des personnels visant au soutien des investigateurs

## RECRUTEMENT DES PATIENTS DANS DES ESSAIS CLINIQUES SUR LE CANCER EN 2013



dans l'inclusion et le suivi des patients a permis l'évaluation des activités de recherche clinique en 2013. Une hausse sensible du nombre de patients inclus dans les essais cliniques en cancérologie a été observée : une augmentation de 102 % entre 2008 (année de référence) et 2013, + 127 % pour les patients participant aux essais académiques et + 35 % pour les patients participant aux essais industriels au cours de la même période.

### ACTIVITÉ DES CLIP<sup>2</sup>

La collaboration avec le National Cancer Institute (NCI) américain s'est poursuivie et deux projets d'essais discutés depuis 2013 ont abouti à leur soumission auprès des instances (CPP et Ansm) en 2014. Ces essais devraient débuter prochainement. En parallèle, deux appels à projets sur les essais

cliniques précoces ont été lancés dans le cadre de la collaboration avec les laboratoires pharmaceutiques. Ces appels à projets doivent conduire au financement de plusieurs essais cliniques innovants.

Depuis la labellisation des centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP<sup>2</sup>), 7 études sont en cours ou en fin de recrutement, 3 essais vont être lancés et 4 essais sont en cours de soumission réglementaire. L'activité de ces CLIP<sup>2</sup> a été publiée et est consultable sur le site e-cancer.fr.

La labellisation prenant fin en 2014, un nouvel appel à candidatures a été lancé durant l'année afin d'identifier les centres qui seront labellisés pour quatre ans. Cette initiative s'inscrit dans le cadre du Plan cancer 2014-2019 qui stipule la nécessité de poursuivre l'effort de développement des sites cliniques de phase précoce, afin

d'avoir une meilleure couverture territoriale et d'encourager la création de sites dédiés aux enfants.

## SUIVI DE L'ÉVOLUTION DES MÉDICAMENTS INNOVANTS

### ACCORD-CADRE INCa/ANSM

Le premier accord-cadre INCa/Ansm a été signé le 14 avril 2014. Les principaux domaines de collaboration sont :

- l'accès précoce aux médicaments anticancéreux (tests compagnons, plateformes de génétique moléculaire et thérapies ciblées, essais cliniques, autorisations temporaires d'utilisation, programme des CLIP<sup>2</sup>, programme AcSé, données réglementaires sur les médicaments et dispositifs médicaux en cancérologie, inspection et contrôle des centres de phase 1);
- le suivi du bon usage du médicament (signalement par l'INCa et/ou avis de l'INCa, après saisine de l'Ansm, sur les situations hors autorisation de mise sur le marché (AMM) pouvant faire l'objet d'une instruction pour recommandation temporaire d'utilisation (RTU)) ;
- les dispositifs médicaux (échange d'information et rédaction d'avis si nécessaire sur les dispositifs médicaux) (tests biologiques, dispositifs médicaux ou imagerie dans le champ de la cancérologie).

### ÉVOLUTIONS DE LA LISTE EN SUS ET SITUATIONS HORS AMM

En réponse à une demande formulée par la DGOS en mars 2014, désormais l'INCa met à sa disposition, annuellement, des informations relatives aux

médicaments anticancéreux susceptibles d'être inscrits sur la liste des médicaments remboursés en sus des GHS.

Une deuxième action consiste à élaborer une méthode d'analyse des situations hors AMM, à partir des données fournies par les OMEDIT, afin d'identifier rapidement les prescriptions non acceptables ou au contraire celles susceptibles de faire l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation. En lien avec l'élaboration des référentiels nationaux de RCP, elle permettra de définir les protocoles de chimiothérapie de référence et d'identifier les options médicamenteuses hors AMM acceptables.

#### CRITÈRES DE DÉFINITION D'UN MÉDICAMENT INNOVANT

Dans le cadre des actions 5.5 à 5.9 du Plan cancer 2014-2019, et en lien avec les partenaires institutionnels de l'INCa, notamment la HAS et l'Ansm, une étude de benchmark international a été lancée par l'INCa, portant sur les critères de définition d'un médicament innovant (notamment dans le domaine de la cancérologie) et les dispositifs permettant de faciliter l'accès à l'innova-

tion. Cette étude alimentera la réflexion sur les actions à mettre en oeuvre pour promouvoir une politique dynamique du médicament en cancérologie.

#### LES PLATEFORMES DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Afin de garantir un accès équitable au profilage moléculaire des tumeurs,

## FOCUS

### 10 ans de financement de la recherche sur les cancers

Financements cumulés INCa, ou gérés par l'INCa, de la recherche sur les cancers entre 2005 et 2014 :



l'INCa et le ministère de la Santé ont mis en place un réseau national de 28 plateformes de génétique moléculaire. Un bilan national de l'activité 2013 a été réalisé (disponible sur e-cancer.fr) présentant des données à la fois qualitatives et quantitatives. Une enquête a également été menée avec cinq agences régionales de santé (ARS) pour évaluer l'accès effectif aux tests moléculaires. Les premiers

### ■ Vers le séquençage du génome tumoral

Le développement de nouvelles technologies de séquençage à haut débit, d'analyse et de stockage des données, ainsi que la baisse continue des coûts permettent d'envisager le séquençage extensif du génome tumoral (exome et ARN) en routine clinique. Néanmoins, de nombreux défis doivent être relevés pour permettre une utilisation clinique des données générées :

- la structuration de plateaux technologiques pour le séquençage en pratique clinique ;

- le développement des infrastructures informatiques pour le stockage des données dans un cadre sécurisé et des solutions d'analyse des données ;
- le développement d'outils pour l'aide à l'interprétation médicale des données ;
- l'intégration et partage des données ;
- les aspects éthiques liés à la sécurité des données et au risque de découvertes fortuites.

L'INCa a préparé en 2014 le développement

du séquençage extensif du génome tumoral, notamment par la mise en place d'essais cliniques guidés par la génomique dans le cancer colorectal et les sarcomes. Les premières inclusions dans ces essais et donc les premiers séquençages d'exomes sont prévus en 2015. Par ailleurs, les travaux menés dans le cadre d'ICGC ou dans le groupe de travail inter-SIRIC sur l'intégration et le partage des données contribuent également à cet objectif.

**10 ANS**  
D' ACTIONS  
CONTRE  
LES CANCERS

## FOCUS

### 10 ans de structuration de la recherche sur les cancers

Dans le cadre des deux premiers Plans cancer, l'INCa a soutenu la mise en place d'une nouvelle organisation de la recherche sur les cancers, en poursuivant un triple objectif : dynamiser la recherche, coordonner les efforts déployés et favoriser le continuum entre recherche et soins. Ceci s'est traduit notamment par la mise en place de différents types de structures et infrastructures, via des appels à projets et/ou à candidatures et des procédures de labellisation.

Créés en 2003, soutenus par l'INCa depuis 2005, sept cancéropôles contribuent à stimuler et coordonner la recherche au plan régional (Ile-de-France, PACA) ou interrégional, en cohérence avec la politique de recherche nationale. Ils fédèrent les équipes des organismes publics de recherche (Inserm, CNRS, CEA, universités...), les centres hospitalo-universitaires, les centres de lutte contre le cancer et interagissent avec les industriels de la santé. Ils ont fait l'objet de deux procédures de labellisation par l'INCa, pour les périodes 2011-2014 et 2015-2017.

Dans le cadre du 2<sup>e</sup> Plan cancer, l'Institut a mis en place des structures dédiées à l'organisation et au management, sur le terrain, de programmes de recherche : 16 Centres labellisés INCa de phase précoce (CLIP<sup>2</sup>) pour la recherche clinique, et 8 Sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) pour la recherche translationnelle.

En parallèle, l'Institut a soutenu dès sa création l'émergence de plusieurs types d'infrastructures qui fournissent des outils et des moyens spécifiques pour la recherche sur les cancers. Ainsi, une organisation pluridisciplinaire et multicentrique s'instaure, d'une part pour la constitution de collections de ressources biologiques via les tumothèques, et d'autre part pour la centralisation, la gestion et l'exploitation de l'ensemble des données cliniques, biologiques et épidémiologiques, au sein de bases de données clinico-biologiques dédiées à une pathologie.

Dans le domaine de la recherche clinique, l'Institut a contribué depuis 2006 à la création des équipes mobiles de recherche clinique (EMRC), composées de personnels spécialement formés dans la conduite des essais. L'objectif est d'apporter un soutien aux établissements de soins et de faciliter leur participation aux essais cliniques. L'INCa soutient également le rapprochement des groupes de recherche clinique académique à travers la labellisation de 13 intergroupes coopérateurs, afin de favoriser la conduite d'études cliniques d'envergure et d'accroître l'attractivité de la recherche clinique française en cancérologie.

Ces différentes structures sont évaluées régulièrement ; leurs missions évoluent sur la base de leurs bilans et des nouveaux enjeux de la recherche sur les cancers. Ainsi, le troisième Plan cancer confie à l'INCa la mission de développer les synergies entre ces structures de recherche d'une part, et avec les acteurs territoriaux du soin d'autre part.

résultats ont été diffusés lors d'un colloque sur la médecine personnalisée organisé par l'ARS Ile-de-France en décembre 2014. L'analyse et les résultats définitifs seront publiés en 2015. Par ailleurs, l'INCa a mis en place le suivi de l'appel à projets NGS 2013 en s'attachant plus particulièrement à l'assurance qualité et à l'analyse bioinformatique des données en vue de préparer le déploiement de ces technologies au niveau national pour 2015.

### LE PROGRAMME AcSé

En 2013, l'Institut, en accord avec l'Ansm, lançait le programme AcSé, un programme novateur qui propose un accès précoce et sécurisé à des thérapies ciblées à des patients atteints de cancer en échec thérapeutique, et dont la tumeur présente une même altération génétique. Ces médicaments ont obtenu ou vont obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une autre indication de cancer.

Le premier essai, lancé en 2013, promu par UNICANCER et cofinancé par la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, porte sur le crizotinib, médicament ayant une AMM pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon et dont la tumeur présente une altération génétique particulière.

Le deuxième essai, lancé fin 2014, promu et cofinancé par les mêmes partenaires, porte sur le vémurafénib. Il vise à évaluer son efficacité et tolérance auprès d'environ 500



patients atteints de divers types de cancer (voir interview de N. Hoog Labouret et E. Lonchamp).

## LE PROGRAMME D'ONCOGÉNÉTIQUE

Réalisée en 2014 à partir des données transmises par les consultations et les laboratoires, la synthèse de l'activité d'oncogénétique constitue un état des lieux détaillé de l'activité 2013 du dispositif national d'oncogénétique et de son évolution sur 11 ans (2003-2013), permettant d'en dégager les points forts et les axes d'amélioration (publiée sur e-cancer.fr).

Parallèlement, l'INCa a accompagné la mise en place du NGS à visée diagnostique au sein des laboratoires d'oncogénétique et des mesures ont été engagées afin d'optimiser l'orientation des patients susceptibles d'être atteints par un syndrome de Lynch vers une consultation d'oncogénétique.

Enfin, l'avis favorable de l'EMA pour l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché à l'olaparib (octobre 2014) amène l'INCa, les acteurs de l'oncogénétique et ceux des plateformes de génétique moléculaire des cancers à anticiper les possibles implications sur le plan des organisations, des circuits, des techniques, des responsabilités.



## INTERVIEW

**Natalie Hoog-Labouret**,  
responsable de la mission AcSé  
et recherche en pédiatrie  
**Etienne Lonchamp**,  
département Biologie, transfert  
et innovations

### Après 18 mois d'existence, quel est le bilan du programme AcSé ?

On constate une mobilisation croissante et un engagement fort de tous les partenaires. Le programme AcSé c'est aujourd'hui 4 000 tumeurs de patients analysées, 300 tests de génétique moléculaire par mois, 20 cohortes sur différents types de cancer sur 150 sites. Une centaine de patients ont reçu le crizotinib dans le cadre de l'essai.

### Comment les plateformes sont investies dans ce programme ?

L'implémentation concomitante de plusieurs nouveaux tests a nécessité d'organiser localement les circuits avec les multiples intervenants pour une quinzaine de pathologies différentes. En pratique, tout clinicien souhaitant inclure un patient dans le programme AcSé peut ainsi adresser une prescription de test à une plateforme locale. L'implication des plateformes au niveau local était donc essentielle au développement de ce programme

Pour ce faire, deux groupes de travail ont été créés afin que des actions soient rapidement engagées. Elles concernent le circuit des patientes, des prélèvements et des résultats ainsi que les analyses à mettre en place

## FOCUS

### 10 ans d'actions en faveur de la médecine de précision

Les avancées continues de la recherche permettent de mieux comprendre les mécanismes moléculaires conduisant au développement des cancers et de développer de nouvelles approches thérapeutiques guidées par une connaissance approfondie de la biologie des tumeurs. Celles-ci constituent la pierre angulaire de la médecine dite « personnalisée », ou encore de « précision ». Le nombre de thérapies ciblées ayant une AMM en oncologie et disponibles avec un test « compagnon » est passé de deux pour trois indications en 2004 à 16 pour une vingtaine d'indications en 2014. L'Institut national du cancer mène depuis sa création un programme d'actions volontariste, allant de la recherche à l'organisation des soins, pour favoriser le développement de ces innovations, les rendre accessibles aux patients le plus tôt possible et en optimiser l'usage.

#### L'expérience pionnière du trastuzumab

Ainsi, dès 2005, face aux résultats préliminaires positifs obtenus dans des essais internationaux, l'INCa et l'Afssaps (devenue ANSM) publient un protocole temporaire de traitement adjuvant des cancers du sein par le trastuzumab (Herceptin®). Ce cadre réglementaire exceptionnel permet à l'ensemble des patientes françaises dont la tumeur surexprime HER2 (12 % des cas) de bénéficier de ce traitement innovant neuf mois avant son autorisation de mise sur le marché, mais aussi de façon précoce par rapport à tout autre pays.

C'est dans ce contexte que l'Institut national du cancer ouvre l'essai clinique PHARE en

2006. Cette étude clinique visait à optimiser la durée et les modalités d'administration du trastuzumab, dans le souci d'en réduire la toxicité cardiaque. Une deuxième étude de génétique constitutionnelle, SIGNAL, de type recherche de transfert, a été annexée en 2008 à l'étude clinique PHARE, posant la question de facteurs prédictifs de réponse ou toxicité du trastuzumab. Enfin, une troisième étude, SIGNAL-ICGC, biologique, vise à établir le répertoire des mutations tumorales intervenues chez ces mêmes femmes ; cette étude, toujours en cours, est menée dans le cadre du consortium ICGC [cf. infra]. Au total, plus de 12 000 femmes traitées dans 200 établissements à travers le territoire ont été incluses dans cet ambitieux programme intégré de recherche pluridisciplinaire.

#### À la recherche de nouvelles cibles thérapeutiques

Le cancer du sein n'est pas la seule pathologie à bénéficier d'un programme de séquençage visant à identifier de nouvelles cibles thérapeutiques. L'Institut est l'un des membres fondateurs du consortium international ICGC (International Cancer Genome Consortium) créé en 2008 pour analyser de manière approfondie les changements génomiques, transcriptomiques et épigénomiques dans 50 types de tumeurs différents et mettre les données à la disposition de la communauté scientifique. Huit projets, dont celui sur le cancer du sein, sont financés en France et ont d'ores et déjà donné lieu à plusieurs publications scientifiques de haut niveau. En outre, l'Institut participe depuis sa création, en 2013, au consortium international Global Alliance for Genomics and Health dont l'objectif est

d'établir un cadre de travail pour un partage responsable des données génomiques et cliniques au plan international.

#### Des essais cliniques d'un nouveau type

L'émergence des thérapies ciblées a entraîné de profonds changements dans la façon de développer les nouveaux médicaments. Du fait de leur mécanisme d'action, ces molécules peuvent être efficaces dans différents types de tumeurs partageant la même anomalie moléculaire, multipliant de ce fait le nombre d'essais de phase précoce à mener. Ce changement de paradigme conduit l'INCa à établir des partenariats avec des équipes académiques expertes en phase précoce et les laboratoires pharmaceutiques. La procédure de partenariat public/privé mise en place par l'INCa dans le cadre du deuxième Plan cancer permet aux 16 centres labellisés INCa de phase précoce (CLIP<sup>2</sup>) de conduire des essais cliniques de phase précoce avec des molécules mises à disposition gratuitement par des laboratoires dans des indications ne faisant pas partie des priorités de leurs développements. Par ailleurs, la labellisation des CLIP<sup>2</sup> en 2010 a aussi permis d'augmenter le nombre de patients inclus dans les essais cliniques de phase précoce. Les deux-tiers des essais réalisés portent sur des thérapies ciblées et 12 % sur des immunothérapies.

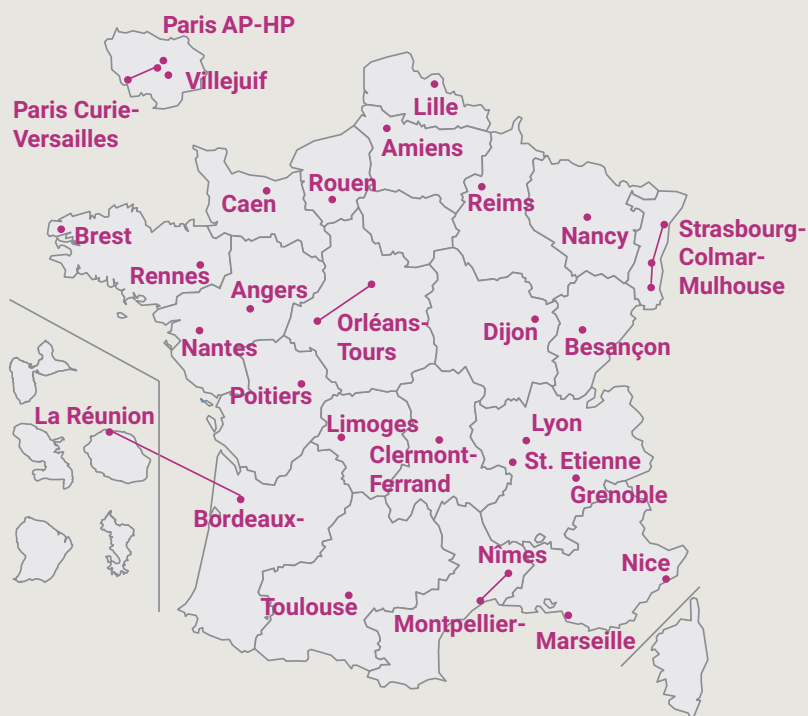
En complément de cette démarche de structuration et de soutien aux projets de recherche clinique de phase précoce, et dans un souci de permettre un accès équitable aux thérapies ciblées sur l'ensemble du territoire national, l'INCa a mis en place en 2013 le programme

AcSé (pour Accès sécurisé aux innovations thérapeutiques). Il permet à des patients atteints de cancer, adultes et enfants, en échec de traitements, d'accéder à un traitement par un médicament ciblant une anomalie moléculaire de leur tumeur, en dehors des indications de l'AMM mais dans le cadre sécurisé d'un essai de phase 2. AcSé comporte plusieurs essais cliniques. Deux premiers essais, démarrés en 2013 et 2014, utilisent respectivement le crizotinib et le vemurafenib.

### Un accès équitable aux tests de génétique moléculaire

L'administration de ces thérapies innovantes, que ce soit dans le cadre d'une étude clinique ou d'une AMM, suppose que les patients aient un égal accès au profilage moléculaire de leur tumeur. Dès 2006, l'INCa et le ministère de la Santé ont mis en place un réseau national de 28 plateformes de génétique moléculaire. Ces plateformes ont démontré leur capacité à mettre rapidement à disposition des patients les tests moléculaires associés aux nouvelles thérapies ciblées. L'augmentation régulière du nombre d'anomalies moléculaires à rechercher pour un même patient nécessite le recours à des approches « tout-en-un » comme le séquençage de nouvelle génération (NGS). L'Institut a engagé dès 2012 une réflexion sur ce sujet débouchant sur le lancement d'un appel à projets dédié en 2013. Le déploiement de ces technologies au niveau national est programmé pour 2015. En parallèle, l'INCa met en place dès à présent les conditions pour l'analyse complète du génome tumoral en routine clinique afin de répondre aux objectifs fixés par le Plan cancer 2014-2019.

### LES 28 PLATEFORMES HOSPITALIÈRES DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE DES CANCERS



La mobilisation coordonnée de l'INCa et de ses partenaires, publics et privés, en faveur du déploiement de la médecine de précision pour les patients atteints de cancer depuis 10 ans fait de la France un modèle organisationnel pour les autres pays, notamment européens, engagés dans cette voie. Ce leadership doit être consolidé et doit s'accompagner d'un effort d'information des patients, de leurs familles, et de l'ensemble des

citoyens quant à ces nouvelles thérapies, et d'une mobilisation des sciences humaines et sociales pour ne pas négliger les enjeux éthiques et sociaux qu'elles soulèvent.

# 8

## PILOTAGE, COORDINATION ET COOPÉRATIONS

---



# L'efficacité des politiques de lutte contre les cancers requiert la coordination des organisations impliquées ainsi que des données d'observation robustes pour le pilotage et l'évaluation

## AMÉLIORATION ET PARTAGE DE L'OBSERVATION

### REGISTRES DES CANCERS

Le programme de travail partenarial 2014-2019 entre le réseau des registres français Francim, le service de Biostatistique des HCL, l'INCa et l'InVS, a été lancé et porte sur les actions à mener au cours des six prochaines années. Il répond aux besoins de surveillance et d'observation des cancers, notamment ceux inscrits dans le Plan cancer 2014-2019.

Issu de ce partenariat, le rapport « Estimation de la prévalence du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus » a présenté en 2014 des données de prévalence totale et partielle. En 2008, près de 3 millions de personnes de 15 ans et plus vivent avec un cancer ou en ont été guéries. Les principaux cancers prévalents sont les cancers de la prostate, du côlon-rectum et du sein.

Une autre étude réalisée à partir des données de 10 registres, sur des patients ayant présenté un premier cancer, a montré un risque de second cancer multiplié par 1,36 par rapport

à la population générale. Ce risque est plus marqué pour les cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac.

### COHORTE CANCER

L'INCa et la CNAMTS ont signé, en 2014, une convention de cession des données pour la constitution de la cohorte cancer. À partir des données de l'Assurance maladie, la cohorte comprend les personnes diagnostiquées, traitées et suivies pour un cancer, quel que soit le mode de prise en charge. Elle a pour objectifs de suivre la consommation de soins et les trajectoires de prise en charge.

Parallèlement, des tableaux de bord reflétant l'activité d'hospitalisation en oncopédiatrie, et la caractérisation de la chirurgie pour cancer du sein ont été élaborés afin de mieux décrire et suivre ces activités.

### TABLEAUX DE BORD ATIH

Après l'algorithme cancer établi à partir des données du PMSI MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), l'INCa entreprend le développement d'un

nouvel algorithme afin d'identifier les séjours en lien avec une prise en charge pour cancer en structure de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces travaux se font en lien avec les fédérations hospitalières, l'ATIH et l'ANAP.

Pour permettre une meilleure utilisation des résultats de l'algorithme, faciliter son exploitation et proposer à l'ensemble des acteurs (fédérations hospitalières, agences régionales de santé, établissements de santé), une lecture commune des tableaux de bord a été développée. Le groupe de travail réunissant l'ATIH, l'ANAP et les fédérations hospitalières a défini la structure de ces tableaux de bord, l'ATIH, en lien avec l'Institut, développant la solution informatique.

## COORDINATION DES STRUCTURES DE RECHERCHE

### ANIMATION DES SIRIC

Après une période de mise en place, les SIRIC sont en 2014 en plein exercice (mi-période pour les SIRIC labellisés en 2011). L'INCa, fortement mobilisé

10 ANS  
D' ACTIONS  
CONTRE  
LES CANCERS

## FOCUS

### 10 ans d'observation des cancers

Depuis 10 ans, l'Institut s'investit dans l'observation des cancers et la diffusion de données dans tous les domaines de la cancérologie.

**Ainsi, la connaissance épidémiologique des cancers a été améliorée.** Le partenariat scientifique et financier entre les registres des cancers (Francim), les Hospices civils de Lyon et l'Institut de veille sanitaire ont permis le développement de nouvelles méthodes et la publication de nombreuses données de référence (incidence, mortalité, survie, prévalence...) utiles à la surveillance et à l'observation des cancers. Les données sur la survie nette à 10 ans et bientôt 15 ans ont ainsi été produites pour la première fois à l'échelle d'un pays.

**Par ailleurs, le développement d'algorithmes et de tableaux de bord dédiés** a permis à l'Institut d'accroître son expertise dans l'exploitation des bases de données médico-administratives. Ainsi, à partir des bases de données du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et les données de mortalité, l'Institut a entrepris le développement d'algorithmes et de tableaux de bords. Ils sont mis à la disposition de l'ensemble des acteurs de la prise en charge du cancer et permettront d'harmoniser les pratiques d'analyse des données.

Plus récemment, des actions ont été conduites afin de traiter les données de radiothérapie libérale et des soins de ville issues du SNIIR-AM (Système national d'information inter-régime de l'assurance

maladie), aboutissant à la constitution de la « cohorte cancer » permettant le suivi des trajectoires des patients.

**La connaissance des comportements et des représentations de la population face aux cancers s'est accru.** Les baromètres cancer et santé (Inpes) constituent l'un des moyens privilégiés pour mesurer les opinions et perceptions de la population face aux facteurs de risque, moyens de prévention, de dépistage et de prise en charge. L'Institut a pris une place prépondérante dans ce dispositif, et réalise l'édition 2015 du Baromètre cancer, qui fait suite aux éditions 2005 (Inpes) et 2010 (Inpes/INCa).

Enfin, en 2014, pour mieux connaître et comprendre les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes ayant ou ayant eu un cancer en France, l'Institut a renouvelé l'enquête sur la vie des personnes deux ans après leur diagnostic de cancer, auprès de 4 000 personnes. Réalisée en lien avec l'Inserm et les trois principaux régimes d'assurance maladie, elle renseigne sur le vécu de la maladie, depuis sa prise en charge initiale à deux ans du diagnostic, et présente son impact sur les ressources, l'emploi, la vie quotidienne et sociale.

Ouvrage de référence, le rapport « Les cancers en France » rassemble les données actualisées chaque année, par grands domaines et par localisations cancéreuses.

L'ensemble des données recueillies est publié dans la rubrique « Les données » du site e-cancer.fr.

dans la coordination de ces structures, a poursuivi l'organisation des réunions de directeurs et/ou managers et une forte dynamique collective a été constatée avec la réalisation de plusieurs actions collaboratives. En 2014, les réunions sur le partage et l'intégration des données ont été poursuivies et un atelier inter-SIRIC a été organisé sur la thématique « Drug, design and development ». La procédure d'évaluation à mi-parcours des SIRIC prévue en 2015 a été établie par l'INCa et validée par les partenaires.

### DÉVELOPPEMENT DES BASES CLINICOBIOLOGIQUES

Lancé en 2011, puis renouvelé en 2012 et en 2013, un appel à projets a eu pour objectif de fédérer différents acteurs pour constituer, autour d'une pathologie commune, des bases clinicobiologiques (BCB) associées à des échantillons biologiques. Ces BCB permettront d'optimiser le recueil d'informations, leur intégration et leur exploitation transversale à travers différentes disciplines de recherche (épidémiologique, fondamentale, translationnelle, clinique).

À l'issue de l'appel à projets 2013, l'INCa a effectué un point sur l'avancement des BCB financées. Outre l'analyse des rapports intermédiaires, l'Institut a réalisé une enquête auprès des 9 premiers projets financés (2011 et 2012), afin d'établir un état d'avancement des projets. L'enquête a été réalisée via un formulaire de rapport d'activité spécifique et d'entretiens téléphoniques avec les coordonnateurs des projets. La principale conclusion est que la structuration des réseaux thématiques est longue et complexe, mais sa valeur ajoutée a été démontrée. 2015 sera l'occasion d'un partage d'expériences, pour définir




## INTERVIEW

**Christelle David-Basei,**  
coordinatrice des Affaires  
scientifiques, responsable de la  
mission Évaluation et du  
programme cancéropôles

### Quel bilan peut-on tirer de l'action des cancéropôles ?

Les cancéropôles représentent un modèle unique et reconnu d'organisation et de coordination de la recherche régionale en cancérologie. Ils contribuent à promouvoir l'excellence scientifique par la structuration locale des centres et réseaux de recherche.

### Quels sont les objectifs fixés aux cancéropôles dans le cadre de la labellisation 2015-2017 ?

L'accent est mis sur le soutien à l'émergence de nouveaux projets et le développement des liens entre les acteurs de la recherche et ceux du soin. Les cancéropôles ont ainsi pour priorité de favoriser l'intégration croissante des innovations, biologiques ou autres, dans les pratiques professionnelles. La redéfinition de ces objectifs, et leur pilotage par l'INCa, doit permettre aux cancéropôles d'apporter une contribution significative à la conduite du Plan cancer.

autant que possible les éléments de consolidations de ces réseaux.

### NOUVELLE LABELLISATION DES CANCÉROPÔLES ET MISE EN PLACE D'UN COP

Les 7 cancéropôles, créés à partir de 2003 lors du premier Plan cancer, sont des structures de coordination des opérateurs de recherche à l'échelle d'une région ou d'une inter-région, et qui exercent leur mission dans un champ disciplinaire unique : la cancérologie. Ils ont été labellisés une première fois par l'INCa en 2011.

Les cancéropôles sont reconduits par le Plan cancer 2014-2019, avec une

adaptation de leurs objectifs et de leurs missions. En 2014, l'INCa a organisé une nouvelle procédure de labellisation de ces structures pour la période 2015-2017 (voir interview de C. David-Basei) et formalisé un contrat d'objectif et de performance avec chacun d'entre eux.

### ANIMATION DES STRUCTURES DE COORDINATION DES SOINS

#### RÉSEAUX RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE ET 3C

Depuis 2007, les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) sont reconnus par l'INCa dans le cadre de leurs missions

qui visent à coordonner les acteurs de santé et à améliorer les pratiques en cancérologie au sein de leur région. Les reconnaissances délivrées aux RRC sont en cours de renouvellement pour une durée d'un an afin de permettre la mise à jour du référentiel des missions qui leur incombent (seuls 23



**Global Alliance**  
for Genomics & Health

des 25 réseaux sont concernés par le renouvellement, deux ayant été reconus fin 2012 pour une durée de 5 ans. Une nouvelle procédure de reconnaissance basée sur le nouveau référentiel débutera en 2016.

Une enquête annuelle menée auprès des réseaux et des centres de coordination en cancérologie (3C) permet de suivre, en particulier, l'implémentation des différents dispositifs encadrant la prise en charge des patients atteints de cancers, et plus particulièrement des mesures transversales de qualité. Ces dernières constituent un des trois piliers requis pour qu'un établissement soit autorisé par son ARS à prendre en charge des patients atteints de cancer.

Parmi les éléments notables fin 2011, on peut souligner que plusieurs dispositifs réglementaires n'étaient pas encore généralisés. On relève ainsi qu'un patient sur trois ne bénéficiait pas encore de la consultation médicale d'annonce, que plus de trois sur quatre ne disposaient pas d'un programme personnalisé de soins et que celui-ci n'était transmis informatiquement au médecin traitant que dans un cas sur cinq. À l'inverse, l'augmentation du nombre de dossiers patients présentés en RCP traduit la croissance de ce dispositif socle de la pluridisciplinarité, et près de deux RRC sur trois ont mis en œuvre des actions d'évaluation visant à améliorer la qualité des pratiques en cancérologie au

cours de l'année. Parmi les pistes restant à développer, la médecine de ville et le secteur médico-social doivent être davantage intégrés et pris en compte dans les réflexions et les actions conduites par les RRC.

#### PROJET PILOTE D'UN RÉFÉRENTIEL NATIONAL

Le Plan cancer 2014-2019 appelle à mettre en place un dispositif national piloté par l'INCa permettant de gagner en cohérence et en efficacité par une coordination accrue des différents producteurs de recommandations et de référentiels de bonne pratique. Cette coordination vise à la complémentarité des productions pour aboutir au niveau national à la définition de bonnes pratiques, cancer par cancer, régulièrement actualisées : le référentiel national de RCP. En répartissant l'effort et en clarifiant les rôles, cette coordination doit dégager des marges de manœuvre à réinvestir dans la mise en œuvre et l'évaluation de l'impact de ces outils sur les pratiques, jusqu'ici peu réalisées.

Le projet pilote de référentiel national de RCP pour la prise en charge des patients atteints de cancers bronchiques à petites cellules et non à petites cellules s'est ainsi appuyé sur l'expérience des référentiels interrégionaux afin d'amener l'ensemble des réseaux régionaux de cancérologie, et les professionnels de santé qu'ils soutiennent, à produire un outil

national unique (voir page 34). Ce projet pilote porté par l'INCa et par les réseaux régionaux à travers la CRC et l'ACORESCA s'inscrit dans le cadre du dispositif national décrit ci-dessus.

À l'issue de l'analyse de la démarche mise en œuvre dans le cadre du projet pilote de ce référentiel national en 2014, il est prévu d'assurer l'accompagnement de trois nouveaux référentiels nationaux au cours de l'année 2015, coordonnés par les réseaux régionaux de cancérologie, en lien avec les sociétés savantes. Ils participent à l'harmonisation des pratiques sur le territoire.

### COOPÉRATIONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

#### EUROPE

Le partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC) a pris fin début 2014. Cette initiative ambitieuse a mobilisé les 28 pays de l'Union. L'INCa a joué un rôle essentiel dans le domaine des cancers rares d'une part, en plaidant en faveur de réseaux multidisciplinaires et en étudiant la faisabilité d'une harmonisation des directives cliniques; dans la coordination de la recherche d'autre part, en proposant une approche innovante basée sur le modèle français du réseau des CLIP<sup>2</sup>.

CanCon est une action conjointe européenne faisant suite à EPAAC. Son



## INTERVIEW

**Christine Berling**, responsable du département des Relations internationales

**Concrètement, quelles actions ont été décidées lors de la réunion des financeurs de la recherche ?**

- Dans le domaine du tabac, il a été acté la création d'un consortium international de recherche pour la lutte antitabac et des actions de recherche sur les cigarettes électroniques.
- Contre les cancers liés aux HPV, les participants souhaitent étudier l'utilité relative des différents outils existants (vaccination, dépistage, diagnostic), et de leur combinaison, selon les situations épidémiologiques et les systèmes de santé des différents pays.
- Des méthodes d'enquête sur les habitudes alimentaires doivent être définies pour la recherche en nutrition et l'évaluation des interventions en santé publique, notamment en Afrique, Moyen-Orient, Asie et Amérique Latine.
- Face aux problèmes techniques et juridiques pour partager les données de la recherche génomique, le groupe préconise de soutenir l'Alliance globale qui travaille à l'interopérabilité des données de bioinformatique.
- Pour favoriser le développement de médicaments pédiatriques, le groupe devrait formuler des questions de recherche clinique pouvant faire l'objet d'essais internationaux, tout en identifiant les obstacles potentiels, réglementaires ou autres, qui nécessitent un travail d'harmonisation



**TRANSCAN**  
ERA-NET on Translational Cancer Research

objectif est de développer un guide européen améliorant la qualité de la prise en charge du cancer traitant du dépistage, des modèles de soins intégratifs en réseaux, des soins primaires, de la vie après un cancer et

de la réadaptation, des soins de support et palliatifs. L'INCa est leader du groupe de travail « vie après le cancer et réadaptation ». Les travaux ont commencé par la consultation d'experts européens et porteront en 2015

sur le processus de détection précoce des besoins des patients et un plan de réadaptation personnalisé.

Le troisième appel à projets de l'ERANET TRANSCAN portait sur la recherche translationnelle et prévention tertiaire. La poursuite de TRANSCAN dans le cadre d'Horizon 2020 a été préparée et actée fin 2014. Le premier appel à projets de TRANSCAN 2 s'intitule "Translational research on human tumour heterogeneity to overcome recurrence and resistance to therapy". La Commission européenne contribuera aux financements des projets de recherche sélectionnés à hauteur de 33 %.

#### INTERNATIONAL

L'INCa a participé aux travaux du Comité exécutif de l'Alliance globale pour la génomique et la santé visant à préciser les missions, activités et modèle de gouvernance de celle-ci, ainsi que le rôle de ses membres. L'objectif de l'Alliance est de promouvoir un cadre réglementaire harmonisé pour un partage responsable des données génomiques et cliniques. Quatre groupes de travail élaborent des recommandations sur les données génomiques, la sécurité, la réglementation et l'éthique et les données cliniques.

Depuis 2008, l'INCa coordonne et soutient la participation française au Consortium international de génomique du cancer (ICGC), dont l'objectif est de réaliser le séquençage de plus de 70 types et/ou sous-types de tumeurs et de permettre ainsi le développement d'outils de prévention, diagnostic et traitement. L'INCa assure actuellement avec l'ITMO Cancer/Aviesan le financement de huit projets. Deux nouveaux projets



ont été lancés en 2014: le léiomyosarcome et la leucémie polymphocytaire B. En juillet, l'INCa et l'ITMO Cancer ont rassemblé les coordonnateurs des projets français pour faire un point et partager sur l'état d'avancement des projets et les perspectives scientifiques.

#### COOPÉRATION AVEC LES PAYS DU SUD

L'INCa soutient un programme de recherche au Laos avec la Fondation Mérieux sur le rapport coût-efficacité des méthodes de dépistage des lésions du col de l'utérus, afin d'accompagner la mise en œuvre des recommandations internationales de lutte contre ce cancer fréquent.

Les travaux préparatoires ont eu lieu pour la mise en place d'un consortium de recherche et lutte contre le cancer du col de l'utérus impliquant le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Gabon, le Cameroun et Madagascar. Les protocoles de recherche ont été élaborés. Cette action vise à créer un modèle de travail collaboratif multidisciplinaire dans la lutte contre le cancer du col utérin. Il s'agit du premier consortium de lutte contre le cancer en Afrique francophone.

Un bilan de la convention de coopération avec les autorités de santé du Sénégal a été réalisé, afin de préparer son renouvellement. Un financement a été apporté pour le développement

de formations en français, destinées au hub africain de l'initiative mondiale pour le développement des registres du cancer (GICR), coordonnée par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)

La première réunion préfiguratrice d'un réseau collaboratif francophone de recherche sur le cancer de la prostate incluant des équipes de France métropolitaine, des Antilles et d'Afrique subsaharienne a eu lieu à l'INCa en novembre. L'objectif est d'étudier la part des risques génétiques et environnementaux dans ce cancer fréquent chez les hommes d'origine africaine.

#### INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LES CANCERS RARES (IRCI)

L'INCa a participé à deux réunions de coordination d'IRCI et a présenté le concept aux réseaux nationaux de prise en charge des cancers rares et groupes de recherche clinique afin de les inciter à s'engager dans des études conjointes avec les pays membres d'IRCI.

#### RÉUNION DES FINANCEURS DE LA RECHERCHE

Quarante-six dirigeants d'organisations finançant la recherche sur le cancer venant de 23 pays se sont réunis à l'INCa en janvier pour discuter des priorités de recherche dans la lutte contre le cancer, dans cinq domaines en particulier: la lutte antitabac, la lutte contre le cancer du col de l'utérus et d'autres cancers liés au papillomavirus humain, la nutrition, la génomique et le partage des données, les essais cliniques internationaux et l'accès aux médicaments, en particulier pour les enfants (voir interview de C. Berling, page 55).

## INTERNATIONAL CARTE DES COOPÉRATIONS

### ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

- > **CCLAT** < Convention-cadre pour la lutte antitabac
- > **OMS** < Financement/participation aux travaux
- > **CIRC** < Siège au comité des directeurs
- > **GICR** < Initiative globale pour le développement des registres du cancer

### AGENCE INTERNATIONALE DE L'ÉNERGIE ATOMIQUE

- > **AIEA – PACT** < Soutien à l'élaboration de programmes nationaux de lutte contre le cancer

### ÉTATS-UNIS - NCI

**CTEP** : ESSAIS CLINIQUES DE PHASE PRÉCOCE

**COORDINATION/  
GLOBAL HEALTH** :  
COOPÉRATION  
AVEC LES PAYS À FAIBLES  
ET MOYENS REVENUS

### CONSORTIUMS INTERNATIONAUX

- > **ICGC** < Consortium international de génomique du cancer
- > **GLOBAL ALLIANCE** < Partage des données génomiques et cliniques
- > **ICRP** < Partenariat international de la recherche sur le cancer
- > **ICISG** < l'International Cancer Information Service Group
- > **IRCIC** < Initiative Internationale Cancers rares (recherche clinique)

### CONSORTIUMS EUROPÉENS

**TRANSCAN** : RECHERCHE  
TRANSLATIONNELLE :  
25 PARTENAIRES, 19 PAYS

**EPAAC** : PARTENARIAT EUROPÉEN  
DE LUTTE CONTRE LE CANCER :  
36 PARTENAIRES, 27 PAYS

**BASIS** : RECHERCHE : BREAST CANCER SOMATIC  
GENETIC STUDY : 13 PARTENAIRES, 8 PAYS

**CSA PERMED** : MÉDECINE PERSONNALISÉE :  
30 PARTENAIRES, 16 PAYS

**CANCON** : RECOMMANDATIONS  
EUROPÉENNES POUR L'AMÉLIORATION  
DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN  
CHARGE DU CANCER :  
26 PARTENAIRES

### ASIE THAÏLANDE/LAOS

RECHERCHE/SANTÉ  
PUBLIQUE

CANCER DU COL DE  
L'UTÉRUS (HPV/VIH)

### AFRIQUE

**SÉNÉGAL** : ACCORD DE  
COOPÉRATION, RECHERCHE,  
COORDINATION, FORMATION,  
RENFORCEMENT DE CAPACITÉS

**CÔTE D'IVOIRE** : ACCORD  
DE COOPÉRATION, SANTÉ PUBLIQUE/  
RECHERCHE/FORMATION

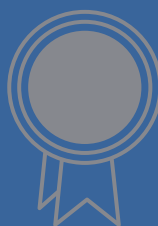
**MAURITANIE** : ACCORD DE COOPÉRATION,  
FORMATION

**COORDINATION AVEC AORTIC  
POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN  
CONSORTIUM HPV/CANCER  
DU COL DE L'UTÉRUS**

# 9

## ENGAGEMENTS DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

---



## Conformément à son projet d'établissement, l'Institut développe des procédures systématiques d'évaluation et accroît l'implication de ses parties prenantes

### DÉMARCHE D'ÉVALUATION

Le réseau Évaluation regroupe des référents des différents pôles et directions de l'Institut. Sa mission est de mener une démarche d'évaluation dès la conception des actions, dans le but d'améliorer leur pilotage, voir de les réorienter si nécessaire.

En 2014, le réseau Évaluation a été fortement mobilisé afin d'identifier et de proposer des indicateurs pour l'évaluation du Plan cancer 2014-2019. Il a défini la méthode de travail et proposé une série d'indicateurs qui ont été discutés et complétés par les acteurs de l'INCa, ainsi que par le comité de suivi du Plan cancer qui les a validés.

Parallèlement, le réseau a travaillé sur les évaluations des structures directement ou indirectement gérées par l'Institut. Il peut s'agir de structures en lien avec l'observation (registres des cancers), la prévention (structures de gestion des dépistages), les soins (réseaux régionaux de cancérologies) ou la recherche (tumorothèques, cancéropôles par exemple). Pour cela une dizaine d'entretiens semi-directifs ont été conduits. Ce

travail conduira à la rédaction d'un guide pratique destiné aux collaborateurs de l'Institut, afin qu'ils aient connaissance des évaluations déjà conduites, des principales méthodes pouvant être appliquées (audit externe, mise en place d'indicateurs et de tableaux de bord, procédure de labellisation...) et qu'ils puissent identifier des personnes ressources. Ce travail sera complété par une analyse des méthodes et actions conduites par d'autres instituts français et étrangers.

Le réseau s'est aussi mobilisé autour d'un axe transversal et primordial pour l'Institut, la mise en place d'une gouvernance des référentiels. Celle-ci permettra l'installation de référentiels partagés implémentés au sein

des différentes applications (Gipsi, annuaire des contacts, portail de données du cancer...). Pour ce faire, un premier état des lieux a été conduit avec l'aide d'un prestataire spécialisé, aboutissant à la définition des principes et à la mise en place de la gouvernance. Un référentiel-type et sa procédure de gestion ont également été élaborés.

### FAVORISER L'APPROPRIATION DES PRODUCTIONS ET DES MESSAGES DE L'INCa

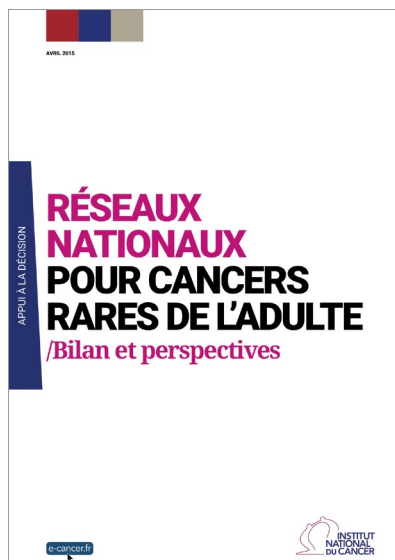
L'année 2014 a été consacrée à la volonté de rendre l'information sur les cancers toujours plus accessible, complète et utile à chacun. L'Institut a renouvelé sa stratégie éditoriale et digi-

e-cancer.fr

  
6 219 792  
Visites

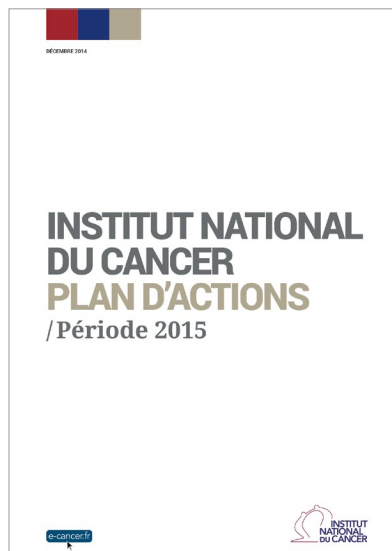
  
225 399  
Fans

  
5 850  
Abonnés



tales : les collections ont été clarifiées pour une lisibilité et accessibilité renforcées (voir interview de G. Lalu, ci-contre). Les contenus web ont été revus pour favoriser des formats simples : sur le site e-cancer sont désormais disponibles des datavisualisations, vidéos pédagogiques, infographies, PDF interactifs. L'effort a particulièrement porté sur la rubrique dédiée à la prévention et aux facteurs de risques de cancers, avec parmi eux le tabac. Une infographie a également informé nos publics sur les actions de soutien à la recherche.

En matière de dépistage ont été réalisées des vidéos pédagogiques pour informer les femmes au plus près de leurs attentes sur les modalités de dépistages du cancer du sein. L'Institut a développé son activité sur les réseaux sociaux pour élargir la visibilité des informations et expertises et favoriser le dialogue direct avec ses usagers : des formats du type « Le saviez-vous ? » ont ainsi rythmé l'année.



Quelques exemples de nouvelles couvertures, correspondant à la nouvelle charte graphique des publications de l'INCa.  
Collections : appui à la décision, les données, état des lieux et des connaissances et rapports institutionnels.

Enfin, l'Institut s'est doté d'une base de données contacts et riche de plus de 4000 contacts permettant de valoriser précisément ses productions

auprès des destinataires qui en ont besoin pour leur pratique professionnelle ou leur quotidien.

#### VISIBILITÉ ACCRUE PAR LES RELATIONS PRESSE

Entre juillet 2013 et juin 2014, les contenus élaborés par l'INCa ont bénéficié d'une couverture médiatique importante et en hausse avec plus de 1 600 retombées presse (+21 % par rapport à 2012-2013), ce qui représente une moyenne d'environ 130 articles par mois.

Cette médiatisation a permis de transmettre les messages portés par l'Institut à potentiellement 230 millions de personnes via la presse écrite et 80 millions grâce au web. La couverture médiatique de l'INCa est essentiellement grand public (80 %), la presse médicale et professionnelle représentant 20 % de la médiatisation totale. Onze communiqués de presse ont été publiés et 6 conférences/points presse ont été organisés.



La médiatisation a été marquée par des événements majeurs : les campagnes de communication sur les dépistages du cancer du sein (Octobre rose), du col de l'utérus (janvier) et du cancer colorectal (Mars bleu) avec près de 400 retombées presse ; le lancement, en février, du Plan cancer 2014-2019 par le président de la République lors des rencontres annuelles de l'INCa avec plus de 100 retombées ; la médiatisation du rapport « Cancer : la vie deux ans après le diagnostic » en juin avec plus de 80 retombées ; et enfin, une médiatisation des prises de parole de l'Institut en mai autour du congrès de l'ASCO et de la journée de prévention et de dépistage du cancer de la peau.

## POURSUITE DE LA POLITIQUE D'AUDITS INTERNES ET FINANCIERS

### AUDITS INTERNES

En 2014, les travaux d'audit interne ont porté à la fois sur des audits de subventions accordées aux organismes bénéficiaires de financements (audits de projets et de structures) et sur des audits de processus internes ciblés. Le plan d'audit 2014 prévoyant 15 audits de conventions a été réalisé dans son intégralité, pour un montant de subventions audité de 3,9 millions d'euros soit 6 % de l'indicateur COP (fixé à 5 %). Parallèlement, des audits de processus ont été réalisés



## INTERVIEW

**Géraldine Lalu**, chargée de projets valorisation, direction de la Communication et de l'information

### Quelles sont les actions conduites pour valoriser les productions ?

Nous avons mené une réflexion sur l'évolution de nos productions pour mieux répondre aux besoins de nos publics. Notre priorité : penser nos contenus pour le web et les diffuser en fonction des attentes de nos publics. Cette évolution nous a amenés à produire de nouveaux formats (infographies, PDF interactifs) ; à revoir nos collections afin de permettre à nos publics d'en comprendre plus immédiatement l'objectif ; à mieux cibler les points de contacts avec nos publics (salons, congrès, revues scientifiques...) ; à qualifier nos fichiers et à évaluer chaque plan de valorisation. Nous avons développé des outils plus performants et notamment une base de contacts.

Nous nous appuyons aussi sur une organisation interne plus transversale : un comité des expertises et des productions en amont et en aval de chaque production une « cellule valorisation » associant l'ensemble des compétences à mobiliser pour s'assurer que les productions de l'Institut atteignent les publics auxquels elles s'adressent et soient utiles.

afin d'examiner l'environnement de contrôle interne en place et de s'assurer du respect des bonnes pratiques (audits des processus de frais de mission, d'indemnisation des experts, intervention et achats hors marchés existants). Des plans de suivi des recommandations ont été mis en œuvre par les différentes directions impactées.

#### AUDITS EXTERNES

Des audits intermédiaires ont été menés à l'automne 2014 par le Commissaire aux comptes, soulignant les faits significatifs récents tels que le nouveau décret financier GBCP et proposant des mesures d'amélioration pour les processus audités.

### DÉPLOIEMENT DU CONTRÔLE INTERNE ET DE LA MAÎTRISE DES RISQUES

Le dispositif de contrôle interne connaît une montée en puissance régulière dans le but d'atteindre à moyen terme une maturité suffisante, pour prévenir les risques opérationnels et stratégiques. Une charte de contrôle interne a été validée par le Comité d'audit avec pour ambition de définir une organisation du contrôle interne et de la maîtrise des risques. Les acteurs, leurs rôles respectifs et responsabilités ont été précisés.

Concrètement, l'année 2014 a permis de mettre en œuvre le plan d'action de contrôle interne et maîtrise des risques issus de la cartographie des risques transversale élaborée en novembre 2013. Le plan comptabilise 29 risques : les actions engagées sont instruites concomitamment par le Codir, pour les risques stratégiques et

par le Comité de contrôle interne et de maîtrise des risques pour les risques opérationnels.

Afin d'apporter une vision globale à la démarche de sécurisation des processus de l'INCa, une stratégie d'optimisation a été élaborée en décembre 2014, dans l'optique de consolider à horizon 2015, l'environnement de contrôle interne et d'optimiser le processus majeur de l'Institut (processus de financement des projets). Il s'agira en substance de mettre à jour la cartographie des activités, de déployer un dispositif de contrôle permanent et de modéliser les activités liées au processus appels à projets/hors appels à projets, en accélérant le processus par la réduction des temps sans valeur ajoutée.

### RESSOURCES HUMAINES

L'année 2014 a été marquée par la mise en place d'un nouveau système d'information des ressources humaines. La politique de la formation de l'Institut a accompagné le développement des compétences managériales et des compétences d'expertise. Le dispositif a favorisé la construction d'une culture managériale commune et apporté des points de repères théoriques. Il a permis aux managers de se rencontrer régulièrement, lors de séminaires et de modules de formation tronc commun (obligatoire) et spécifiques. Il a été déployé pour les membres du comité de direction d'une part, avec une spécificité liée à leur positionnement, et d'autre part, pour le management intermédiaire.

Le module tronc commun constitue les bases fondamentales et communes au management tel qu'il est souhaité

à l'Institut, il repose sur les valeurs de la charte. Chaque manager a ensuite identifié les thématiques qu'il souhaitait optimiser parmi celles proposées.

Les thématiques retenues en 2014 ont été déployées jusqu'à la fin de l'année. Ce dispositif sera poursuivi en 2015.

### DÉMOCRATIE SANITAIRE ET MOBILISATION DES ACTEURS

Constitué en 2013, le Comité des usagers et des professionnels (Comup) a poursuivi en 2014 ses échanges avec les équipes de l'Institut. Ses membres ont ainsi été amenés à faire part de leur expérience et de leur avis sur différents sujets, tels que le plan d'actions pour lutter contre les cancers de l'enfant, le juste équilibre entre la qualité, la sécurité et la proximité des centres de soins, le développement du dossier communicant en cancérologie ou encore l'information du public sur les facteurs de risque de cancer et le dépistage du cancer du sein.

Trois sous-groupes constitués fin 2013 au sein du Comup ont travaillé sur des thèmes spécifiques : fin de vie et soins palliatifs en cancérologie, cancer et emploi, et l'impact économique de la maladie pour les personnes touchées et leurs familles. La restitution de ces travaux a donné lieu d'une part, à une réunion de travail de l'instance avec les responsables des actions du Plan cancer dédiées à l'emploi au sein du ministère du Travail et du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact-Aract), et d'autre part, à une prise en compte des recommandations émises par le Comup dans le plan d'actions de l'Institut.



En réponse à l'objectif du Plan cancer qui vise au déploiement de la démocratie sanitaire et scientifique, l'Institut a nommé un représentant des usagers au sein de son Comité de déontologie et d'éthique, et deux représentantes au sein de son Conseil scientifique. Conformément aux engagements de son projet d'établissement, l'Institut a poursuivi l'implication de ses parties prenantes dans le cadrage et la mise en œuvre de ses actions, en particulier à travers la sollicitation des associations et des sociétés savantes

concernées en amont de la production des expertises et recommandations de bonnes pratiques. L'Institut a également engagé un dialogue avec ses partenaires, membres du GIP ou organismes intervenant dans le champ du cancer, sur les modalités de coopération avec les usagers du système de santé. Ainsi, l'appel à candidatures pour la labellisation d'intergroupes coopérateurs de recherche clinique mené en 2014 demandait aux candidats d'inclure des représentants des patients dans leur conseil scientifique.



## INTERVIEW

**Dominique David,  
Estelle Lecoïnte,**  
membres du Comup

**Qu'attendez-vous de votre participation en tant que représentantes des usagers au conseil scientifique de l'INCa ?**

**D. David :** Siéger au sein du conseil scientifique constitue une formidable opportunité de porter la voix des usagers au plus haut niveau, de leur permettre de jouer, à travers nous, un rôle véritablement participatif dans l'élaboration des politiques de recherche menées par l'INCa.

**E. Lecoïnte :** Il nous appartient de veiller à ce que les sujets abordés dans le cadre du conseil scientifique ne s'attachent pas uniquement à répondre à des questions d'ordre purement scientifique ou ayant vocation à préserver les intérêts des institutions représentées. Il nous importe que les axes suggérés soient conformes aux besoins des usagers et à leur réalité quotidienne.

**D. David :** En octroyant deux sièges aux usagers dans une instance jusqu'ici réservée à une élite scientifique de renommée internationale, l'INCa témoigne d'une volonté de faire évoluer les mentalités au plus haut niveau et de montrer que la participation des usagers est loin d'être incompatible et contre-productive.

**E. Lecoïnte :** L'intégration de représentants d'usagers dans ce type d'instance peut, au contraire, apporter une grande valeur ajoutée aux décisions longtemps prises dans le secret des dieux

# 10

## LES RÉPONSES AUX SAISINES

---



## Motivées par des enjeux de santé publique ou stratégiques, les saisines ministérielles en lien avec le cancer appellent des réponses fiables et rapides de la part de l'Institut

Chaque année, l'Institut national du cancer conçoit son plan d'actions de façon à organiser la mise en œuvre des engagements du Plan cancer et de ses missions récurrentes. Au-delà des activités programmées et prévisibles, l'Institut répond en cours d'année à de nombreuses sollicitations correspondant à de besoins émergents, exprimés par les acteurs de la lutte contre les cancers ou ses parties prenantes, au premier rang desquels les saisines ministérielles en lien avec le cancer.

Certaines de ces saisines ministérielles nécessitent la production d'une expertise sur une question particulière. À titre d'exemple, en 2014, l'INCa s'est mobilisé afin de recueillir, selon une méthode de travail commune, l'avis d'experts dans le cadre de trois saisines ministérielles urgentes :

- saisine sur la surveillance et la prise en charge des femmes porteuses d'implants mammaires au regard du risque de cancer;
- saisine pour des protocoles de suivi médical pour des personnes exposées de manière prolongée à une concentration élevée de radon dans l'air, dans une maison construite sur des stériles et résidus de minerais d'uranium;
- saisine sur les indications de la tomosynthèse et la place de cette tech-

nique d'investigation dans la stratégie de détection des cancers du sein.

### SAISINE « IMPLANTS MAMMAIRES »

À la demande de la Direction générale de la santé (DGS) et au regard des données actualisées de matériovigilance et des données publiées, l'Institut national du cancer a réuni un groupe d'experts pour actualiser les conduites à tenir par les professionnels de santé auprès des femmes porteuses d'implants mammaires. Cette demande intervenait deux ans après la constitution d'un premier groupe réuni en décembre 2011 suite aux problèmes de sécurité liés aux implants de la marque PIP.

Par rapport à 2011, en 2014, le groupe d'experts s'est prononcé sur l'ensemble des implants mammaires, indépendamment de leur marque (PIP ou autre). L'avis d'experts a permis de formaliser, au regard des risques de cancer, les éléments de conduite à tenir faisant consensus.

Les travaux ont mobilisé les équipes de l'Ansm, et des représentants d'associations de femmes porteuses d'implants

mammaires PIP et de femmes atteintes de cancer du sein, ainsi qu'un groupe composé de 13 experts, anatomopathologistes, chirurgiens, oncologues et radiologues. Plusieurs départements de l'INCa ont contribué à ces travaux pour recueillir l'avis des patientes, estimer l'excès de risque carcinologique, interfacer avec le réseau expert national de double lecture des lymphomes et élaborer l'avis d'experts sur la base des données disponibles et des discussions du groupe réuni. En mars 2014, au regard des données disponibles, les experts confirment l'absence de sur-risque de cancer du sein pour les femmes porteuses d'implants mammaires, mais confirment un sur-risque de lymphome anaplasique à grandes cellules de localisation mammaire (LAGC-AIM), pathologie qui semble extrêmement rare et d'évolution favorable dans la majorité des cas.

Les travaux font également apparaître un besoin complémentaire d'expertise relative à la surveillance du risque de rupture chez les femmes porteuses d'implants mammaires non PIP et un besoin d'information accru des femmes qui envisagent la pose d'implants mammaires par les profession-



nels de santé impliqués dans la démarche. Le 6 mai 2014, l'INCa et l'Ansm ont publié conjointement l'avis des experts (e-cancer.fr).

Les autorités sanitaires restent en alerte sur ce sujet. Ainsi, à la suite du recensement de nouveaux cas de LAGC-AIM durant l'année 2014, la DGS a de nouveau sollicité l'INCa début 2015 et un groupe d'experts a été réuni par l'Institut pour procéder à l'analyse des nouvelles données disponibles. Un avis d'experts spécifique aux LAGC-AIM a été diffusé au mois de mars 2015 aux professionnels concernés et aux associations de femmes porteuses de prothèses mammaires. Il précise notamment la conduite à tenir chez des femmes porteuses d'implants mam-

maires en cas de suspicion de LAGC-AIM et en cas de diagnostic avéré. Le suivi et l'information des femmes porteuses d'implants mammaires y sont également ré-abordés dans ce contexte.

### SAISINE « RADON »

Le 30 avril 2014, en réponse à une saisine de la DGS du 16 avril, l'INCa a réuni en urgence un groupe de 19 experts, chargé de formuler des propositions de suivi médical pour des personnes, adultes et enfants, exposées de manière prolongée à une concentration très élevée de radon dans l'air d'une maison construite sur des déchets issus d'anciennes mines d'uranium, dans une commune de la Haute-Vienne.

La composition du groupe d'experts a permis de mobiliser des professionnels ayant des compétences en épidémiologie des risques associés aux rayonnements ionisants ainsi que des professionnels ayant des compétences en radioprotec-



tion, en pneumologie et en hématologie tant chez l'enfant que chez l'adulte.

Plusieurs départements de l'INCa sont intervenus et ont mutualisé leurs compétences relatives aux actions de prévention, de recherche en épidémiologie, et pour l'élaboration de l'avis d'experts sur la base des données disponibles et des discussions du groupe réuni. Sur le fondement de l'évaluation des risques sanitaires réalisée par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et des données de la littérature, le groupe d'experts a rendu un avis limitant le suivi médical aux seules personnes exposées au radon dans cette maison et précisé que l'avis rendu ne peut s'appliquer en l'état à d'autres situations d'exposition au radon. S'agissant potentiellement de risques à long terme pour les personnes exposées dans l'enfance, il est souligné que l'avis repose sur l'état actuel des connaissances et qu'il devra nécessairement être réévalué dans le temps.

Cet avis, ainsi que les travaux sur les risques individuels conduits par l'IRSN, ont permis à l'Agence régionale de santé du Limousin d'informer les personnes concernées, ainsi que leurs médecins traitants, et de mettre en place les suivis médicaux adaptés. L'INCa a publié sur son site internet le 2 juin l'avis des experts (e-cancer.fr).

## Une méthode de travail commune : l'avis d'experts

Cette méthode permet de répondre aux tutelles de façon concrète et dans le temps imparti :

#### En amont de la réunion :

- Analyse et mise à disposition des experts d'une liste de références bibliographiques et de documents utiles réalisés par l'INCa ou ses partenaires (analyses épidémiologiques, consultation des parties prenantes, données de matériovigilance...)

#### Réunion du groupe d'experts en séance plénière :

- Le groupe d'experts formule son avis, au regard des données à sa disposition et

de son expérience. L'avis d'experts formalise ce qui fait consensus. Les points de débat sont notés en tant que tels.

#### Traçabilité et indépendance de l'expertise :

- Recueil et analyse des déclarations d'intérêts (DPI) des experts
- Enregistrement des débats
- Publication de la composition du groupe d'experts et de la DPI de chaque membre sur le site internet de l'INCa

#### En aval de la réunion :

- Une proposition d'avis est soumise aux experts pour commentaires
- Validation institutionnelle du document



### SAISINE « TOMOSYNTHÈSE »

La tomosynthèse est une nouvelle technologie d'imagerie du sein en trois dimensions. Elle se déploie actuellement en France pour des actes de dépistage, de diagnostic ou de suivi du cancer du sein. Début 2014, l'INCa est saisi par la DGS afin d'émettre un avis sur la performance clinique de la tomosynthèse, la dose délivrée, et sa potentielle intégration dans le programme national de dépistage organisé du cancer du sein. L'Ansm, pour

le contrôle qualité de la technologie, et la HAS, pour l'évaluation de l'acte, sont également sollicitées.

La réunion plénière du groupe d'experts a lieu le 28 avril 2014, permettant la rédaction d'une note de position et de préconisations. Malgré des données encore peu importantes et relatives à une seule marque d'appareil, la tomosynthèse se révèle plus performante que la technique de mammographie standard. L'intégration de la tomosynthèse dans le programme de dépistage organisé est envisageable à moyen terme, sous réserve d'expérimentations préalables et de travaux complémentaires, mis en place dès 2015 (voir interview de F. Lançon). Les nombreuses études en cours font l'objet d'une veille scientifique et technologique ad hoc.



## INTERVIEW

**Florian Lançon**, chef de projets,  
département Dépistage

### Quelles suites seront données aux travaux sur la tomosynthèse ?

Pour faire suite à l'élaboration de la note de position, en 2014, sur la place de la tomosynthèse dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein, l'Institut national du cancer va lancer en 2015 un appel à projets en vue d'accompagner l'évaluation et le développement. Il s'agira de soutenir des projets d'expérimentation et/ou de modélisation qui permettront de préciser la place et les conditions optimales d'utilisation de cette technologie dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer du sein, tout en prenant en compte ses spécificités.

L'objectif sera d'obtenir notamment des informations sur la faisabilité de son intégration dans ce programme et sur les éventuelles évolutions organisationnelles à apporter au dispositif actuel.

En particulier seront attendues des réponses aux questions relatives à la pertinence ou non de maintenir une seconde lecture (et, le cas échéant, selon quelles modalités), à la fréquence optimale des examens ainsi qu'à l'impact potentiel de la tomosynthèse en termes de morbi-mortalité.

**HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# 11

## PRÉPARATION DU COP 2015-2018

---



## Le contrat d'objectifs et de performance (COP) entre l'État et l'INCa est arrivé à échéance fin 2014. Le prochain COP devra couvrir la période 2015-2018 et sera adopté en 2015

L'INCa a lancé dès le mois d'octobre 2014 une démarche pour réaliser l'analyse critique du COP et être force de proposition vis-à-vis des tutelles. Des réunions de travail ont été organisées avec l'ensemble des directions de l'Institut pour permettre à toutes les parties prenantes internes de s'exprimer sur la mise en oeuvre du COP 2011-2014 et de proposer des axes de structuration du COP 2015-2018.

À l'issue des travaux réalisés en interne, un projet de COP a été établi. Il s'inscrit dans le cadre des objectifs et des priorités fixés par le troisième Plan cancer et des orientations de l'agenda stratégique de la recherche et de la Stratégie nationale de santé.

Il est conforme aux préconisations émises en matière de gouvernance et de gestion de l'Institut et respecte les principes édictés dans le guide méthodologique pour la construction de contrats d'objectifs et de performance de mai 2014.

Il vise à conforter le positionnement de l'INCa, agence d'expertise sanitaire et scientifique de référence en cancérologie, et tient compte de son rôle de pilote de la mise en oeuvre du Plan cancer 2014-2019, au nom du comité de pilotage interministériel.

Il serait structuré autour de sept objectifs stratégiques :

1. coordonner les acteurs de la lutte contre le cancer au service d'une

action publique cohérente et efficace;

2. anticiper les sujets émergents et conforter la qualité des expertises au service de la connaissance et de l'action;

3. faire émerger l'innovation scientifique, technologique et organisationnelle et favoriser son déploiement;

4. consolider l'approche intégrée de la lutte contre les cancers en articulant les actions de recherche, de prévention, de dépistage et d'organisation des soins, en prenant en compte les inégalités face à la maladie;

5. accroître la pertinence des actions de l'Institut par l'implication des citoyens et des professionnels dans les processus de travail de l'INCa;

6. favoriser l'appropriation des résultats de l'expertise et de l'innovation par les malades, le grand public, les professionnels de santé et les chercheurs;

7. renforcer l'efficacité de l'établissement.

La prochaine étape sera d'échanger début 2015 avec la DGS et la DGRI sur la proposition de rédaction et les indicateurs du nouveau COP.



# 12

## PERSPECTIVES ET PLAN D'ACTIONS 2015

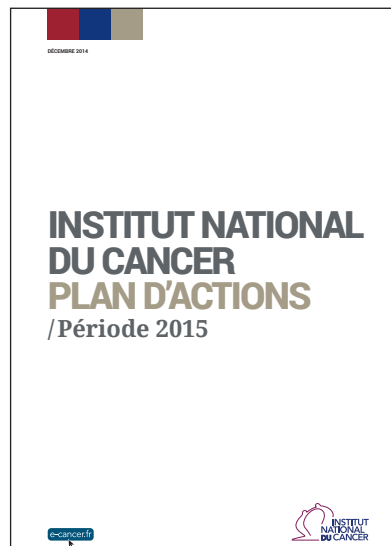
---



En 2015, l'INCa engagera l'ensemble de ses équipes et de ses ressources pour atteindre les objectifs ambitieux portés par le Plan cancer: guérir plus de personnes malades; préserver la qualité et la continuité de vie des personnes atteintes et de leurs familles; investir dans l'avenir grâce à la recherche et à la prévention. Chacune des actions mises en œuvre en 2015, et dont certaines ont été initiées en 2014, concourt à l'atteinte d'un ou plusieurs de ces objectifs.

Pour favoriser la précocité des diagnostics, outre la préparation de la généralisation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, l'Institut expérimentera de nouvelles technologies de dépistage, dans le domaine du cancer du sein (tomosynthèse) et du cancer du poumon (scanner à faible dose). L'accès des patients à l'innovation, et particulièrement aux thérapies ciblées, sera renforcé à travers des essais cliniques portant sur l'analyse de l'exome tumoral.

Dans l'objectif d'améliorer encore la qualité et la sécurité des soins, l'INCa mobilisera les parties prenantes concernées pour définir la prise en charge des cancers et des situations les plus com-



plexes. L'accès des patients aux soins oncologiques de support sera soutenu à travers un appel à projets et un référentiel organisationnel dédiés. Un effort particulier sera mené dans les domaines de la prévention, de la détection et de la prise en charge des séquelles à long terme. Dans le même souci de promouvoir un accompagnement global du patient, l'accent sera mis sur la prévention tertiaire, et en particulier sur l'arrêt du tabac pour les personnes atteintes d'un cancer. La lutte contre le tabac restera en 2015 un axe prioritaire de travail pour l'Institut qui collaborera activement à la mise en œuvre du programme national de réduction du tabagisme.

Dans le domaine de l'épidémiologie des cancers, les données sur la survie des personnes atteintes de cancer seront actualisées, avec, pour la première fois, des statistiques à 15 ans du diagnostic.

Le Plan cancer 2014-2019 porte une attention particulière aux enfants,

adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, pour faire progresser l'accès à l'innovation et améliorer la prise en charge de ces populations, pendant et après la maladie. En 2015, l'INCa a donc souhaité s'attacher tout spécifiquement à la mise en œuvre des actions du Plan qui se rapportent à ces objectifs, en mobilisant l'ensemble des parties prenantes, au premier rang desquels figurent les jeunes malades et leurs familles, et les professionnels qui les accompagnent.

Enfin, l'année 2015 sera une année charnière pour la vie de l'institution. D'une part, ce sera la dernière année de mise en œuvre du projet d'établissement de l'INCa, élaboré de façon collaborative en 2012. Les équipes engageront la réflexion sur sa révision pour développer les grands principes d'actions de l'Institut: approche intégrée de la lutte contre les cancers, déploiement de la démocratie sanitaire, évaluation systématique, qualité et valorisation des productions, et maîtrise des risques. D'autre part, un nouveau contrat d'objectif et de performance (COP) sera signé en 2015 entre l'INCa et l'État pour une durée de quatre ans.

# 13

## ANNEXES

---



**Les finances de l'INCa en 2014**

**Les appels à projets**

**Les publications**

**Organigramme**

**Liste des sigles**

# LES FINANCES DE L'INCa EN 2014

## RECETTES

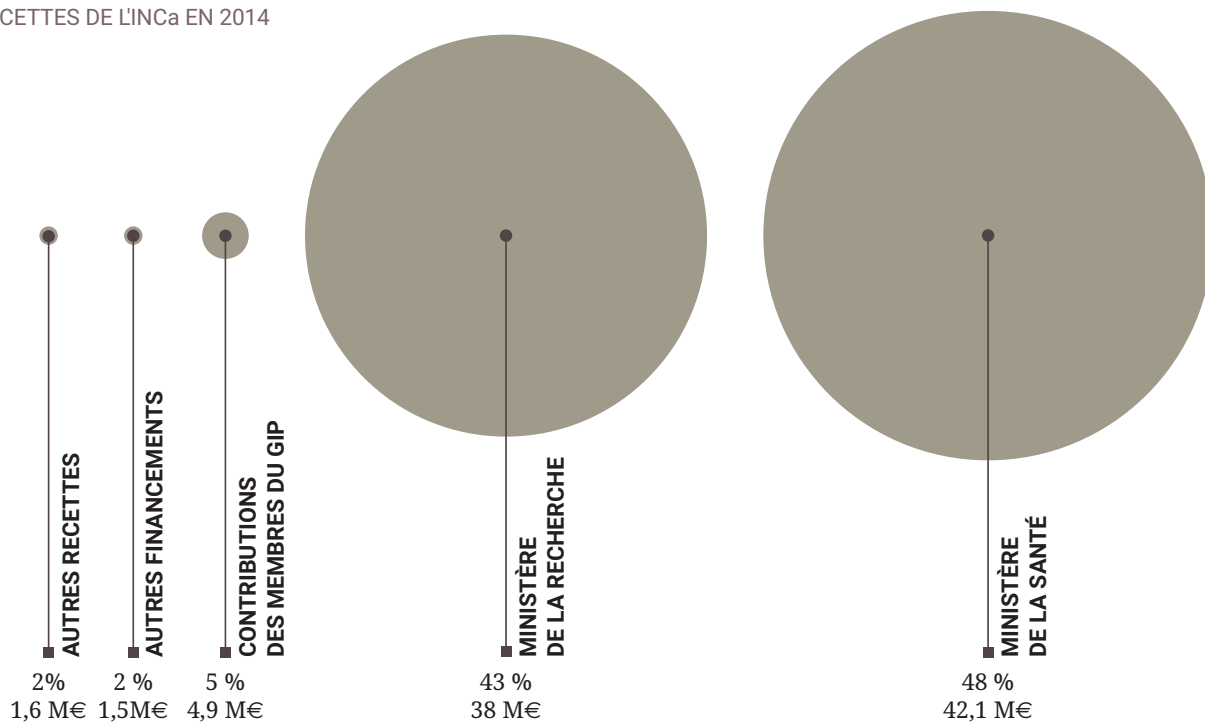
Les recettes constatées pour 2014 s'élevaient à 88,1 millions d'euros. Elles se composent principalement des dotations de l'État (ministères en charge de la santé et de la recherche) qui représentent un total de 80,1 millions d'euros. Par ailleurs, l'Institut a bénéficié de contributions des autres membres du GIP à hauteur de 4,9 mil-

lions d'euros en soutien à ses actions de recherche (PAIR, CLIP<sup>2</sup>), d'information des publics (campagnes d'information sur les dépistages, Cancer info) ou de soins (recommandations aux professionnels de santé). Un financement de 1,2 million d'euros a été apporté par l'InVS à destination des registres du cancer.

## DÉPENSES

Les dépenses 2014 s'élevaient à 86,6 millions d'euros, dont plus des deux tiers ont bénéficié directement à des partenaires sous forme de subventions (dépenses d'intervention). Ainsi, 59,8 millions d'euros ont été consacrés à des versements de subventions, dont 31,6 millions d'euros au titre de subventions accordées antérieurement à

RECETTES DE L'INCa EN 2014



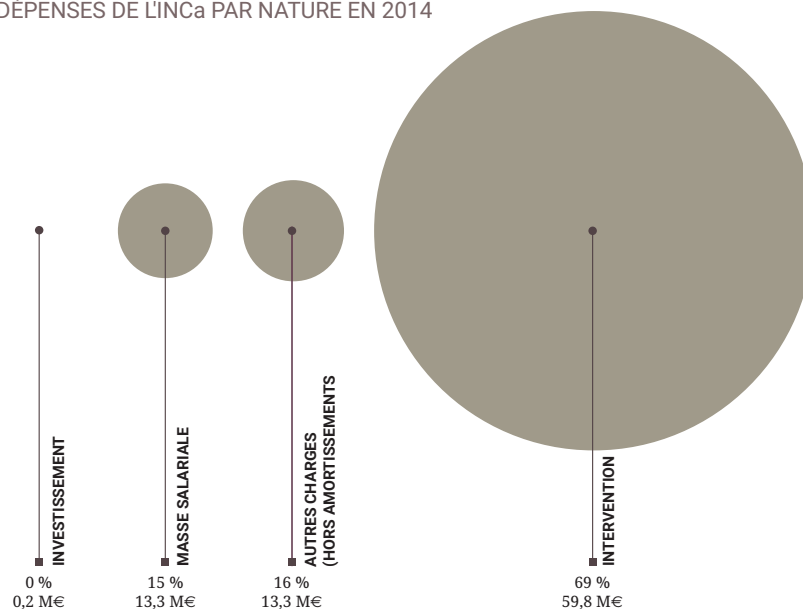
2014. Les subventions les plus significatives allouées en 2014 concernent l'appel à projets libres en biologie et sciences du cancer (20 millions d'euros), le financement des registres (5,6 millions d'euros), le soutien aux actions des plateformes de biologie moléculaires (4,8 millions d'euros), l'appel à projets libres en sciences humaines et sociales, en épidémiologie et en santé publique (4,1 millions d'euros), le PAIR sur les formes précoces du cancer du sein (3,8 millions d'euros) et le financement de nouveaux essais de phases précoces menés par les CLIP<sup>2</sup> (2,3 millions d'euros).

Les autres charges de fonctionnement s'élèvent à 13,3 millions d'euros, dont 2,8 millions d'euros sont directement liés aux campagnes d'information des publics (production, diffusion), 1,7 million d'euros à diverses études dans le domaine du cancer, et 0,9 million d'euros au recours à l'expertise

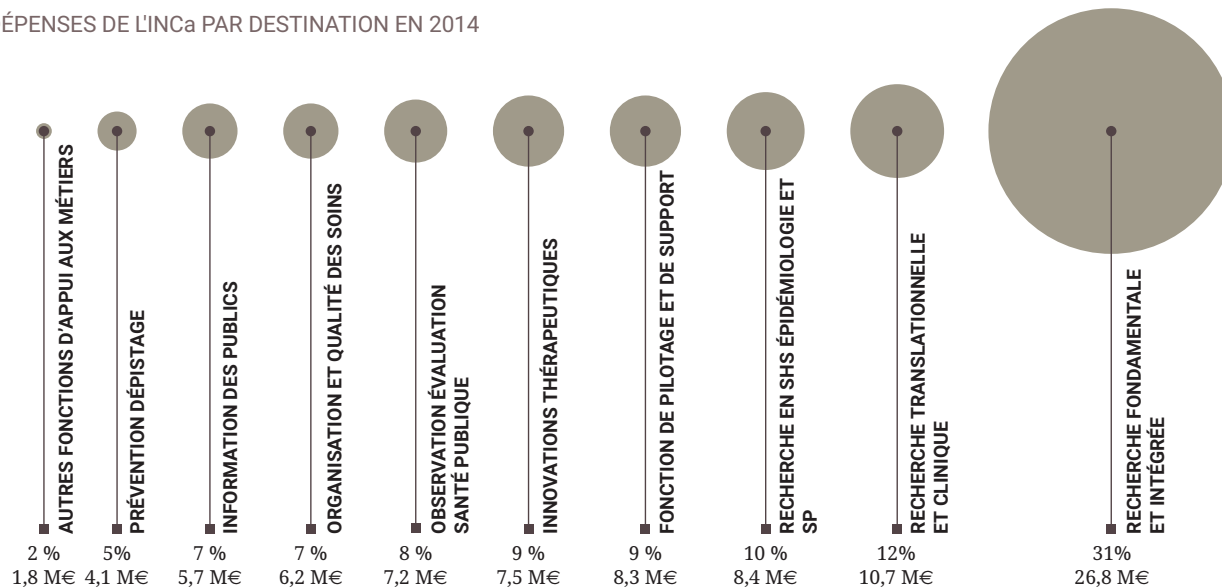
externe (indemnités et frais de missions). Les charges liées au fonctionnement propre de l'Institut (loyer

et charges, maintenances, informatique, télécommunications...) s'élèvent quant à elles à 4,9 millions d'euros.

DÉPENSES DE L'INCa PAR NATURE EN 2014



DÉPENSES DE L'INCa PAR DESTINATION EN 2014



# LES APPELS À PROJETS

2014	AAP/HAP	NB PROJETS/LI DÉPOSÉS	NB PROJETS ÉVALUABLES	NB PROJETS FINANCÉS	MONTANT TOTAL DU FINANCEMENT	MONTANT ATTRIBUÉ PAR INCA	MONTANT ATTRIBUÉ PAR DGOS/INSERM	MONTANT MOYEN PAR PROJET
AAP PÔLE RECHERCHE INNOVATION	PRT-K (Transla)	142	47	16	8533402	5 572 491	2 960 911	533 338
	PREVPRIM	59	58	19	1164504	1 164 504		61 290
	K POLES	7	7	7	21000000	21000000		3000000
	PAIR Sein	45	18	7	3415950	3 415 950		487 993
	SHSESP	102	40	22	4115185	4 115 185		187 054
	PHRC-K	195	86	45	21058060	-	21 058 060	467 957
	PRMEK	17	9	4	976310	-	976 310	244 078
	PLBIO	282	72	38	19967811	19 967 811		525 469
	CLIPP NOVA	21	21	1	689621	689 621		689 621
	CLIPP TASQUI	12	12	1	654396	654 396		654 396
	GC	6	6	3	286000	286 000		95 333
	BIOMAR-QUEURS	28	28	28	3360000	3 360 000		120 000
	TRANSCAN	6	6	6	1252700	1 252 700		208 783
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>922</b>	<b>410</b>	<b>197</b>	<b>86 473 939</b>	<b>61 478 658</b>	<b>24 995 281</b>	<b>438 954</b>
	DEPREV	74	21	11	1188549	1 188 549		108 050
	K RARES	20	20	18			financement perenne	-
	ASSO	36	29	14	500854	500 854		35 775
	ETP Chimio	39	37	8	1174927	1 174 927		146 866
	ETP nutri	19	18	7	317481	317 481		45 354
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>188</b>	<b>125</b>	<b>58</b>	<b>3 181 811</b>	<b>3 181 811</b>	<b>-</b>	<b>54 859</b>
<b>EN COURS</b>	<b>AAP AVEC CIRCUIT RAPORTEURS UNIQUEMENT</b>							
<b>ATTENTION</b>	<b>EXPERTISE = EXPERTISE POUR UN PROJET</b>							
<b>ATTENTION</b>	<b>EXPERT = PEUT RÉALISER PLUSIEURS EXPERTISES</b>							
<b>GLOBAL</b>	<b>18</b>	<b>1 110</b>	<b>535</b>	<b>255</b>	<b>89 655 750</b>	<b>64 660 469</b>	<b>24 995 281</b>	<b>351 591</b>

NB DE SOLLICITATIONS EXPERTISES	NB EXPERTISES RÉELLEMENT EFFECTUÉES FCE	NB EXPERTISES RÉELLEMENT EFFECTUÉES ETR	NB REPORTING FCE	NB REPORTING ETR	MEMBRE DU CE	MEMBRES CE FCE	MEMBRES CE ETR	AUTRES PARTICIPANTS AU COMITÉ	TOTAL EXP/RAPporteur SOLLICITÉS MEMBRES REPRÉSENTANTS PATIENTS COMPRIS	NB EXP/RAP ETR	NB EXP/RAP FR
235	1	97	14	79	24	6	18	1	111	103	8
342	65	48	60	56	18	10	8	1	121	51	70
			0	24	9	0	9	1	10	9	1
140	1	32	0	42	14	0	14	3	47	43	4
331	34	47	55	26	30	20	10	1	107	54	53
426	86	87	65	107	39	15	24	3	211	108	103
44	9	12	7	13	id				32	20	12
444	4	134	52	96	31	10	21	1	123	109	14
			60	0	10	10	0	0	10	0	10
			35	0	7	7	0	0	7	0	7
			6	18	7	2	5	1	8	5	3
nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc				
nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc				
1 962	200	457	354	461	189	80	109	12	787	502	285
81	32	0	37	0	29	29	0	2	50	0	50
			6	36	8	2	6	5	9	6	3
58	58	0	58	0	11	11	0	2	28	0	28
					13	13	0		14	0	14
			36	0	9	9	0	1	10	0	10
139	90	-	137	36	70	64	6	10	111	6	105
<b>UN SEULE COMITÉ D'ÉVALUATION POUR LE PHRC ET PRME</b>											
2 101	290	457	491	497	259	144	115	22	898	508	390

# LES PUBLICATIONS

## BILANS D'ACTIVITÉ ET ÉVALUATION : 8

1. Bilan de l'activité des Centres labellisés INCa de phase précoce (CLIP<sup>2</sup>) 2010-2012  
Activity report of the INCa-designated early-phase clinical trial centres (CLIP<sup>2</sup>) 2010-2012
2. Bilan de la campagne d'information Octobre rose 2013 sur le dépistage organisé du cancer du sein
3. Données des rapports d'activité des tumorothèques. Années 2010-2011
4. Plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers : faits marquants et synthèse d'activité 2013
5. Registre des essais cliniques en cancérologie. Bilan 2007-2012
6. Synthèse de l'activité des plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers en 2012, en vue d'optimiser leur évolution
7. Synthèse de l'activité d'oncogénétique 2012 - Consultations et laboratoires
8. Synthèse de l'activité d'oncogénétique 2013 - Consultations et laboratoires

## DOCUMENTS INSTITUTIONNELS : 4

1. Plan cancer 2014-2019  
Synthèse - Plan cancer 2014-2019  
Summary - Plan cancer 2014-2019
2. Plaquette institutionnelle de l'INCa, en anglais
3. Rapport d'activité 2013

## 4. Rapport scientifique 2013-2014 (français et anglais)

### ÉTATS DES LIEUX ET DES CONNAISSANCES : 6

1. Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008
2. Incidence régionale des cancers 2008-2010: évaluation de trois méthodes d'estimations (analyse et résultats)
3. Les cancers en France - Edition 2013
4. Observatoire national de la radiothérapie - Rapport d'enquête: situation fin 2012 et évolution depuis 2007
5. Rapport intégral - UPA/PAI-1, ONCOTYPE DX<sup>tm</sup>, MAMMAPRINT<sup>®</sup> - Valeurs pronostique et prédictive pour une utilité clinique dans la prise en charge du cancer du sein  
Synthèse - UPA/PAI-1, ONCOTYPE DX<sup>tm</sup>, MAMMAPRINT<sup>®</sup> - Valeurs pronostique et prédictive pour une utilité clinique dans la prise en charge du cancer du sein
6. Situation de la chimiothérapie des cancers - Rapport 2013

### ÉTUDES ET ENQUÊTES : 4

1. État des lieux des réseaux régionaux de cancérologie et des centres de coordination en cancérologie en 2011
2. Implication des urologues en cancérologie

3. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer  
Synthèse - La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer
4. Performance de la mammographie dans le dépistage organisé des cancers du sein

### FICHES REPÈRE : 1

1. Pesticides et risques de cancers

### GUIDES PATIENTS : 5

1. Comprendre le lymphome hodgkinien
2. Les traitements des cancers de la vessie
3. Les traitements des cancers de l'estomac
4. Les traitements des cancers du testicule
5. Mon enfant a un cancer: comprendre et être aidé

### OUTILS DE BONNE PRATIQUE : 4

1. Calendrier du dépistage des cancers
2. Cancer colorectal: le médecin traitant acteur du dépistage organisé du cancer colorectal
3. Cancer du sein, quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes?
4. Le médecin généraliste, acteur de la prévention et du dépistage du cancer du col de l'utérus

## ■ Nota Bene Cancer

Nota Bene Cancer continue sur sa lancée avec la publication de 46 numéros diffusés à plus de 4 000 abonnés. Plus récent, OncoSeq, bulletin de veille ciblé sur les technologies de séquençage du génome et leurs applications, a fait l'objet de 45 parutions et sa liste de diffusion compte 150 abonnés. Enfin, quelque 220 numéros d'Onco Actu, bulletin quotidien relayant l'actualité du cancer sur le web anglophone, ont été diffusés à une centaine de personnes (INCa et partenaires extérieurs).

Les versions web de Cancers Pro Actu (bulletin de veille documentaire sur la prévention des cancers professionnels) et Cancers Pro Doc (base de ressources documentaires avec moteur de recherche avancée) ont été mises en ligne en février 2014. Ces outils, destinés aux professionnels de la santé au travail, ont fait l'objet d'une communication lors d'un congrès à Lille et d'un colloque de l'INRS. Cancers Pro Actu, c'est 4 numéros par an et plus de 1 000 abonnés, dont environ 50 % de médecins du travail.

### OUTILS DE COMMUNICATION GRAND PUBLIC : 13

1. Affichette en langues d'Afrique de l'Ouest sur le dépistage organisé du cancer du sein
2. Affichette Mars bleu 2014
3. Affichette multilingue sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
4. Affichette Octobre rose 2014
5. Affichette sur le dépistage du cancer du col de l'utérus
6. Affichette sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en partenariat avec Afrique Avenir
7. Carte postale Octobre rose 2014
8. Carte postale sur le dépistage du cancer du col de l'utérus
9. Carte postale sur le dépistage organisé du cancer colorectal 2014
10. Dépliant d'information en langues d'Afrique de l'Ouest sur le dépistage organisé du cancer du sein
11. Dépliant d'information multilingue sur le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus
12. Dépliant d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en partenariat avec Afrique

13. Dépliant sur la vaccination contre les HPV

## LES ARTICLES PUBLIÉS

- **Les enjeux du nouveau Plan cancer, de la prévention à l'après-cancer (2 éditos, 22 articles)**, Hors-série, *Oncologie*, coordonné par l'INCa, septembre 2014
- **Building capacity for sustainable research programmes for cancer in Africa**. Adewole I, Martin DN, Williams MJ, Adebamowo C, Bhatia K, Berling C et al. *Nat Rev Clin Oncol* 2014;11(5):251-9.
- **uPA/PAI-1, Oncotype DX, Mammaprint®. Valeurs pronostique et prédictive pour une utilité clinique dans la prise en charge du cancer du sein**, Bellocq JP, Luporsi E, Barriere J, Bonastre J, Chetritt J, Le Corroller AG et al. *Ann Pathol* 2014;34(5):349-51.
- **La plateforme Cancer info donne accès à une information de référence sur les cancers pour les malades et leurs proches**. Capuano A, Duperray M, Mazeau-Woynar V, Borges-Paninho H, Delrieu C. *Oncologie* 2014;16(1):63-8.
- **Traitements systémiques de première et de deuxième lignes des patients atteints d'un mélanome cutané métastatique (hors métastase cérébrale): Recommandations nationales françaises**. Cupissol D, Sassolas B, Combemale P, Modiano P, Bedane C, Derrey S et al. *Oncologie* 2014;16(2-3):137-47.
- **Renforcer la prévention du tabagisme dans les soins en cancérologie**. Gaillot de Saintignon J, Deutsch A. *La Lettre Du Cancérologie* 2014;XXIII(6):202-34.
- **Prévention nutritionnelle des cancers**. Ancellin R. *La Lettre Du Cancérologie* 2014;XXIII(6):195-200.
- **Trastuzumab duration effects within patient prognostic subgroups in the PHARE trial**. Kramar A, Bachelot T, Madrange N, Pierga JY, Kerbrat P, Espie M, Pauporté I et al. *Ann Oncol* 2014;25(8):1563-70.
- **Prise en charge thérapeutique des patients atteints d'un mélanome cutané métastatique: recommandations nationales françaises**. Leccia MT, Planchamp F, Sassolas B, Combemale P, Modiano P, Bedane C et al. *L'Institut National du Cancer [Erratum in: Ann Dermatol Venereol. 2014 May;141(5):404-5]. Ann Dermatol Venereol* 2014;141(2):111-21.
- **Traitements locorégionaux de métastase(s) cérébrale(s) chez des patients atteints d'un mélanome cutané métastatique: recommandations nationales françaises**. Lubrano V, Derrey S, Truc G, Mirabel X, Thariat J, Cupissol D et al. *Neurochirurgie* 2014;60(6):269-75.

- **Valeurs pronostique et prédictive pour une utilité clinique dans la prise en charge du cancer du sein, uPA/PAI-1, Oncotype DX, Mammaprint®, Luporsi E, Bellocq JP, Barrière J, Bonastre J, Chetritt J, Le Corroller AG et al.). *Oncologie* 2014;16(4):196-206.**
- **Traitements locorégionaux des sites métastatiques chez des patients atteints d'un mélanome paucimétastatique (hors métastase cérébrale): recommandations nationales françaises.** Sassolas B, Mourregot A, Thariat J, Tiffet O, Dygai-Cochet I, Mirabel X et al. *Bull Cancer* 2014;101(1):9-16.

## COMMUNICATIONS ORALES

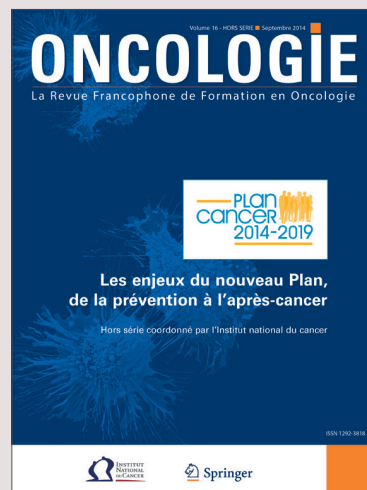
- **Clôture Tabac: une révolution est en marche** [Communication orale]. Colloque RESPAAD; 15 May 2014; Paris 2014.
- **Cancers et tabac en 2014** [Communication orale]. 8e congrès de la Société Française de Tabacologie; 7 November 2014; Paris 2014.
- **La vie deux ans après un diagnostic de cancer. Données de l'enquête VICAN2** [Communication orale]. 3e journée régionale en soins oncologiques de support; 21 novembre 2014; Dijon 2014.
- **Faire circuler l'information sur la prévention des cancers professionnels: l'exemple de cancers pro actu et cancers pro doc** [Communication orale]. Chauvet C, Jordan P Colloque Cancers professionnels, nouveaux défis pour la prévention; 28 November 2014; Paris, INRS 2014.

## ■ Oncologie magazine

Un hors-série de la revue *Oncologie* a été publié en septembre 2014, entièrement coordonné par l'INCa. Dédié aux apports des Plans cancer et aux enjeux du Plan 2014-2019, ce numéro a permis de mettre en lumière les actions à forte valeur ajoutée mises en oeuvre par l'Institut. Ont également participé à ce numéro, les partenaires, institutionnels et professionnels de terrain, impliqués dans la mise en oeuvre du Plan.

Les articles (22 au total) ont porté sur les thématiques suivantes :

- Un éditorial commun des deux ministres de tutelle
- les apports des Plans cancer pour l'amélioration des pratiques professionnelles,
- le parcours personnalisé et coordonné pour mieux répondre aux besoins des patients,
- les nouveaux enjeux de la prévention et du dépistage,
- l'innovation scientifique en cancérologie,
- la politique de lutte contre le cancer sur les bases de données robustes et partagées,
- la démocratie sanitaire et le rôle des associations,
- lutter contre les inégalités à tous les temps du cancer.

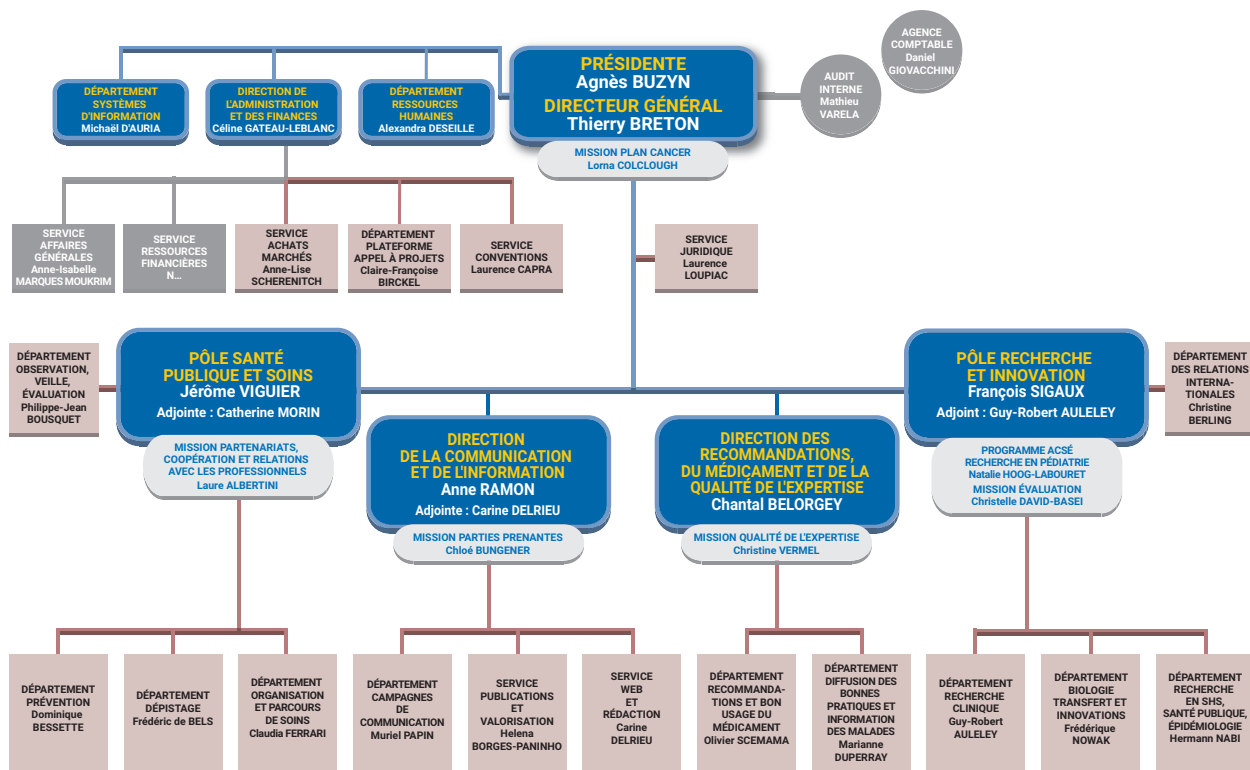


## POSTERS

- **Diffusion numérique de l'information sur la prévention des cancers professionnels: l'exemple de l'élaboration d'un bulletin de veille (Cancers Pro Actus) et d'une base de ressources (Cancers Pro Doc)** Chauvet C, Jordan P, Bessette D, Bousquet PJ. (Institut National

du Cancer). Groupe de travail Cancers Pro Actus/comité éditorial: Annie Bijaoui (INRS), Anne Delépine (INRS), Bernard Fontaine (Pôle Santé Travail), Jean-François Gehanno (CHU Rouen/SFMT), Michel Haberer (CNAMTS), Hélène Hasni-Pichard (Cramif). Poster présenté au congrès national santé travail, à Lille, 3 au 6 juin 2014

# ORGANIGRAMME



# LISTE DES SIGLES

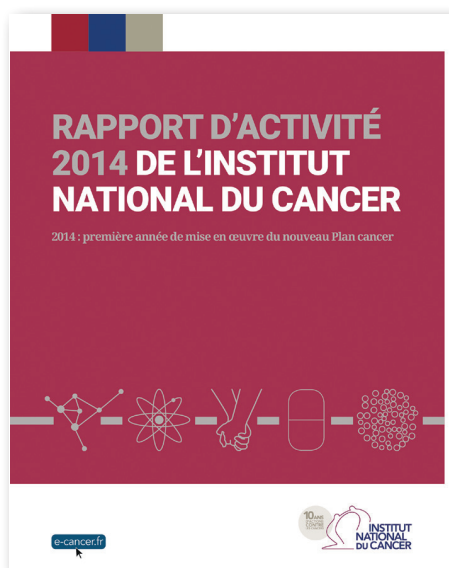
- **3C** : Centres de coordination en cancérologie
- **Acoresca** : Association des coordinateurs des réseaux de cancérologie
- **AcSé** : Programme d'accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes
- **Aeras** (convention) : S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé
- **Afssaps** : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- **ALD** : Affection longue durée
- **AMM** : Autorisation de mise sur le marché
- **Anact** : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
- **Anaes** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **Anap** : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- **Anses** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- **Ansm** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- **Aract** : Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
- **ARS** : Agences régionales de santé
- **Asco** : American society of clinical oncology
- **ASIP Santé** : Agence des systèmes d'information partagés de santé
- **ASN** : Autorité de sûreté nucléaire
- **ATIH** : Agence technique de l'information hospitalière
- **Aviesan** : Alliance pour les sciences de la vie et de la santé
- **BCB** : Bases clinicobiologiques
- **CanCon** : Cancer Control
- **CAS** : Comité d'appui scientifique
- **CCLAT** : Convention cadre pour la lutte antitabac
- **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- **CIGAL** : Intergroupe coopérateur des leucémies aigues
- **CIRC** : Centre international de recherche sur le cancer
- **CLIP<sup>2</sup>** : Centres labellisés INCa de phase précoce
- **CMR** : Cancérogènes mutagènes et toxiques pour la reproduction
- **Cnamts** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- **CNRS** : Centre national de la recherche scientifique
- **Comup** : Comité des usagers et des professionnels
- **COP** : Contrat d'objectifs et de performance
- **CPP** : Comité de protection des personnes
- **CRRC** : Conférence des réseaux régionaux de cancérologie
- **CRUK** : Cancer research UK
- **CTEP-NCI** : Cancer therapy evaluation program (NCI)
- **DGOS** : Direction générale de l'offre de soins
- **DGOS** : Direction générale de l'organisation des soins
- **DGRI** : Direction générale de la recherche et de l'innovation
- **DGS** : Direction générale de la santé
- **DGT** : Direction générale du travail
- **DPI** : Déclaration publique d'intérêt
- **DSSI** : Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
- **EMA** : European medicines agency
- **EMRC** : Équipe mobile de recherche clinique
- **EPAAC** : European partnership for action against cancer
- **ERA-NET** : European Research Area Network
- **Francim** : Réseau français des registres des cancers
- **GETUG** : Groupe d'étude des tumeurs uro-génitales
- **GICR** : Global Initiative for Cancer Registry Development
- **GIP** : Groupement d'intérêt public
- **GIPSI** : Gestion intégrée des projets suivis par l'INCa
- **GRED** : Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage
- **HAS** : Haute Autorité de santé
- **HCL** : Hospices civils de Lyon
- **HPV** : Human papillomavirus
- **ICART** : International Consortium for Action and Research on Tobacco
- **ICGC** : International cancer genome consortium

- **IDEC** : Infirmier diplômé d'État coordinateur
- **INCa** : Institut national du cancer
- **Inpes** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- **Inserm** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **InVS** : Institut de veille sanitaire
- **IRCI** : International Rare Cancer Initiative
- **IRESP** : Institut de recherche en santé publique
- **IRM** : Imagerie par résonance magnétique
- **ITC** : International Tobacco Control
- **ITMO cancer** : Institut thématique multi-organismes dédié au cancer
- **MDIM** : Maîtrise des doses en imagerie médicale
- **MILDT** : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (devenue MILDECA)
- **NCI** : National cancer institute
- **NGS** : Next generation sequencing
- **OIR** : Organisations interrégionales de recours
- **Omedit** : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- **PAIR** : Programme d'actions intégrées de recherche
- **PHARE (étude)** : Protocole d'Herceptin en adjuvant Réduisant l'Exposition
- **PHRC** : Programme hospitalier de recherche clinique
- **PHRC** : Programme hospitalier national de recherche clinique en cancérologie
- **PMSI MCO** : Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique
- **PNRT** : Programme national de réduction du tabagisme
- **PNSE** : Plan national santé environnement
- **PRME** : Programme de recherche médico-économique
- **PTT** : Protocoles temporaires de traitement
- **RBP** : Recommandations des bonnes pratiques
- **RBU** : Référentiels de bon usage du médicament
- **RCMI** : radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité
- **RCP** : Réunion de concertation pluridisciplinaire
- **RRC** : Réseau régional de cancérologie
- **SFCE** : Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent
- **SFMT** : Société française de médecine du travail
- **SFPM** : Société française des médecins
- **SFRO** : Société française de radiothérapie oncologique
- **SHS** : Sciences humaines et sociales
- **SIGNAL (étude)** : Étude d'identification de déterminants génétiques de résistance/sensibilité et/ou de toxicité aux traitements en situation adjuvante et de déterminants génétiques prédisposant au cancer
- **SIRIC** : Sites de recherche intégrée sur le cancer
- **SNDV** : Syndicat national des dermato-vénérologues
- **SNIRAM** : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
- **SNRO** : Syndicat national des radiothérapeutes oncologues
- **SPLF** : Société de pneumologie de langue française
- **THM** : Traitements hormonaux de la ménopause
- **TRANSCAN** : Translational cancer research
- **UCOG** : Unité de coordination en oncogériatrie
- **UNCAM** : Union nationale des caisses d'assurance maladie
- **Unicancer** : Fédération française des centres de lutte contre le cancer
- **UPGOG** : Unités pilotes de coordination en oncogériatrie
- **WCTOH** : World Conference on Tobacco or Health









52, avenue André Morizet  
92513 Boulogne-Billancourt Cedex  
Tél. : +33 (1) 41 10 50 00  
Fax : +33 (1) 41 10 50 20  
e-cancer.fr

Édité en juin 2015 par l'Institut National du Cancer  
Tous droits réservés – Siren 185 512 777  
Impression : LA GALIOTE PRENANT  
Création graphique : Meanings  
Réalisation : INCa  
Photos : Droits réservés

Numéro ISBN : 978-37219-128-9  
Numéro ISBN net : 978-37219-129-6  
Dépôt légal juin 2015



L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Institut National du Cancer  
52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00  
Fax +33 (1) 41 10 50 20  
diffusion@institutcancer.fr

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

