

ACCÉLÉRONS

LES PROGRÈS FACE AUX CANCERS



RAPPORT D'ACTIVITÉ **2013**

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER



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.

Constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP), l'INCa rassemble les acteurs clés de la cancérologie : l'État, les grandes associations, les caisses d'assurance maladie, les organismes de recherche et les fédérations hospitalières. Tous ont pour ambition commune de diminuer la sur-

venue des cancers évitables, de réduire la mortalité par cancer, d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes pendant et après la maladie, et de réduire les inégalités de santé.

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 2013

< **Éditoriaux** > 06

< **Faits marquants** > 10

< **Annexes** > 93



NOS ENGAGEMENTS < 12 >

DÉMOCRATIE SANITAIRE

IMPLIQUER NOS PARTIES PRENANTES < 14 >

EXPERTISE

GARANTIR LA QUALITÉ
DES PRODUCTIONS < 16 >

ÉVALUATION

ADOPTER UNE DÉMARCHE
SYSTÉMATIQUE < 18 >

EFFICIENCE

OPTIMISER LE PILOTAGE
ET LE MANAGEMENT < 20 >

INTERNATIONAL

DÉVELOPPER LES COOPÉRATIONS < 22 >



NOS PRIORITÉS < 28 >

CANCER DU SEIN

LUTTER CONTRE LE PREMIER
CANCER FÉMININ < 30 >

MÉLANOME CUTANÉ

DÉPLOYER UNE STRATÉGIE
D'ACTION INTÉGRÉE < 36 >

INÉGALITÉS

COMPRENDRE POUR AGIR < 40 >

NOS ACTIONS < 42 >

BIOLOGIE ET GÉNOMIQUE

SOUTENIR LA RECHERCHE
FONDAMENTALE < 44 >

RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

TRANSFÉRER LES DÉCOUVERTES
À LA CLINIQUE < 48 >

RESSOURCES BIOLOGIQUES

RATIONNALISER POUR VALORISER < 50 >

RECHERCHE CLINIQUE

DÉVELOPPER DE NOUVELLES
THÉRAPEUTIQUES < 52 >

MÉDICAMENTS INNOVANTS

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT
DES THÉRAPIES CIBLÉES < 56 >

ORGANISATION DES SOINS

STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS EN
CANCÉROLOGIE < 60 >

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

ORGANISER DES PRISES EN CHARGE
ADAPTÉES < 66 >

ONCOGÉNÉTIQUE

DIAGNOSTIQUER LES PERSONNES
PRÉDISPOSÉES AU CANCER < 68 >

PARCOURS DE SOINS

ASSURER UN ACCOMPAGNEMENT
PERSONNALISÉ < 70 >



CANCER INFO

INFORMER LES MALADES
ET LEURS PROCHES < 74 >

ÉPIDÉMIOLOGIE

SURVEILLER L'ÉVOLUTION
DES CANCERS EN FRANCE < 76 >

PRÉVENTION PRIMAIRE

RÉDUIRE LE NOMBRE
DE CANCERS ÉVITABLES < 78 >

SECONDS CANCERS PRIMITIFS

PRÉVENIR LE RISQUE APRÈS
UN DIAGNOSTIC DE CANCER < 82 >

DÉPISTAGE

FAVORISER LA DÉTECTION PRÉCOCE
DES CANCERS < 84 >

LES PLANS CANCER < 86 >

PLAN CANCER 2009-2013

BILAN < 88 >

PLAN CANCER 2014-2019

ÉLABORATION < 90 >

PERSPECTIVES

PLAN D' ACTIONS 2014 < 92 >



UNE ANNÉE CHARNIÈRE

POUR LES PLANS CANCER

Agnès Buzyn Présidente de l'Institut national du cancer



« Les équipes de l'Institut se sont largement investies pour finaliser les actions et engagements du Plan cancer 2009-2013 et en produire le bilan. »

L'Institut national du cancer est tout à la fois l'émanation, l'un des principaux pilotes et le coordinateur de la mise en œuvre des Plans cancer. L'année 2013 constitue à ce titre une année particulière pour l'Institut puisqu'elle a été marquée par l'achèvement du deuxième Plan cancer, qui avait débuté en 2009, et par la préparation du troisième Plan cancer, qui avait été annoncé par le président de la République, M. François Hollande, en décembre 2012.

Les équipes de l'INCa se sont donc largement investies pour finaliser un certain nombre des actions et engagements du Plan cancer 2009-2013, en produire le bilan et en faire une analyse critique, pour contribuer à l'élaboration de la nouvelle feuille de route nationale qui doit mobiliser l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer pour la période 2014-2019.

Parmi les actions emblématiques du deuxième Plan cancer menées à bien en 2013, on pourra citer la mise à jour des données d'incidence et de survie pour l'ensemble des pathologies cancéreuses, produites dans le cadre du partenariat INCa-InVS-Hospices civils de Lyon-Francim. Ces données sont capitales puisqu'elles reflètent l'ampleur de l'enjeu de la lutte contre les cancers et permettent de piloter et d'évaluer les politiques publiques dans ce domaine; mais elles sont aussi encourageantes puisque le taux de survie des personnes malades cinq ans après le diagnostic a progressé pour la majorité des types de cancers et qu'apparaît une baisse du taux d'incidence de certaines pathologies dans les dernières années.

Dans le domaine de l'organisation des soins, plusieurs actions de structuration visant à améliorer la qualité et l'équité des soins pour tous les patients à travers le territoire ont abouti: le processus de reconnaissance des 23 réseaux régionaux de cancérologie est achevé; le dispositif en oncogériatrie couvre l'ensemble des régions, permettant aux personnes âgées atteintes d'un cancer de bénéficier d'une prise en charge

adaptée; enfin, grâce à un nouvel appel à projets organisé en 2013, ce sont désormais 23 groupes de cancers rares qui font l'objet d'une organisation spécifique autour de centres experts nationaux.

L'AVANCE DE LA FRANCE DANS LE DOMAINE DE LA MÉDECINE PERSONNALISÉE ET DU DÉPLOIEMENT DES THÉRAPIES CIBLÉES COMPTE PARMIS LES ACQUIS IMPORTANTS DU PLAN CANCER 2009-2013.

2013 a vu le lancement d'un nouveau programme de recherche clinique, particulièrement novateur dans ce domaine: le programme AcSé, qui vise à favoriser l'accès des patients susceptibles d'en bénéficier à des molécules innovantes, et ce, quelle que soit leur pathologie, en s'appuyant sur le réseau performant des plateformes de génétique moléculaire qui couvre l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, l'achèvement de ce deuxième Plan cancer nous conduit à réaliser un bilan de l'ensemble des mesures de soutien apportées à la recherche clinique: appels à projets récurrents, équipes mobiles de recherche, registre des essais, labellisation d'intergroupes coopérateurs. Celles-ci s'avèrent avoir porté leurs fruits, puisque le nombre de patients inclus dans les essais cliniques a augmenté de plus de 70 % sur la durée du Plan, s'accompagnant dans le même temps d'un accroissement des publications scientifiques et de la représentation française dans les congrès internationaux.

Bien entendu, de grands progrès restent à accomplir, d'importants défis restent à relever, et la recherche elle-même doit continuer d'être largement soutenue pour qu'enfin, le nombre de nouveaux cas de cancers diminue franchement, et que de plus en plus de patients accèdent à la guérison et à une qualité de vie préservée. Ce sont les grands objectifs de santé que porte le nouveau Plan cancer auxquels l'Institut apporte d'ores et déjà toute sa contribution.

UN PROJET D'ÉTABLISSEMENT

BIEN ENGAGÉ

Anne Burstin Directrice générale de l'Institut national du cancer



« L'approche décloisonnée d'une institution dédiée aux cancers doit constamment être mise à profit pour enrichir les connaissances sur la maladie des acquis de l'observation et de la recherche. »

Si 2013 constitue une année charnière pour les Plans cancer, elle est aussi une année de progression dans la mise en œuvre du projet d'établissement 2012-2015 qui vise à conforter la capacité de l'Institut à éclairer et coordonner les politiques de lutte contre le cancer.

Plusieurs chantiers importants du projet d'établissement ont nourri la préparation du troisième Plan. Il en va ainsi, en particulier, de la priorité accordée au développement de l'évaluation : soutenue par un réseau interne dédié, cette démarche a vocation à améliorer le pilotage des actions de l'INCa et, plus largement, celui des politiques de lutte contre le cancer. Première illustration, la contribution apportée aux travaux préparatoires à l'écriture du nouveau Plan, menés par le Pr Vernant, sous la forme d'un inventaire de près de 130 évaluations d'actions conduites au fil des deux premiers Plans.

L'élaboration du troisième Plan a également bénéficié de l'implication marquée de l'Institut dans le processus de démocratie sanitaire. Après la mise à disposition du Pr Vernant d'un site ouvert aux contributions de l'ensemble des acteurs concernés, l'INCa a mobilisé son nouveau comité des usagers et des professionnels, installé au printemps 2013, pour alimenter la réflexion.

Autre axe majeur du projet d'établissement, le renforcement de la qualité et de l'indépendance de l'expertise. Apport essentiel aux décideurs publics, mais aussi aux professionnels de santé ou aux patients, l'expertise de l'INCa doit à la fois répondre aux besoins de ses destinataires et résulter d'un processus de production exemplaire et exigeant. 2013 a été une année de consolidation de ce processus, avec la formalisation d'une procédure de mobilisation des experts, dans le cadre de l'expertise sanitaire régie par la loi du 29 décembre 2011, et une attention

toujours soutenue à la prévention des conflits d'intérêt. 2013 a également vu la mise en place d'un comité des expertises et des publications visant à garantir la rigueur de la méthode et la transversalité de l'approche.

LA TRANSVERSALITÉ EST EN EFFET UNE CIBLE PRIORITAIRE DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2012-2015

L'approche décloisonnée d'une institution dédiée aux cancers doit constamment être mise à profit pour enrichir les connaissances sur la maladie des acquis de l'observation et de la recherche, et pour nourrir les actions de santé publique et d'organisation des soins. Deux chapitres de ce rapport témoignent de l'intérêt de cette approche transversale, en ce qui concerne le cancer du sein d'une part, le mélanome d'autre part. Cette dimension transversale a vocation à s'approfondir pour permettre une intelligence collective toujours plus aiguë et la mobilisation des moyens les plus efficaces pour lutter contre le cancer.

L'INCa a aussi veillé à poursuivre les chantiers visant à accroître son efficacité et la sûreté de ses procédures internes. Un nouveau schéma directeur des systèmes d'information avec une informatisation accrue de tâches clés, un dispositif conforté de maîtrise des risques, la recherche d'une meilleure adéquation des moyens humains et budgétaires aux missions sont des composantes de cet effort de consolidation. Une charte de management mettant en avant les valeurs propres à une institution dédiée aux cancers est l'un des autres aboutissements du projet d'établissement au cours de l'année passée.

En s'attachant dans ce rapport à donner la parole à ceux qui conduisent les actions concrètes de l'INCa, l'Institut est fidèle aux principes de cette charte visant à reconnaître l'apport de chacun à une action collective qui le dépasse, la mise en œuvre des Plans et la lutte contre le cancer.

FAITS MARQUANTS

2013

2013

FÉVRIER

RAPPORT SUR LA SURVIE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER EN FRANCE

Le réseau des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, l'Institut de veille sanitaire et l'INCa publient le second rapport sur la survie des personnes atteintes de cancer en France, pour la période 1989-2007. Une amélioration de la survie à cinq ans est observée pour la plupart des cancers étudiés. Cette amélioration peut être attribuée au progrès dû aux traitements pour certains cancers, mais aussi à un diagnostic plus précoce facilitant la prise en charge (voir page 76).



MARS

CONSTITUTION DU COMITÉ DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DE L'INCa

Regroupant les représentants des usagers du système de santé et des professionnels, la nouvelle instance consultative, placée auprès de la présidente de l'INCa, se réunit pour la première fois le 28 mars 2013. Les 28 membres du comité des usagers et des professionnels (Comup) ont pour objectif une meilleure prise en compte des besoins et attentes des parties prenantes de la lutte contre les cancers (voir page 14).



NOUVELLE CONVENTION CONSTITUTIVE DU GIP INCa

La révision de la convention constitutive du GIP INCa était une obligation prévue par la loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit du 17 mai 2011 (dite loi Warsmann). L'Institut s'est saisi de cette opportunité pour refondre en profondeur sa convention constitutive et son règlement intérieur. La nouvelle convention constitutive a été votée par l'assemblée générale le 29 mars 2013 et est entrée en vigueur par arrêté publié le 6 août 2013. Outre les modifications liées à l'application de la loi Warsmann, les principales modifications d'opportunité concernent l'élargissement des pouvoirs du conseil d'administration, les attributions et le fonctionnement du conseil scientifique, ainsi que la pérennisation des instances de consultation permanente : comité de déontologie et d'éthique, comité des usagers et des professionnels et comité d'audit.





DANIEL LOUVARD NOMMÉ PRÉSIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'INCa

Le Pr Daniel Louvard est nommé, par décret présidentiel du 5 août 2013, président du conseil scientifique de l'INCa. Il succède dans ces fonctions au Pr Jacques Pouyssegur. Directeur de recherche au CNRS, directeur du centre de recherche de l'Institut Curie de 1993 à 2013, le Pr Louvard étudie depuis de nombreuses années les cellules normales et tumorales de l'intestin. Ses récents travaux sont consacrés au développement de modèles murins de cancers de l'intestin et aux cellules souches qui assurent le renouvellement et la réparation de ces tissus.



CRÉATION DE LA GLOBAL ALLIANCE FOR GENOMICS AND HEALTH

La Global Alliance est une coalition internationale qui vise à favoriser le partage au niveau mondial des données génomiques et cliniques disponibles. L'Institut national du cancer fait partie des 70 organisations qui ont participé aux réunions préparatoires à la création de cette structure (voir page 25).

JUIN

LANCEMENT DU PROGRAMME AcSé

L'Institut initie, en accord avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, un programme novateur pour un accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes. Le programme AcSé permet de proposer aux patients susceptibles d'en bénéficier un accès précoce aux médicaments innovants sur l'ensemble du territoire, dans le cadre sécurisé d'un essai clinique (voir page 56).



AOÛT

REMISE DU RAPPORT D'ORIENTATION DU PR JEAN-PAUL VERNANT SUR LE PLAN CANCER

Le 30 août 2013, le Pr Jean-Paul Vernant, missionné par le président de la République, remet à la ministre des Affaires sociales et de la Santé et à la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ses recommandations pour le troisième Plan cancer. Ces propositions viennent enrichir la réflexion ultérieure des groupes de travail mis en place par les ministères, en collaboration avec l'INCa, chargés d'élaborer le nouveau Plan cancer.

Le rapport final au président de la République sur le bilan du Plan cancer 2009-2013 a été publié auparavant, le 22 août 2013 (voir page 86 à 91).



OCTOBRE

LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE CLASSÉE CANCÉRIGÈNE POUR L'HOMME

La pollution atmosphérique est classée dans le groupe 1 des substances cancérigènes (cancérigènes certains) pour l'Homme par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'Organisation mondiale de la santé. Les experts du CIRC ont conclu à l'existence de preuves suffisantes faisant état de liens entre l'exposition à la pollution de l'air extérieur et le risque de développer un cancer du poumon. Une association entre pollution de l'air atmosphérique et risque accru de cancer de la vessie a également été relevée. Les particules fines, composant majeur de la pollution atmosphérique, ont été évaluées séparément et classées également dans le groupe 1 des substances cancérigènes pour l'Homme.



NOS ENGAGEMENTS





L'Institut national du cancer a poursuivi en 2013 le déploiement des axes stratégiques transversaux inscrits dans son projet d'établissement et son contrat d'objectif et de performance.

« Accentuer la prise en compte des attentes des malades, des professionnels et du public, et s'engager fermement dans le processus de démocratie sanitaire » est l'une des priorités stratégiques de l'Institut dans le cadre de son projet d'établissement 2012-2015.

DÉMOCRATIE SANITAIRE

IMPLIQUER NOS PARTIES PRENANTES



CRÉATION DU COMITÉ DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS

Après la rédaction de la charte des relations de l'INCa avec ses parties prenantes en 2012, l'Institut a constitué en février 2013 son nouveau comité des usagers et des professionnels (Comup), instance de consultation permanente placée auprès de la présidente de l'INCa. À l'issue d'un appel à candidatures, 28 membres ont été sélectionnés parmi les 213 dossiers reçus, dont 14 représentants des personnes malades, de leurs proches et des usagers du système de santé (collège des usagers), et 14 professionnels de la santé, de la recherche et du secteur social (collège des professionnels), pour un mandat de trois ans.

Comme prévu par son règlement intérieur, le Comup s'est réuni de façon trimestrielle en 2013, combinant séances plénières et ateliers. Au cours de la deu-

xième réunion, Elisabeth Bernigaud, membre du collège des usagers, a été élue présidente de l'instance. Elle la représente au conseil d'administration.

> Contributions au nouveau Plan cancer <

Les assemblées plénières ont permis à l'INCa de présenter des actions à fort enjeu pour lesquelles l'avis et l'expérience des membres du Comup étaient attendus. En 2013, une large place a été faite à la préparation du nouveau Plan cancer. Les membres du Comup ont apporté leurs contributions au rapport d'orientation pour la préparation du Plan cancer rédigé par le Pr Jean-Paul Vernant. Certains membres du Comup ont fait partie des groupes de travail organisés par le Pr Vernant, ou des groupes interministériels chargés de l'élaboration finale du Plan, ou ont été auditionnés.

L'une des réunions plénières a été consacrée à la préparation du plan d'actions 2014 de l'INCa. Les présentations du programme et des axes de travail faites par chaque directeur de l'INCa ont donné lieu à des échanges nourris entre les membres du Comup et la direction.

En fonction de l'actualité de l'INCa et des demandes exprimées par les membres du Comup, ont également été débattues les thématiques suivantes :

- recherche clinique en cancérologie : mesures de soutien, perceptions des patients ;
- bilan et perspectives des mesures organisationnelles des premiers Plans cancer liées à la prise en charge hospitalière ;
- place des acteurs de premier recours dans la prise en charge des patients atteints de cancers ;

INTERVIEW

< **Élisabeth Bernigaud** > présidente du Comup

QU'EST-CE QUI VOUS A INCITÉE À POSTULER AU COMUP ?

EB : Dès 1998, j'ai fait partie des fondatrices du Comité féminin de Paris pour le dépistage du cancer du sein dont l'objet était de sensibiliser les femmes au dépistage, alors que le dépistage organisé au plan national n'existait pas encore. Dans ce cadre, j'ai assisté à la création de l'INCa, puis j'ai participé à plusieurs groupes de travail organisés par ses équipes. J'ai pu apprécier l'évolution de l'Institut, admirer le travail abattu ces dernières années, et c'est tout naturellement que j'ai eu envie de continuer cette collaboration, et ainsi poursuivre mon engagement, pour être utile aux autres.

QUELLES SONT VOS AMBITIONS POUR LE COMUP ?

EB : Notre feuille de route nous a été remise par Agnès Buzyn : le Comup a pour but d'apporter à l'INCa l'expérience et le point

de vue des usagers, des proches et des malades d'une part, et des professionnels d'autre part, afin d'améliorer la qualité et la pertinence des actions de l'INCa. Au-delà des propositions, des questionnements et des critiques que nous pouvons formuler, mon aspiration c'est de donner du sens et de ne jamais oublier l'humain dans notre réflexion. Les femmes et les hommes qui constituent le Comup viennent d'horizons très différents, mais ils ont en commun de formidables qualités humaines, et une capacité à dépasser leur expérience individuelle avec le cancer. J'ai été frappée par la générosité de leurs motivations. Je souhaite que les valeurs de partage et de solidarité qui nous animent puissent aider les équipes de l'INCa dans leur volonté d'améliorer la vie des malades, pendant et après la maladie. Sans jamais oublier mes grandes préoccupations : la prévention et le dépistage.



> Groupes de travail <

- information des femmes concernées par le dépistage organisé du cancer du sein;
- participation des usagers aux comités d'évaluation des appels à projets;
- expertise sur les risques de second cancer primitif;
- programme d'actions sur la hiérarchisation des facteurs de risque de cancer.

Au cours de cette première année d'activité, les membres du Comup ont souhaité travailler de façon plus approfondie sur certains sujets. Trois groupes de travail ont ainsi été constitués en fin d'année sur les thématiques suivantes :

- cancer et emploi;
- soins palliatifs et fin de vie en cancérologie;
- impacts économiques du cancer sur le plan individuel et familial.

Les conclusions des travaux de ces groupes et leurs recommandations sont attendus pour la fin 2014.

Par ailleurs, plusieurs membres du Comup ont participé à titre individuel à des commissions et groupes de travail organisés par l'INCa, aux côtés d'autres représentants des parties prenantes sollicités. La présidente du Comup est membre du comité stratégique du programme AcSé (voir page 56). Enfin, tous les comités d'évaluation des appels à projets organisés par l'INCa en 2013 ont intégré la participation d'un ou deux membres du collège des usagers du Comup afin d'y faire valoir leur point de vue.

Afin de s'assurer de la qualité de ses expertises, l'Institut a mené en 2013 deux démarches parallèles : l'une vise à préciser les besoins des professionnels et à valider la pertinence des travaux de recommandations qu'il conduit ; l'autre a pour but de garantir la qualité du processus d'élaboration d'une expertise.

EXPERTISE

GARANTIR LA QUALITÉ DES PRODUCTIONS



RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

> Enquête auprès des spécialistes <

En oncologie, les professionnels de santé disposent de nombreux outils d'aide à la décision pour définir leurs stratégies de prise en charge, dont les recommandations émises par l'INCa, par les sociétés savantes, les réseaux régionaux de cancérologie ou encore par les établissements de soins. Face à cette diversité, l'INCa a mis en place une enquête qualitative destinée à valider les besoins des professionnels en termes de recommandations, et à préciser leurs attentes vis-à-vis de l'INCa en tant qu'agence sanitaire nationale en cancérologie.

Cette étude qualitative, menée auprès de professionnels spécialisés (notamment oncologues médicaux, spécialistes d'organe et chirurgiens exerçant une activité

en cancérologie) et issus de régions différentes, a confirmé le caractère indispensable des recommandations de bonnes pratiques et des référentiels pour les professionnels, ainsi que leur besoin de disposer de sources de référence claires. L'enquête a également mis en évidence une certaine diversité dans les attentes, notamment en termes de format et de contenu. En apportant une vision globale des besoins, ces résultats ont toutefois permis de conforter la valeur ajoutée de l'INCa dans la coordination nationale des différents producteurs de recommandations et référentiels. Au-delà des recommandations aujourd'hui produites par l'INCa et ciblées sur des questions cliniques précises, les praticiens ont exprimé leur besoin de disposer de référentiels nationaux sur l'ensemble des

prises en charge. Une démarche de collaboration avec les professionnels des réseaux de cancérologie sera conduite par l'Institut en 2014 pour co-construire un référentiel interrégional unique, probablement sur les cancers du poumon, en associant les sociétés savantes concernées. Cette expérimentation permettra à terme de consolider une organisation nationale de l'élaboration des référentiels, en clarifiant le rôle des différents producteurs selon la nature des recommandations produites.

> Sollicitation des parties prenantes pour le cadrage des projets <

En parallèle de l'enquête décrite précédemment, le cadrage de tout projet de recommandation comprend une phase de recueil des besoins. Les profession-

« Le Comité des expertises et des publications insère les parutions de l'INCa dans une stratégie globale de production de contenus. »

Anne Burstin

Directrice générale

nels et les patients sont consultés via la sollicitation des sociétés savantes, des associations et par des enquêtes de terrain. Cette démarche apporte un éclairage important pour le choix des questions cliniques à traiter.

Ont été concernés les projets de recommandations sur les médicaments anticancéreux pour le traitement des cancers colorectaux, la prise en charge des cancers du sein *in situ*, la conduite à tenir devant une anomalie du frottis cervico-utérin, et la prise en charge des femmes à haut risque de cancer du sein (mutations BRAC1/BRCA2). Cette étape de consultation préalable a notamment démontré qu'il n'était pas pertinent, à ce stade, de produire de nouvelles recommandations sur la prise en charge des cancers colorectaux, et a ainsi évité la conduite de travaux inutiles.

QUALITÉ ET INDÉPENDANCE

Plusieurs éléments structurants ont été mis en place en 2013 pour garantir la qualité et l'indépendance de l'expertise.

> Procédure de mobilisation des experts <

Le processus de mobilisation des experts pour la production d'une expertise sanitaire a été formalisé dans une procédure, conformément aux exigences du décret relatif à la charte de l'expertise sanitaire publié en mai 2013. Cette procédure comporte sept étapes, de l'identification des compétences nécessaires à la valorisation des experts. Elle vient renforcer la maîtrise des risques liés à l'expertise (voir page 21).

> Prévention des conflits d'intérêts <

Le dispositif de prévention et gestion des conflits d'intérêts s'est déployé, en réponse à la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé et à son décret d'application relatif à la déclaration publique d'intérêts. L'ensemble des experts sollicités par l'INCa pour participer à ses expertises ont renseigné une déclaration publique d'intérêt (DPI) conforme au format imposé par arrêté. L'ensemble des DPI a été analysé pour identifier les risques de conflits d'intérêts, et toutes les DPI des experts retenus ont été publiées sur le site internet de l'INCa.

Les conditions de la dématérialisation de la DPI, de sa gestion et de sa publication en ligne ont été travaillées dans le cadre de travaux inter-agences coordonnés par le ministère chargé de la santé, et dans l'objectif de la construction de la plateforme de soumission des projets et des DPI de l'INCa (projet informatique GIPSI - Gestion intégrée des projets suivis par l'INCa).

> Comité des expertises et des publications <

Un comité interne des expertises et des publications a été mis en place, avec pour objectifs :

- d'améliorer la transversalité et la cohérence du programme des productions de l'INCa, et la promotion de projets intégrés ;
- de garantir la traçabilité et la transparence de la production et de la validation de tous les projets ;
- d'harmoniser les méthodes de production d'expertises ;
- et enfin d'optimiser la valorisation des productions.

Le comité des expertises et des publications recense et accompagne de la conception à la publication la totalité des productions de l'Institut. Il se réunit mensuellement depuis septembre 2013.

L'Institut cherche à mesurer systématiquement l'impact des actions qu'il met en œuvre et plus largement des politiques de lutte contre le cancer et de soutien à la recherche scientifique.

ÉVALUATION

ADOPTER UNE DÉMARCHE SYSTÉMATIQUE



MISE EN PLACE DU RÉSEAU ÉVALUATION

L'année 2013 a permis d'installer le réseau Évaluation dans ses fonctions. Le réseau regroupe de façon transversale des référents des différents pôles et directions de l'Institut. Sa mission principale est de favoriser la démarche évaluative au sein de l'Institut dans une logique dynamique, adaptative, structurée et intégrée dès la conception des actions. L'objectif visé est l'amélioration du pilotage des actions conduites par l'Institut, en les réorientant le cas échéant. En parallèle, cette approche contribue à l'évaluation des politiques de lutte contre le cancer depuis leur mise en place jusqu'à la mesure de leurs impacts à court et moyen termes.

Deux actions principales ont été conduites par le réseau Évaluation en 2013. La première est relative à la mise

en place du réseau et à la définition de son fonctionnement. Afin de structurer et de caractériser les évaluations conduites au sein de l'Institut, des critères minimaux, à prendre en compte pour toute évaluation, ont été définis. Ils sont intégrés dans les outils de pilotage de l'Institut, notamment ceux permettant l'élaboration et le suivi du plan d'actions annuel. Ces critères et les documents associés offrent une bonne visibilité des évaluations prévues, et le cas échéant, de leur état d'avancement, et en proposent une synthèse globale.

En lien avec l'annonce d'un nouveau Plan cancer par le président de la République, la seconde action a consisté à répertorier les évaluations achevées ou en cours de réalisation, menées au cours des dix dernières années. Ce travail a ainsi permis d'identifier environ 130 actions d'évaluation conduites dans le

HELIOS

1300
PROJETS DE
RECHERCHE

100 000
PUBLICATIONS

2000
BREVETS ASSOCIÉS

domaine du cancer. Il a été mis à disposition de la mission d'évaluation du Plan cancer 2009-2013 et de préfiguration du Plan cancer 2014-2019 dirigée par le Pr Jean-Paul Vernant, et sera régulièrement actualisé.

HELIOS, OBSERVATOIRE DES INVESTISSEMENTS DE SANTÉ

Dans le cadre du développement de l'évaluation de la recherche à l'INCa, mais également dans une dimension comparative internationale, la mise en perspective des résultats liés aux efforts consentis en matière de financement de la recherche sur le cancer — notamment dans le cadre des Plans cancer — est primordiale. En s'associant à l'Institut Cancer de l'alliance Aviesan, à l'Observatoire des sciences et des techniques et à l'American Institutes for Research, l'INCa a développé HELIOS (HEaLth Investments ObServatory), un outil visant à identifier et à documenter les résultats des investissements de recherche sur le cancer.

HELIOS est un observatoire basé sur l'idée que les financements de la recherche agissent sur la création et la transmission des idées au travers de réseaux scientifiques. L'objectif d'HELIOS est de suivre les activités de ces réseaux pour mesurer les produits scientifiques, sociaux, économiques et professionnels générés par leurs interactions.

Le projet HELIOS repose sur une technique performante et unique de modélisation thématique (« topic modeling ») qui permet de décrire des contenus scientifiques de manière automatisée et hautement reproductible. HELIOS constitue une plateforme de données reliées entre elles et centrées sur les chercheurs. Ainsi, l'outil place les scientifiques, et non les publications, en tant qu'unité d'analyse pour décrire qui est financé pour mener des travaux de

« Les méthodes traditionnelles utilisées pour rendre compte des résultats de la recherche s'avèrent inadaptées ; mais maintenant que presque toute l'activité scientifique et économique laisse des empreintes électroniques, nous avons les outils pour faire mieux. »

Julia Lane

économiste, American
Institutes for Research.

recherche, avec qui les collaborations sont réalisées (réseaux scientifiques), pour faire quoi et où (institution de recherche ou de collaboration), pour quels résultats.

Les données d'investissements couvrent près de 1 300 projets de recherche. Les résultats en termes de productions scientifiques sont illustrés par un corpus de 100 000 publications dont les deux tiers incluent comme auteur un chercheur qui a reçu des financements de l'INCa, de l'ITMO Cancer d'Aviesan ou de la DGOS sur la période 2007-2012 ; 2 000 brevets associés aux chercheurs sont référencés.

> Preuve du concept <

Le prototype de visualisation des données, conçu en 2013, est une preuve de concept qui, à terme, a pour objectif, en s'élargissant, de visualiser les investissements de recherche effectués en France au cours des différents plans de santé, et de mesurer l'impact des financements engagés. L'observatoire a d'ores et déjà permis de montrer les différentes collaborations issues des financements de la recherche. Il fournit de nouveaux indicateurs sur les relations avec le secteur privé et les liens avec la recherche internationale.

The logo for HELIOS is displayed in a stylized, modern font. The letters are grey with a slight shadow effect. The 'H' is a simple vertical bar. The 'E' has a red dot in its center. The 'L' is a simple vertical bar. The 'I' has a red dot above it. The 'O' is a simple circle. The 'S' is a simple vertical bar.

Aux efforts accrus en 2013 pour développer la collégialité et la transversalité au sein de l'Institut afin d'accroître la pertinence des actions mises en œuvre, s'ajoute le renforcement de la sécurisation des procédures de travail.

EFFICIENCE

OPTIMISER LE PILOTAGE ET LE MANAGEMENT



« Mobiliser des équipes d'horizons et de cultures professionnelles différents pour atteindre les ambitions de son projet d'établissement et plus largement du Plan cancer, requiert une approche managériale spécifique. »

Charte de management
de l'Institut national du cancer

MANAGEMENT ET TRANSVERSALITÉ

Dans le cadre de la mise en œuvre de son projet d'établissement, l'Institut national du cancer a poursuivi sa politique d'amélioration du management et de soutien à la collégialité au travers de différents chantiers.

> Le développement des compétences au sein de l'INCa <

Afin d'instaurer une meilleure fluidité dans les relations et de contribuer à la transversalité, l'INCa s'est doté de nouveaux outils de pilotage et de gestion de ses ressources humaines. Une charte de management a été rédigée par un groupe de travail composé de managers et de collaborateurs. En regard, un nouveau parcours de formations managériales a été mis en place.

L'Institut a également instauré un circuit d'évaluation des demandes de forma-

tions et de développement de carrière lui permettant d'être au plus proche des besoins de ses collaborateurs tout en maîtrisant les coûts de formation.

Enfin, le département des ressources humaines a élaboré des outils de pilotage plus performants lui permettant de gérer avec une grande précision les effectifs alloués.

> Schéma directeur du système d'information <

L'année 2013 a été marquée par l'élaboration d'un schéma directeur du système d'information (SDSI) pour la période 2014-2016. Dans la continuité du précédent SDSI, le nouveau schéma directeur garde en lignes directrices les trois programmes structurants que sont les outils de gestion, les outils d'information et de collaboration, et les outils de pilotage et de partage.

Outre les actions récurrentes telles que la consolidation et la sécurisation d'une méthodologie interne de gestion de projet, les principales actions développées en 2013 ont concerné :

- HELIOS (Observatoire des investissements de santé) : réalisation d'un prototype web d'exploitation des données de financement de la recherche sur le cancer et de données de résultats de recherche (voir page 19).
- MOSAIC (Mise en œuvre du suivi des actions de l'INCa) : mise en production de l'outil pour élaborer, partager et suivre les plans d'actions annuels de l'Institut. À partir de 2014, l'outil permettra aussi le suivi du nouveau Plan cancer.
- Cohorte cancer « SNIIRAM » : le projet de Cohorte cancer s'appuyant sur les données de l'assurance maladie a fait l'objet en 2013 de travaux de faisabilité fonctionnelle et technique qui ont vu la collaboration des services de la Cnamts et de l'Institut des données de santé. Les premiers tests de requêtes ont été initiés en décembre.
- e-cancer.fr : préparation d'une nouvelle version du site internet de l'Institut, centrée sur ses utilisateurs, dont la sortie est prévue à l'automne 2014.
- GIPSI (Gestion intégrée des projets suivis par l'INCa) : cet outil doit permettre d'améliorer la programmation, la gestion et le suivi scientifique et financier de ses appels à projets, et de contribuer à la sécurisation des procédures d'expertise. Un calendrier de déploiement de l'outil s'étalant jusqu'en 2015 a été validé. Le premier lot permettant la soumission des projets et la gestion des déclarations d'intérêt sera disponible en mars 2014.

MAÎTRISE DES RISQUES

Le renforcement de la maîtrise des risques et du contrôle interne s'appuie sur un comité dédié, rénové et élargi début 2013 à l'ensemble des activités de l'Institut, au-delà du seul contrôle interne comptable et financier. Il a pour princi-

PROCÉDURE D'ARCHIVAGE

Pour la construction et la définition des modalités d'organisation et de pérennisation de la fonction d'archivage, l'Institut est accompagné depuis avril 2013 par la responsable de la Mission des archives placée auprès du

ministère chargé de la santé. L'objectif est de parvenir en 2014 à l'élaboration d'un tableau de gestion, recensant l'intégralité des documents reçus et produits par l'Institut et précisant la durée de conservation réglementaire

pales missions la validation et la surveillance du dispositif de gestion des risques et la gestion opérationnelle des risques. Le comité se compose de profils méthodologiques de gestion des risques (responsable qualité, contrôleur de gestion et auditeur interne) et de gestionnaires de risques représentant chacun les pôles et directions de l'INCa, ainsi que l'agence comptable. Chaque membre du comité a suivi en 2013 une formation à la gestion des risques et au contrôle interne.

> Cartographie des risques <

Par-delà le renforcement progressif de différents pans prioritaires du contrôle interne (comptable et financier, expertise), il importe désormais de mettre en place une cartographie générale des risques concernant l'ensemble des activités liées aux missions de l'Institut. Cette cartographie a été élaborée courant 2013 par le comité de contrôle interne et de maîtrise des risques. Les travaux engagés ont consisté à établir une liste de risques, puis à les coter selon leur degré de probabilité et d'impact, permettant ainsi à la gouvernance de l'INCa de hiérarchiser les actions à mener. Un certain nombre de ces risques a déjà fait l'objet d'actions par le passé, ce qui a été pris en compte dans la cotation de la probabilité alors jugée faible. La cartographie obtenue va servir à la fois d'outil de pilotage des risques et d'outil de priorisation des actions de contrôle interne à mener.

L'Institut national du cancer s'engage pour renforcer la présence de la recherche française dans les programmes internationaux et européens, et soutenir des actions de coopération en matière de santé publique.

INTERNATIONAL

DÉVELOPPER LES COOPÉRATIONS



LE CANCER DANS LE MONDE

14

MILLIONS
DE NOUVEAUX CAS
ANNUELS

8.2

MILLIONS DE DÉCÈS

PARTENARIAT EUROPÉEN DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Soutenue par la direction « Santé et consommateurs » de la Commission européenne, l'action conjointe EPAAC (European Partnership for Action Against Cancer) vise à aider les pays de l'Union à coordonner leurs actions de lutte contre le cancer. L'INCa coordonne, aux côtés de ECCO (European Cancer Organisation) le volet « Recherche » dont l'objectif

est de développer de nouveaux modèles collaboratifs s'appuyant sur les programmes nationaux. L'INCa a proposé en 2013 un projet pilote dans le domaine des essais cliniques de phase précoce, basé sur le modèle des CLIP² français. Cette proposition figure dans l'ouvrage collectif publié par EPAAC, "Boosting innovation and cooperation in European cancer control: key findings from the European Partnership for Action Against Cancer".



L'INCa contribue également au volet « Bonnes pratiques en matière de soins » et a réalisé une étude sur les réseaux et les groupes de patients dans les cancers rares en Europe. L'Institut a organisé en juillet à Paris un séminaire pour étudier l'harmonisation des recommandations cliniques au plan européen prenant le sarcome en exemple.



UNION
EUROPÉENNE

2.6

MILLIONS
DE NOUVEAUX
CAS ANNUELS

1.27

MILLION DE DÉCÈS

ACTION CONJOINTE CanCon

La nouvelle action conjointe CanCon (pour Cancer control) regroupe 26 partenaires et concerne l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale du cancer, de la prévention à l'après-cancer. L'INCa a participé à l'élaboration du plan de travail soumis à la Commission européenne en 2013. Il y assurera la coordination de l'axe « Survie et réadaptation » et contribuera aux volets « Dépistage » et « Réseau intégré de lutte contre le cancer ».

LE PROGRAMME ERA-NET TRANSCAN

TRANSCAN offre un cadre commun de programmation en recherche translationnelle sur le cancer. L'INCa coordonne l'axe dédié à la formation et à la promotion de la multidisciplinarité et a assuré en 2013 le secrétariat du second appel à projets conjoint transnational portant sur la « Recherche translationnelle en prévention primaire et secondaire ». Le réseau TRANSCAN s'est également élargi en 2013 et compte désormais 29 organisations, issues de 19 États. Le travail sur la pérennisation du réseau et son renouvellement dans

le cadre du nouveau programme européen de financement de la recherche et de l'innovation Horizon 2020 a d'ores et déjà été initié.

INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LES CANCERS RARES

L'International Rare Cancers Initiative (IRCI) vise à faciliter le développement d'essais cliniques internationaux pour les patients atteints de cancers rares. L'INCa a rejoint formellement en 2013 les membres fondateurs de l'IRCI que sont le National Cancer Institute américain, Cancer Research UK, le Cancer Research Network du National Institute for Health

Research britannique et l'EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Neuf groupes de recherche clinique sont actuellement en place ciblant chacun un cancer rare. L'organisation de l'IRCI repose sur une reconnaissance mutuelle des projets sélectionnés par les agences de financement partenaires. L'objectif pour l'INCa est de favoriser l'implication des réseaux de référence français des cancers rares, ainsi que celle des groupes coopérateurs de recherche clinique labellisés, pour mettre en place des essais cliniques de stratégie thérapeutique à grande échelle pour ces tumeurs.



TRANSCAN

ERA-NET on Translational Cancer Research





RÉSEAU COLLABORATIF

> Afrique subsaharienne <

L'INCa a organisé le 21 novembre 2013, en collaboration avec l'Organisation africaine pour la recherche et l'enseignement dans le cancer (AORTIC) dans le cadre de sa 9^e conférence internationale, un séminaire visant au développement d'un réseau collaboratif en Afrique subsaharienne francophone dans le domaine du cancer du col de l'utérus.

Les cancers du col utérin sont associés, dans leur très grande majorité, à des infections par les papillomavirus humains (HPV). Très peu de données sont disponibles concernant la prévalence des différents types d'HPV dans les pays d'Afrique francophone. La perspective de la vaccination prophylactique rend cette information particulièrement importante. Il est nécessaire d'évaluer précisément la prévalence des génotypes visés par le vaccin dans les carcinomes infiltrants. Le projet de réseau a donc pour objectif de déterminer la nature des génotypes d'HPV associés aux cancers infiltrants et aux néoplasies intraépithéliales de haut grade du col utérin dans une série significative de cas provenant du Sénégal, du Cameroun, du Gabon et de la Côte d'Ivoire. Le séminaire a permis d'établir une feuille de route pour la mise en place du futur réseau que le Pr Mamadou Diop, directeur de l'Institut du cancer de l'hôpital Le Dantec à Dakar, et le Dr Xavier Sastre-Garau, chef du département de biopathologie de l'Institut Curie à Paris, ont accepté de coordonner.

GLOBAL ALLIANCE

Global Alliance est une initiative internationale visant à favoriser le partage au niveau mondial des données de génomique et de recherche clinique, et à permettre l'exploitation des opportunités actuelles issues de l'intégration des séquences génomiques et des informations cliniques pour accélérer les progrès en biomédecine. La démarche de Global Alliance s'inspire des exemples du World Wide Web Consortium et du projet Génome Humain. Les échanges ayant présidé à sa création sont synthétisés dans le livre blanc « Création d'une Global Alliance pour favoriser le partage de données génomiques et cliniques », publié en juin 2013. L'INCa fait partie des 70 organisations dans le monde ayant rejoint ce groupement.

Un comité exécutif préfigurateur de Global Alliance a défini les bases de son fonctionnement conformément à ses principes fondateurs. Il s'agira d'une alliance indépendante au service de l'intérêt public regroupant des organisations ayant une expertise dans les domaines de la médecine, des soins, de la recherche, de la défense des droits des malades, des technologies de l'information, du séquençage et de l'information génomiques, et de la déontologie.

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN AFRIQUE

92 000

NOUVEAUX CAS
PAR AN

57 000

DÉCÈS

SOURCE : GLOBOCAN 2012

INTERVIEW

< **Professeur Fabien Calvo** > directeur du pôle Recherche et innovation

QUEL EST L'OBJECTIF DE GLOBAL ALLIANCE ?

FC : Global Alliance a pour principal objectif d'accélérer les progrès médicaux, en encourageant l'accès généralisé aux données génomiques et cliniques grâce à la définition d'un cadre commun de normes internationales techniques, opérationnelles et déontologiques permettant d'assurer l'interopérabilité sécurisée et responsable des plateformes de recherche en génomique.

QUI PARTICIPE ?

FC : Global Alliance s'attache à rassembler les communautés de la recherche, de la clinique et de la défense des droits en matière de maladie, ainsi que le secteur privé pour soutenir et promouvoir le partage responsable des données génomiques.

CONCRÈTEMENT, QUE VA FAIRE GLOBAL ALLIANCE ?

FC : Ses missions vont s'articuler autour deux axes de travail : collaborer avec les parties intéressées pour constituer une plateforme d'informations ouverte et accessible ; et définir des normes, des formats et des outils communs aux parties prenantes dans la communauté de la recherche en génomique afin de faciliter le partage des données.



INTERNATIONAL

CARTE DES COOPÉRATIONS



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

**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

RÉSEAU DE TÉLÉPATHOLOGIE: SOUTIEN AU
DIAGNOSTIC (LYMPHOME)

MAURITANIE: ACCORD DE COOPÉRATION,
FORMATION

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

**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

NOS PRIORITÉS





Fort de son approche intégrée de la lutte contre les cancers, l'Institut a défini trois programmes d'action transversaux pour l'année 2013 : le cancer du sein, le mélanome cutané et les inégalités face aux cancers.

Dès sa création, l'Institut a mis en place plusieurs actions d'envergure pour détecter au plus tôt et mieux guérir le cancer du sein. En 2013, un programme d'action transversal a mobilisé l'ensemble de ses directions autour de quatre axes de travail.

CANCER DU SEIN

LUTTER CONTRE LE PREMIER CANCER FÉMININ



INFORMER SUR LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE

> Accompagner les femmes dans leurs choix <

À l'occasion d'Octobre rose 2013, une nouvelle orientation a été donnée à la communication sur le dépistage organisé du cancer du sein. En effet, la campagne a tenu compte des conclusions du groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED) qui soulignaient la nécessité d'éclairer au mieux la décision des femmes quant à leur participation au dépistage. En amont de la campagne, une étude qualitative a été menée afin d'identifier les besoins d'information et les questions qui préoccupent les femmes. Un dispositif complet d'information a été conçu dans un souci d'accessibilité au plus grand nombre. Réunissant des membres d'associations de lutte contre le cancer, des médecins, une infirmière, une psychologue, une sociologue, un membre du GRED et des représentants des autorités de santé, un groupe de tra-

vail a élaboré une brochure traitant à la fois des modalités pratiques du dépistage, des bénéfices et des risques, et rappelant qu'« à partir de 50 ans, la mammographie est recommandée tous les deux ans ».

Une campagne radio nationale invitait à s'informer et à consulter le site e-cancer.fr, qui proposait une version interactive de la brochure et du contenu additionnel, notamment pour les femmes non concernées par le dépistage organisé. Une évaluation menée après la campagne auprès des femmes concernées montre qu'elle est jugée utile (95 %), facile à comprendre (96 %) et rassurante (89 %). Son rôle incitatif est souligné par le fait que 70 % des femmes indiquent que les spots les incitent à prendre rendez-vous chez leur médecin et 81 % à se faire dépister. Elles étaient 85 % en 2010 et 66 % en 2012.

LE CANCER
DU SEIN
EN 2012

48 000

NOUVEAUX CAS

12 000

DÉCÈS

OCTOBRE ROSE 2013

Évaluation de la campagne radio qui invitait les femmes à s'informer sur le dépistage organisé du cancer du sein.

LA CAMPAGNE EST À :

95%

JUGÉE UTILE

CAMPAGNE RADIO NATIONALE DIFFUSÉE DU 1^{ER} AU 22 OCTOBRE 2013

70 % DES FEMMES INDIQUENT QUE LES SPOTS LES INCITENT À PRENDRE RENDEZ-VOUS CHEZ LEUR MÉDECIN

96%

FACILE À COMPRENDRE

81 % DES FEMMES INDIQUENT QUE LES SPOTS LES INCITENT À SE FAIRE DÉPISTER

89%

RASSURANTE



> Soutenir les professionnels dans l'orientation de leurs patientes <

Un dispositif spécifique a été mis en place pour inciter les médecins généralistes et les gynécologues à initier le dialogue avec leurs patientes et à les orienter vers le dépistage adapté en fonction de leur niveau de risque (fiche d'aide à la pratique, dispositif interactif sur les logiciels métier, dossier sur internet enrichi d'une information actualisée sur la balance bénéfiques/risques du dépistage).

> Informer les malades et leurs proches <

Le guide Cancer info sur « Les traitements des cancers du sein » a été mis à jour, ainsi que le dossier sur le cancer du sein sur le site Internet. Le guide décrit les mécanismes de cancérisation, propose une vue d'ensemble des traitements puis décline chacun des traitements ainsi que leurs effets secondaires. Il s'accompagne d'un glossaire. Le dossier sur Internet reprend ces informations et propose des fiches complémentaires

notamment sur les facteurs de risque, les symptômes, le bilan diagnostique, le suivi après traitement et la reconstruction. Les deux supports proposent des ressources utiles (coordonnées d'associations, supports d'information complémentaires, etc.).



« L'efficacité démontrée d'un dépistage doit intégrer la notion de non-malfaisance. Elle doit se traduire dans un équilibre acceptable des bénéfices et des risques. »

Groupe de réflexion sur l'éthique des dépistages (GRED)

OPTIMISER LE DÉPISTAGE DU CANCER DE SEIN

> Bénéfices et limites du dépistage du cancer du sein <

Afin d'apporter un éclairage objectif sur les bénéfices et les limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein, l'Institut a réalisé en 2013 une synthèse des principales études et revues publiées sur ce thème au cours des cinq dernières années. Ce document, disponible sur le site internet de l'INCa, est destiné en priorité aux professionnels de santé afin de les accompagner dans la délivrance d'une information visant à éclairer le choix des femmes concernées. Les études publiées s'accordent sur un effet bénéfique du dépistage sur la mortalité par cancer du sein, avec une réduction de l'ordre de 15 à 21 % selon les études. Le surdiagnostic serait inférieur à 20 % (probablement proche de 10 %) et le risque de cancers radio-induits liés au dépistage de l'ordre d'un à vingt cas pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme (pour 150 à 300 décès évités). Ce document rappelle que le dépistage organisé apporte des avantages par rapport aux démarches individuelles, liés notamment à la seconde lecture par un radiologue indépendant.

> Performance de la mammographie <

L'INCa réalise annuellement depuis 2009 une enquête auprès des structures de gestion du dépistage afin de décrire l'évolution technologique des mammographes et leurs différences de performance, en termes de cancers détectés et de clichés techniquement insuffisants. La dernière enquête met en évidence que la migration vers la technologie numérique se poursuit (84 % des mammographies réalisées en 2012 contre 75 % en 2010). Un rapport de synthèse, rédigé en 2013 et couvrant les quatre vagues d'enquête, est disponible sur le site de l'INCa. Il montre la supériorité de la technologie numérique DR (dite « plein champs ») en termes de taux de détection de cancers.

> Analyse de la couverture mammographique <

L'INCa a financé en 2013 l'analyse des données de l'observatoire Sénolog. Créé en 2003, cet observatoire national décrit la pratique de la mammographie, que celle-ci soit réalisée dans ou en dehors de la tranche d'âge du dépistage organisé. L'étude montre que 65 % des femmes de 50 à 74 ans ont fait une mammographie de dépistage en 2012, dont 12 % en dehors du dépistage organisé et que les taux de couverture mammographique varient peu d'une région à l'autre (de 62 à 72 %). Par ailleurs, on note que les régions où le taux de participation au dépistage organisé est faible sont celles où les démarches de dépistage individuelles sont les plus élevées. Les résultats de ces travaux ont fait l'objet d'une communication au Congrès européen de radiologie de Vienne en mars 2013 et au congrès de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM) à Montpellier en novembre 2013.

EN 2012
84%
 DES MAMMOGRAPHIES
 SONT RÉALISÉES
 EN TECHNOLOGIE
 NUMÉRIQUE CONTRE
75%
 EN 2010



**> Soutien à l'évolution
du programme de dépistage <**

Dans le cadre de son appel à projets 2013 dédié au dépistage, l'INCa a sélectionné une étude visant à évaluer la faisabilité d'un protocole de contrôle qualité en tomosynthèse et à comparer sa performance clinique (3d + images 2d reconstruites) avec celle de la mammographie 2d. Deux autres études sont également financées : l'une porte sur l'implication des professionnels de santé (médecins généralistes), notamment en termes d'information et de préférences des femmes, et l'autre, sur les dispositifs d'amélioration des pratiques de dépistage.

Enfin, l'Institut a réalisé une étude médico-économique portant sur le dépistage du cancer du sein ; ses objectifs étaient d'évaluer différents scénarios d'évolution de l'organisation du dépistage du cancer du sein en France. Ce travail, fondé sur deux modélisations, permet à la fois d'estimer le coût et le résultat attendu (rapport coût-efficacité) des différentes modalités possibles d'évolution, mais également l'impact budgétaire pour chacune des parties impliquées (État, Assurance maladie, femmes concernées). La publication des résultats est prévue pour le premier semestre 2014.

**AMÉLIORER LA QUALITÉ
DES SOINS**

**> Observatoire
des carcinomes *in situ* <**

Le surdiagnostic et le surtraitement résultant du dépistage concernent principalement les carcinomes canauxaires *in situ* (CCIS). L'INCa a donc apporté, en 2013, son soutien à la mise en place d'un observatoire national de la prise en charge des CCIS, promu par la SFSPM. Un travail analogue avait été mené en 2003-2004. Ses objectifs sont de décrire et d'évaluer les pratiques de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques des CCIS, en particulier lorsqu'ils sont détectés par le dépistage.

**> Recommandations
de bonne pratique clinique <**

Le déploiement du dépistage organisé et l'amélioration de la performance des techniques diagnostiques permettent un diagnostic de cancers du sein à des stades de plus en plus précoces. Les données récentes de la recherche apportent de nouveaux arguments pour des traitements moins invasifs, adaptés au stade et à l'agressivité de la tumeur. Pour ces raisons, l'INCa a entamé l'actualisation des recommandations de prise en charge des cancers du sein *in situ*. Ce travail se poursuivra en 2014.

65%

DES FEMMES DE 50 À
74 ANS ONT FAIT UNE
MAMMOGRAPHIE DE
DÉPISTAGE EN 2012
DONT

53%

DANS LE DÉPISTAGE
ORGANISÉ

Ces recommandations s'ajouteront à celles publiées en 2012 sur les formes invasives. L'INCa a également actualisé le rapport publié en 2009 sur les trois biomarqueurs tissulaires uPA/PAI-1, Oncotype DX™ et MammaPrint®.

En 2009, cet état des connaissances avait mis en évidence la validité clinique du biomarqueur uPA/PAI-1. La démonstration de l'utilité des deux autres signatures, plus récentes, n'avait pas atteint le même niveau de preuve. Face à la parution de nouvelles données et à la divergence des messages diffusés sur ces signatures, les professionnels ont exprimé le besoin d'une clarification. Ce nouveau rapport, mené en partenariat avec la SFSPM, a confirmé les niveaux de preuve établis dans le rapport de 2009.



15 PROJETS DÉDIÉS AU CANCER DU SEIN SOUTENUS EN 2013

Objets des projets dédiés au cancer du sein soutenus dans le cadre des appels à projets 2013	Nombre de projets	Montant (M€)	Appels à projets
Accès rapide à l'innovation à travers des essais précoces	3	2,26	Centres labellisés INCa de phrase précoce (CLIP ²)
Identification de nouvelles cibles thérapeutiques pour mieux traiter et prévenir les rechutes	4	1,68	Projets libres en biologie du cancer ; recherche translationnelle
Mise au point de stratégies diagnostiques, thérapeutiques et de surveillance et de bases clinicobiologiques	4	1,30	Programme hospitalier de recherche clinique ; programme de recherche médico-économique ; bases clinicobiologiques
Vécu des femmes pendant et après la maladie	4	0,70	Sciences humaines et sociales, épidémiologie, santé publique ; dépistage et prévention

> Description des trajectoires de soins <

Les trajectoires de soins des femmes prises en charge pour le cancer du sein en France, en termes de chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, ont été reconstituées à partir des bases PMSI de 2006 à 2011 et de l'extraction du SNIIRAM sur l'activité de radiothérapie libérale. Des trajectoires de soins ont été établies par type de cancer (*in situ*, invasif, invasif avec atteinte ganglionnaire, invasif avec métastase extraganglionnaire) et ont été comparées aux recommandations de bonne pratique destinées aux professionnels de santé. Si les trajectoires reconstituées correspondent de manière globale aux recommandations de traitement, certaines données inattendues ont été identifiées. Ainsi, ce travail a permis de cibler les axes à développer lors de l'actualisation des recommandations. De nouvelles analyses seront effectuées pour mieux comprendre certaines pratiques observées.

MOBILISER LA RECHERCHE

En 2013, quinze projets dédiés spécifiquement au cancer du sein ont été financés pour un montant de près de 6 millions d'euros dans le cadre des appels à projets organisés par l'INCa.

> Décrypter la diversité des cancers du sein <

Depuis 2009, l'INCa a mis en place un programme d'identification de facteurs génétiques héréditaires donnant lieu à des sous-types différents de cancers du sein, l'étude SIGNAL. Plus de 9300 patientes étaient incluses fin 2013. Pour chacune, des données cliniques, épidémiologiques et un échantillon de sang sont centralisés par l'INCa. L'analyse de ces ressources uniques a débuté en 2013 : il s'agit de rechercher des facteurs associés aux cancers du sein HER2+, à une prédisposition de la patiente pour déclencher une toxicité cardiaque ou une rechute de son cancer. Les premiers résultats sont attendus en 2014.

15
PROJETS
DE RECHERCHE
ET DE SANTÉ
PUBLIQUE DÉDIÉS
AU CANCER DU SEIN
FINANCÉS POUR
UN MONTANT
DE PRÈS DE
6 M€

Une partie des patientes incluses dans l'étude SIGNAL a consenti à faire don d'un échantillon tumoral analysé par le programme ICGC sur le cancer du sein (voir page 44). Ce programme vise à identifier de nouvelles mutations somatiques pouvant servir de cibles thérapeutiques. Il repose sur un réseau de collaboration entre cliniciens, pathologistes, biobanques et unité d'analyse bioinformatique dont la coordination est assurée par l'INCa. Grâce à la mobilisation d'une dizaine de centres en France, près de 700 tumeurs ont été stockées fin 2013 dans la biobanque commune; près de 200 tumeurs ont été envoyées vers le séquençage. Les efforts de l'équipe bioinformatique, financée par l'INCa, ont porté sur la mise au point de méthodes fiables pour identifier des mutations, et en augmenter la sensibilité et la spécificité. L'année 2014 sera consacrée à la finalisation du séquençage de 75 tumeurs HER2+, engagement de la France dans le programme international, et à l'analyse des données pour identifier et valider des mutations. Le programme produira ainsi ses premiers résultats.

> Publication des résultats de l'essai PHARE <

En 2006, l'INCa a mis en place l'étude PHARE dont l'objectif était d'optimiser la durée du traitement adjuvant par trastuzumab du cancer du sein HER2+, et d'en réduire l'agressivité pour le cœur. Cette étude a rassemblé 350 investigateurs français dans 156 centres, permettant d'inclure 3382 patientes. L'analyse statistique des données, publiée dans le « Lancet Oncology » en juin 2013, n'a pas pu conclure à l'hypothèse de non-infériorité du bras « 6 mois » par rapport au traitement standard. Dans l'éditorial accompagnant l'article, il est souligné que l'étude PHARE soutient l'approche par le traitement personnalisé de ces patientes.

INTERVIEW

< Iris Pauporté > département Recherche clinique, coordinatrice du groupe transversal sur le cancer du sein

QUELS ONT ÉTÉ LES APPORTS DE LA DÉMARCHE INTÉGRÉE SUR LE CANCER DU SEIN EN 2013 ?

IP : Au-delà des avancées dans chacun des domaines couverts par le programme transversal sur le cancer du sein, cette démarche a permis de préciser la stratégie d'actions de l'Institut sur cette pathologie. En plus du partage d'informations, nous avons constitué un réseau de compétences, qui a permis d'accroître les collaborations internes, mais aussi externes, avec des partenaires communs. Nous avons également pu identifier des manques et proposer de nouvelles actions pour répondre au mieux aux enjeux inhérents au dépistage et aux innovations qui se déploient dans la prise en charge des cancers du sein. L'implication de la présidence, de la direction générale et des



directeurs de pôle dans cette démarche a également été un atout pour la mobilisation de l'ensemble des équipes de l'Institut.

> Soutenir une recherche pluridisciplinaire et intégrée <

En 2013, l'Institut, avec la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue nationale contre le cancer, a engagé un programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur les formes précoces du cancer du sein. Un séminaire national organisé le 5 juillet a identifié quatre axes prioritaires de recherche :

- améliorer la connaissance de l'histoire naturelle de la maladie pour diminuer le surdiagnostic et le surtraitement ;
- niveaux de risque et dépistage : approches multidisciplinaires ;
- évaluation biologique, médicale, socio-

psychologique et médico-économique de la désescalade thérapeutique par une approche fédérative et multidisciplinaire ;

- vivre après le traitement du cancer : aspects sociologiques, psychologiques, médicaux, économiques.

Un appel à projets basé sur ces axes a été publié en septembre 2013 : 42 lettres d'intention ont été soumises dont 18 sélectionnées pour être évaluées en deuxième phase. Les résultats seront connus en 2014.

L'augmentation significative de l'incidence du mélanome cutané ces dernières années justifie une mobilisation coordonnée autour de cette pathologie.

MÉLANOME CUTANÉ

DÉPLOYER UNE STRATÉGIE D'ACTION INTÉGRÉE



DÉTECTION PRÉCOCE

> Identification des facteurs de retard au diagnostic <

En complément des mesures de prévention, une démarche active de recherche et d'identification des signes d'alerte du mélanome cutané donne de meilleures chances de guérison car elle permet d'intervenir avant la phase d'extension métastatique. L'INCa et la Haute Autorité de santé (HAS) ont publié en janvier 2013 un rapport d'orientation sur les facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané, visant à évaluer l'impact de la mise en place du parcours de soins coordonné par le médecin traitant sur le dépistage de ces tumeurs. Ce rapport est accompagné d'une actualisation de la littérature sur la détection précoce du mélanome cutané.

Aucun argument ne permet de présager que la coordination par le médecin traitant peut occasionner un éventuel retard

au diagnostic. Pour les mélanomes cutanés épais au moment de leur exérèse, la valeur de l'indice de Breslow (marqueur pronostique qui mesure l'épaisseur maximale de la tumeur) est davantage corrélée aux caractéristiques de développement du mélanome (mélanome dit à croissance rapide) qu'au cumul des retards au diagnostic liés au patient et/ou au médecin. En lien avec les dermatologues, l'intervention des médecins traitants et leurs formations régulières permettront d'améliorer le diagnostic précoce. En parallèle, l'information de la population sur les facteurs de risque de mélanome cutané et la prévention du risque solaire doit être intensifiée. L'exposition aux UV, y compris artificiels, est, en effet, le seul facteur de risque sur lequel il est possible d'intervenir.

LE MÉLANOME CUTANÉ

11 176

NOUVEAUX CAS EN 2012 DONT

5 429

HOMMES ET

5 747

FEMMES

1 672

DÉCÈS

INTERVIEW

< Arnaud Porte > département Dépistage

QUELS SONT LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE BAROMÉTRIQUE MENÉE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ?

AP : L'objectif pour l'Institut est d'analyser l'évolution des connaissances et des pratiques des médecins généralistes concernant la détection précoce des cancers de la peau. Cette enquête a été menée en deux vagues, en octobre 2009 et octobre 2011.

QUELS EN SONT LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS ?

AP : Les résultats de la vague menée en 2011 sont comparables à ceux de 2009 ; 81 % des médecins interrogés estiment avoir la connaissance nécessaire concernant cette détection et 87 % se déclarent à l'aise pour répondre aux questions des patients. Ils pensent toutefois que leurs connaissances sont perfectibles et ils expriment des attentes fortes en matière d'information et de formation continue.

ET CONCERNANT LA PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ?

AP : L'examen de la peau des patients est répandu, mais il n'est pas toujours réalisé de manière complète par le médecin. L'autoexamen pour les patients identifiés à risque n'est présenté



qu'à 57 %. Les médecins sont surtout attentifs à la couleur à 83 % et à l'évolution d'un nævus à 60 %, moins aux autres éléments de la règle ABCDE comme le diamètre, les bords et l'asymétrie. En cas de doute face à une lésion cutanée suspecte, les médecins généralistes orientent à 96 % vers le dermatologue.



> Journée annuelle de dépistage des cancers de la peau <

L'INCa a soutenu l'organisation le 30 mai 2013 de la 15^e Journée annuelle de dépistage des cancers de la peau pilotée par le Syndicat national des dermato-vénérologues (SNDV). L'INCa a également participé à son évaluation avec pour objectif l'optimisation du dispositif. Ainsi, 12 509 personnes se sont présentées pour un examen de dépistage effectué par des dermatologues bénévoles dans 228 centres répartis sur l'ensemble du territoire. 4 060 porteurs de lésions suspectes ont été identifiés, et 7 400 lésions suspectes ont été dépistées. En 2012, 33 cas de mélanomes, 125 cas de carcinomes basocellulaires, 4 cas de carcinomes épidermoïdes et 12 cas de maladie de Bowén avaient été diagnostiqués dans le cadre de cette journée.

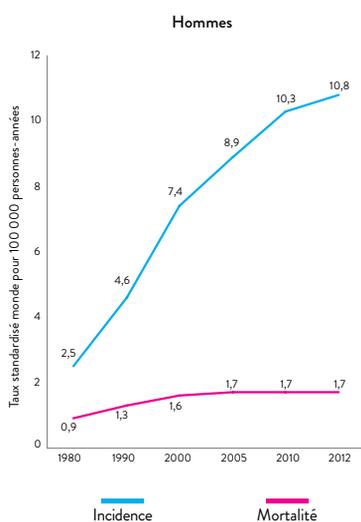
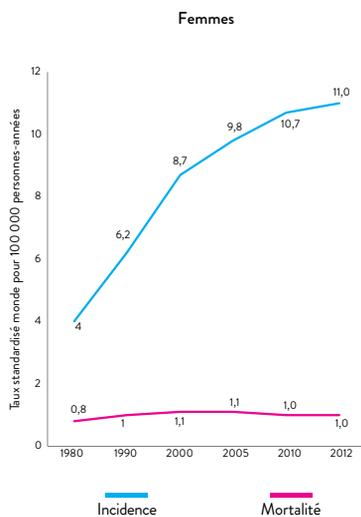
RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

> Prise en charge du mélanome métastatique <

Le mélanome cutané est un cancer de bon pronostic avec une survie relative à 5 ans, toutes formes confondues, de 91,2 %. Cependant, en cas de forme métastatique, la survie relative est estimée à 15,2 %. Ces dernières années ont été marquées par l'émergence de nouvelles molécules pour le traitement du mélanome métastatique, avec un bénéfice significatif sur la survie des patients. Par ailleurs, de nombreuses techniques se développent actuellement pour le traitement locorégional des sites métastatiques du mélanome. Ces évolutions ont soulevé chez les professionnels de santé des interrogations sur les stratégies thérapeutiques à déployer. Des recommandations ont donc été produites sur ce sujet et publiées en novembre 2013 par l'Institut national du cancer, en collaboration avec la Société française de dermatologie (SFD).



ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ DU MÉLANOME



PROGRAMME D'ACTIONS INTÉGRÉES DE RECHERCHE

L'INCa, avec la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue nationale contre le cancer, a lancé en 2012 un programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur le mélanome. Les axes identifiés visaient à :

- accroître les connaissances sur la biologie des mélanomes ;
- mieux comprendre l'importance de l'environnement et du microenvironnement ;
- étudier l'impact des thérapies innovantes, y compris sociétal et économique ;
- mieux connaître les facteurs de risques et mieux appréhender les croyances, les connaissances et les comportements de la population afin de les faire évoluer.

Les 25 projets soumis ont été évalués en 2013 par un comité d'experts internationaux et ont été jugés très compétitifs. Sept projets, tous classés excellents, ont été retenus pour un financement total de 4,42 millions d'euros par les trois partenaires. En complément, l'INCa a souhaité financer sur ses fonds deux autres projets, jugés de très haut niveau par le comité. Le nombre relativement faible de projets déposés (25 *versus* 39 en moyenne pour les PAIR des années précédentes), ainsi que le taux de sélection supérieur (36 % *versus* 20 % pour les autres PAIR) démontrent la réussite de la démarche fédérative initiée ces dernières années, notamment à travers la constitution et l'animation du Groupe multidisciplinaire français sur le mélanome cutané (GMFMe).

Ces projets portent sur la compréhension de la biologie du mélanome (déclenchement ou évolution vers le processus métastatique), la découverte et la mise au point de nouveaux traitements ciblés, et l'identification de facteurs prédictifs de réponse aux traitements existants. Par ailleurs, l'INCa s'est associé au cancéropôle PACA dans le cadre du 5^e workshop européen sur le mélanome organisé en juin 2013, où intervenants français et internationaux ont présenté les grandes avancées dans le domaine.

PROJETS FINANÇÉS DANS LE CADRE DU PAIR SUR LE MÉLANOME

Coordonnateurs	Titre Projet	Organisme	Ville	Cancérologie
Robert Ballotti	Rôle des kinases de la famille SRC dans le développement des mélanomes et dans la résistance aux inhibiteurs de BRAF. Étude intégrée : des mécanismes moléculaires à l'évaluation clinique des inhibiteurs des SRC.	INSERM U 1065	Nice	PACA
Brigitte Bressac-De Paillerets	Prédisposition génétique au mélanome : de la mutation Mi-E318K à la compréhension des mécanismes et retour vers la génétique.	Institut Gustave Roussy	Villejuif	IDF
Anne Caignard	Impacts immunologiques des thérapies innovantes du mélanome métastatique.	INSERM U 1016	Paris	IDF
Stéphane Dalle	Mécanismes d'induction de nouveaux mélanomes primitifs et de résistance lors du traitement du mélanome cutané par des inhibiteurs de la voie des MAP kinases.	Hospices civils de Lyon (HCL)	Lyon	CLARA
Véronique Delmas	Vers de nouvelles thérapies dans le mélanome par ciblage de GPCR.	Institut Curie	Paris	IDF
Marie-Dominique Galibert	Régulation des ARN non codants par les UV et impacts sur la progression du mélanome : opportunités thérapeutiques.	CNRS UMR 6290	Rennes	GO
Alain Mauviel	Bases moléculaires de l'hétérogénéité du mélanome et contrôle de la transition phénotypique.	Institut Curie	Orsay	IDF
Patrick Mehlen	Utilisation de DCC, récepteur à dépendance de Nétrine-1, comme approche innovante d'une thérapie ciblée dans les mélanomes : preuve de concept préclinique.	Centre de Recherche en Cancérologie	Lyon	CLARA
Caroline Robert	Identification et caractérisation de nouveaux mécanismes de résistance des mélanomes aux thérapies ciblées anti-BRAF et anti-MEK.	Institut Gustave Roussy	Villejuif	IDF

Pour améliorer la compréhension des inégalités face aux cancers et rendre opérationnelles les connaissances acquises, l'Institut s'est doté d'une mission dédiée rassemblant différents pôles et directions.

INÉGALITÉS

COMPRENDRE
POUR AGIR



« L'examen de la mortalité selon le niveau d'études montre que c'est le cancer qui contribue le plus fortement à la surmortalité des hommes sans diplôme, comparativement aux titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur. »

Haut Conseil de la santé publique
« Les inégalités sociales de santé :
sortir de la fatalité », décembre 2009

CARACTÉRISER LES INÉGALITÉS

Pour comprendre comment elles se forment et se manifestent aux différents temps du cancer, l'INCa a fait des inégalités l'un des thèmes prioritaires de ses appels à projets de recherche. C'est le cas de l'appel à projets « Recherche en prévention primaire », organisé en 2013 avec l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) et plusieurs autres partenaires (ANRS, Cnamts, CNSA, DGS, Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, INPES, MILDT, RSI).

Le soutien à l'innovation intègre également la prise en compte des inégalités. Ainsi, le programme EgalCan 2, lancé en 2013 et soutenu par l'INCa, vise à identifier le profil socioéconomique des patients inclus dans les essais cliniques menés par les centres de phase précoce labellisés (CLIP²).

> Observer et décrire les inégalités <

Afin d'améliorer l'observation des inégalités face aux cancers, l'INCa a mené en 2013 plusieurs actions complémentaires :

- élargissement de l'expérimentation de géocodage des bases de données des programmes de dépistage organisé des cancers à 24 départements, dans le but d'identifier des territoires sous-participants ;
- analyse des données de l'enquête « La vie deux ans après le diagnostic de cancer » et rédaction du rapport (publié mi 2014) ;
- lancement d'une étude de faisabilité d'un système d'observation des inégalités relatives aux cancers, en réponse aux recommandations du Haut Conseil de la santé publique.

À l'instar de son édition 2012, le rapport « Les cancers en France en 2013 »

comporte un chapitre dédié aux inégalités. Rédigé de façon collégiale, le chapitre accorde une place importante aux publications scientifiques et aux projets opérationnels, notamment grâce à la contribution des acteurs de terrain.

AGIR POUR LES RÉDUIRE

> Formaliser les savoir-faire <

La lutte contre les inégalités passe par une formalisation des savoir-faire développés par les acteurs de terrain, souvent en lien avec les acteurs de la recherche. Ainsi en 2013, l'INCa s'est associé à la réflexion menée par la Société française de santé publique dans le cadre de sa consultation nationale « Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé ». En parallèle, l'Institut a poursuivi sa réflexion sur la recherche interventionnelle en santé des populations, par la publication dans la revue « La Santé en actions » d'un retour d'expérience sur quatre années d'activité de l'appel à projets générateurs de « données probantes » quant à l'efficacité des pratiques et des politiques de santé publique. Une journée de restitution des travaux de recherche interventionnelle en sciences humaines et sociales a été organisée, plusieurs projets portant sur les inégalités face au cancer.

> Soutenir l'action opérationnelle <

L'INCa a soutenu plusieurs projets visant à adapter des stratégies de dépistage des cancers aux populations les plus éloignées du système de santé. Par exemple, pour lutter contre le cancer du col de l'utérus, des projets sur les autoprélèvements ont investigué de nouveaux modes d'intervention auprès de populations précaires de Marseille et de Tours. Des actions spécifiques ont également visé la mobilisation de populations: affiches multilingues sur le dépistage; campagne d'information via des radios communautaires.

Concernant le parcours de soins en cancérologie, l'INCa soutient un pro-

INTERVIEW CROISÉE

< Bastien Affeltranger > département Recherche en SHS, santé publique

< Héléne Vandewalle > département Dépistage



LORS DE LA PRÉPARATION DU PLAN CANCER, COMMENT S'EST TRADUIT L'ENGAGEMENT DE L'INCa CONTRE LES INÉGALITÉS FACE À LA MALADIE ?

B.A. : Fort des acquis de sa mission transversale sur les inégalités, l'Institut s'est attaché à identifier des actions visant à la réduction des inégalités dans tous les champs de la lutte contre les cancers.

H.V. : Les actions proposées s'inscrivent aux différents « temps » du cancer: en amont, dans le champ de la prévention primaire ou du dépistage, lors de la phase aiguë des traitements, ou encore après les traitements, lors du retour à l'emploi par exemple.



QUELS SONT LES AXES DE TRAVAIL PRÉVUS DANS LE PLAN POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS ?

H.V. : Certaines actions visent à identifier des publics vulnérables, et à améliorer leur prise en compte dans les politiques de santé publique. D'autres ont pour objectif de préciser les moments-clés du parcours de soins où risquent de se produire des pertes de chance pour les personnes malades, afin de mettre en œuvre des mesures correctrices.

B.A. : Il y a également un enjeu fort de transfert des connaissances issues des travaux de recherche dans ce domaine vers la pratique, et de partage des expériences concluantes avec les différents intervenants de la lutte contre les inégalités: décideurs de santé publique et acteurs de terrain.

jet pilote d'appartements de coordination thérapeutique. Ces structures d'accueil médico-sociales permettent l'accompagnement, par leurs proches, d'enfants atteints d'un cancer, et s'adressent en priorité aux familles en situation de fragilité socioéconomique ou psychosociale.

Enfin, les données actualisées d'incidence, de mortalité et de survie des personnes atteintes d'un cancer cinq et dix ans après le diagnostic ont été présentées au groupe cancer de la commission « Études et recherches » de la convention AERAS, dans l'objectif de faire évoluer l'appréciation du risque par les assureurs.

NOS ACTIONS





De la recherche à l'organisation des soins, en passant par la prévention et le dépistage, l'Institut national du cancer mobilise l'ensemble des moyens d'agir contre les cancers au travers de programmes d'actions récurrents.

L'Institut déploie un soutien d'envergure, au plan national et international, à la recherche fondamentale, source de progrès dans la compréhension des mécanismes de développement des cancers et de nouvelles perspectives thérapeutiques.

BIOLOGIE ET GÉNOMIQUE

SOUTENIR LA RECHERCHE
FONDAMENTALE



« Il y a encore beaucoup à apprendre, mais nous sommes sur la bonne voie et nous faisons d'importants progrès dans notre compréhension du cancer. »

Lincoln Stein

directeur du Centre
de coordination des données
de l'ICGC

**CONSORTIUM INTERNATIONAL
DE GÉNOMIQUE DU CANCER**

Initié en 2008, l'International Cancer Genome Consortium (ICGC) constitue l'un des projets de recherche biomédicale les plus ambitieux depuis le projet « Génome humain ». Il avait pour objectif initial de réaliser le séquençage de 50 types ou sous-types de tumeurs, pour mettre à disposition de la communauté scientifique une base de données en vue d'accélérer le développement d'outils performants de prévention, de diagnostic et de traitement. Fort de son succès, les objectifs du programme ont été dépassés puisque ce sont 71 projets qui ont été initiés à travers le monde.

L'INCa assure, avec l'Institut Cancer d'Aviesan, le financement des six projets menés par les équipes françaises. Deux nouveaux projets portant sur des tumeurs rares ont été engagés en 2013 : le rétinoblastome et le carcinosarcome gynécologique.

> Le projet rétinoblastome <

Le rétinoblastome est la tumeur maligne oculaire la plus fréquente de l'enfant et présente une incidence de 1 sur 15 000 à 20 000 naissances. Dans 75 % des cas, le traitement est l'ablation chirurgicale de l'œil atteint. Les premières analyses ont



aviesan

alliance nationale
pour les sciences de la vie et de la santé



montré que le rétinoblastome pourrait provenir de deux types cellulaires distincts dont la progression tumorale serait différente. L'objectif de cette étude est d'établir une caractérisation génétique des deux sous-groupes.

> Le projet carcinosarcome gynécologique <

Les carcinosarcomes sont des tumeurs rares et de mauvais pronostic qui surviennent le plus souvent dans l'utérus, mais également dans les ovaires, les trompes de Fallope et le vagin. La prise en charge clinique des carcinosarcomes s'avère complexe du fait d'une mauvaise connaissance scientifique de ces tumeurs. Ce projet a pour objectif, par une approche intégrative, de décrypter les mécanismes cellulaires et moléculaires permettant le développement et la progression des cancers gynécologiques.

INTERVIEW

< Karima Bourougaa > département Biologie, transfert et innovations



QUEL EST L'OBJET DU RAPPORT SUR LE « RÔLE DU MICROENVIRONNEMENT DANS LA TUMORIGÈNESE ET LA PROGRESSION TUMORALE » ?

KB : L'étude du microenvironnement tumoral a pris ces dernières années une place importante dans le domaine de la recherche sur le cancer. Il est désormais admis que le caractère invasif d'un cancer primitif est déterminé non seulement par les caractéristiques des cellules tumorales, mais aussi par leurs interactions avec l'environnement extracellulaire qui module les capacités de développement de la tumeur, et donc, le pronostic de la maladie. L'INCa et la Fondation ARC ont soutenu à travers leurs appels à projets un nombre croissant d'études dans ce domaine. Ce rapport présente les principales avancées scientifiques issues de ces projets.

QUELS EN SONT LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS ?

KB : La démonstration récente d'interactions et de coopérations entre cellules tumorales et stromales révèle l'importance de les cibler conjointement. Plusieurs types de traitements antiangiogéniques sont entrés en pratique clinique et donnent des résultats significatifs, notamment en association avec d'autres chimiothérapies. Des approches d'immunothérapie visant à l'élimination conjointe de cellules stromales et tumorales semblent également prometteuses. Ainsi, l'acquisition de connaissances fondamentales sur les mécanismes de l'oncogenèse liée au microenvironnement tumoral représente une orientation scientifique essentielle pour l'amélioration des thérapies actuelles et le développement de nouvelles approches.



ÉVOLUTION DE LA SÉLECTION ET DU FINANCEMENT DU PROGRAMME DE RECHERCHE EN BIOLOGIE ET SCIENCES DU CANCER

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Projets présentés	106	145	342	241	43	191	208	1436
Projets sélectionnés	40	30	27	43	30	32	33	235
Financement (M€)	14,4	13,5	13,5	20,8	14,9	15,9	15,1	108,1
Taux de sélection	37,7 %		7,9 %	17,8 %	14,8 %	16,8 %	15,8 %	16,4 %

APPEL À PROJETS EN BIOLOGIE ET SCIENCES DU CANCER

> Projets retenus en 2013 <

Depuis 2005, l'INCa organise un appel à projets libres dédié à la recherche fondamentale pour financer des projets originaux et prometteurs dans les différents domaines de la recherche cognitive en oncologie. Il représente entre 25 et 30 % des dépenses annuelles de recherche allouées par l'Institut aux appels à projets non thématiques.

Cet appel à projets a pour objectifs :

- d'acquérir de nouvelles connaissances et développer de nouveaux outils pour ouvrir de nouvelles perspectives thérapeutiques ;
- de permettre la réalisation de projets originaux ;
- de renforcer les collaborations multidisciplinaires ;
- de développer la recherche dans des domaines émergents.

En 2013, sur les 208 projets présentés, 33 ont été sélectionnés pour un financement pluriannuel global de 15,1 millions d'euros. Le taux de sélection de 16 % est conforme aux recommandations du conseil scientifique international de l'INCa et aux normes internationales.

En cohérence avec les objectifs de l'appel à projets, près de 86 % des projets financés étudient les mécanismes biologiques de la transformation cellulaire et la progression de la maladie, et 9 % des projets analysent soit les mécanismes de réponse et de résistance aux traitements, soit de nouvelles cibles thérapeutiques. Enfin, près de 5 % des projets visent à identifier les facteurs exogènes liés à l'origine du cancer — facteurs environnementaux, agents infectieux bactériens et viraux ou modes de vie — et leurs interactions avec les protéines impliquées dans la régulation cellulaire.

COORDINATION DES CANCÉROPÔLES

Les cancéropôles ont fêté leurs 10 ans en 2013. Leur création en 2003 est une des mesures structurantes du premier Plan cancer pour renforcer la dynamique de recherche nationale en s'appuyant sur une mobilisation des acteurs au niveau régional ou interrégional. Après 10 ans d'existence, les cancéropôles ont acquis une assise géographique et institutionnelle grâce aux actions qu'ils ont su mener à bien :

APPEL À PROJETS EN BIOLOGIE ET SCIENCES DU CANCER

33

PROJETS SÉLECTIONNÉS EN 2013 POUR UN MONTANT GLOBAL DE

15.1 M€

SÉMINAIRE INTERCANCÉROPÔLES-INC_a

La deuxième édition du séminaire InterCancéropôles-INC_a a été organisée en juin 2013 à Lille sur la thématique émergente : « L'impact des cancers et des traitements sur les fonctions

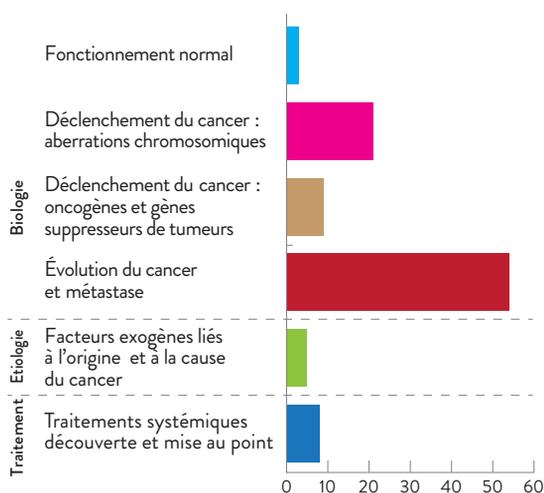
cognitives ». Il a rassemblé les principaux acteurs français de la recherche sur cette thématique transdisciplinaire, intéressant tout à la fois les scientifiques, les professionnels de santé et les patients atteints de cancers.



- soutien à la structuration et à la mutualisation technologique : coordination opérationnelle des ressources biologiques autour de la création des tumorothèques virtuelles régionales ;
- optimisation et émergence de plateformes technologiques : cofinancements d'équipements, de personnel, appuis technologiques, formations dans un objectif de partage d'expertises (par exemple, en histopathologie expérimentale et en microscopie virtuelle, ou en matière de bioinformatique) ;
- accompagnement au développement de partenariats académique/industriel : notamment pour la maturation de projets nationaux (programme MATWIN) ou régionaux (Preuve de concept du CLARA) ;
- capacité de mobilisation des équipes sur des sujets émergents et innovants : pour exemple, la mobilisation autour de l'impact des cancers et des traitements sur les fonctions cognitives (cf. encadré).

En tenant compte de l'expertise développée depuis 10 ans et pour répondre à l'évolution du paysage de la recherche, les missions des cancéropôles seront amenées à évoluer selon les préconisations du Plan cancer 2014-2019.

RÉPARTITION DES PROJETS SÉLECTIONNÉS EN 2013 (SELON LA CATÉGORIE CSO)



Le soutien de l'INCa à la recherche translationnelle et intégrée en cancérologie se traduit par des appels à projets dédiés et une politique de structuration et de valorisation scientifique.

RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

TRANSFÉRER LES DÉCOUVERTES
À LA CLINIQUE



PROGRAMMES DE RECHERCHE DÉDIÉS

> Appel à projets national <

L'appel à projets « Recherche translationnelle en cancérologie » soutient des études permettant d'accélérer le transfert des découvertes de la recherche fondamentale vers la recherche clinique et de progresser dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques et épidémiologiques, par le partage d'expertise entre chercheurs fondamentalistes et cliniciens.

En 2013, 20 projets ont été sélectionnés pour un cofinancement INCa-DGOS sur trois ans de 8,8 millions d'euros. En accord avec les objectifs de la recherche translationnelle, 13 projets portent sur l'amélioration du diagnostic, la meilleure évaluation du pronostic et de la prédiction de la réponse ou de la toxicité des traitements,

et 9 projets visent à identifier de nouvelles cibles thérapeutiques et améliorer les traitements. Les localisations tumorales concernées sont le côlon, le sein, l'ovaire, la prostate, le pancréas, la vessie et les VADS. L'hématologie est représentée dans un tiers des projets, et deux études portent sur les cancers pédiatriques.

> Programme européen <

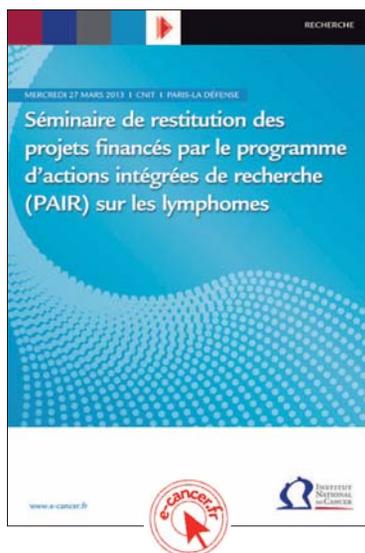
Le programme ERA-NET TRANSCAN permet une coordination européenne des programmes nationaux de recherche translationnelle sur le cancer, notamment via des appels à projets conjoints. Les deux premiers appels à projets ont porté respectivement sur la « validation de biomarqueurs pour le développement de la médecine personnalisée » et sur

APPEL À PROJETS DE RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

20

PROJETS
SÉLECTIONNÉS
EN 2013 POUR
UN MONTANT DE

8.8 M€



la « recherche en prévention primaire et secondaire des cancers ». Ils ont permis de soutenir 10 projets européens chacun, incluant au total 15 équipes françaises. Lancé fin 2013, le troisième appel à projets porte sur la recherche translationnelle en prévention tertiaire des cancers.

www.transcanfp7.eu

LES SITES DE RECHERCHE INTÉGRÉE SUR LE CANCER (SIRIC)

La création des 8 SIRIC doit permettre des évolutions significatives dans la conduite d'une recherche pluridisciplinaire et intégrée en vue d'un transfert rapide des résultats en pratique clinique. L'INCa est particulièrement attaché à la coordination de ce programme ambitieux, visant à faciliter les échanges scientifiques entre SIRIC, permettre les partages d'expériences et constituer une force de proposition sur les évolutions de la recherche translationnelle. Le premier séminaire annuel réunissant directeurs et managers des SIRIC s'est déroulé le 7 février 2013; il a permis d'échanger sur les programmes de recherche de chacun des SIRIC et d'identifier les domaines de complémentarité.

RENCONTRES ANNUELLES DE L'ICRP

L'INCa a accueilli et présidé en avril 2013 les Rencontres annuelles de l'ICRP (Partenariat international de la recherche sur le cancer), alliance des financeurs de la recherche sur le cancer dont il est membre depuis 2009. Outre les membres actuels de l'ICRP, de nouveaux adhérents potentiels étaient conviés ainsi que des représentants de TRANSCAN, en tant que financeurs de la recherche translationnelle sur le cancer. Les objectifs de ces Rencontres étaient de :

- sensibiliser aux stratégies de recherche translationnelle dans les différents pays;

- renforcer l'efficacité des partenaires par la mise en réseau et l'échange d'informations;
- partager l'évaluation des financements de la recherche sur le cancer;
- s'accorder sur la stratégie d'ICRP pour les trois ans à venir.

www.icrppartnership.org



Le processus d'évaluation concertée des SIRIC s'appuie sur une étude qualitative lancée en 2013 en partenariat avec une équipe du Centre de sociologie des organisations (CSO, UMR CNRS-Sciences Po).

RESTITUTION DU PAIR LYMPHOMES

Plus de 200 participants ont assisté le 27 mars 2013, durant le congrès de la Société française d'hématologie, au séminaire de restitution des sept projets financés (à hauteur de 5,2 millions d'euros) par le programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur les lymphomes. Lancé en 2008 à la suite de la mise en évidence d'une augmentation de l'incidence des lymphomes dans les pays développés, ce PAIR visait à mieux comprendre l'étiopathologie et la pathogenèse et à faciliter l'émergence d'innovations en matière de diagnostic et de thérapies.

L'Institut soutient l'optimisation de l'organisation des tumorothèques en vue de la constitution de collections de tumeurs et de bases de données associées, selon une stratégie de recherche locale et dans le cadre de réseaux multicentriques.

RESSOURCES BIOLOGIQUES

RATIONNALISER
ET VALORISER



STRUCTURATION DES TUMOROTHÈQUES

Les tumorothèques constituent un enjeu majeur pour progresser dans la compréhension et le traitement des cancers. Elles répondent à des critères de qualité de préparation, de conservation et d'annotations des échantillons. Depuis le premier Plan cancer, l'INCa est en charge du suivi de l'organisation et des activités des tumorothèques, réalisé au moyen d'un rapport d'activité annuel qui met en évidence les évolutions et la professionnalisation de ces plateformes.

L'analyse des rapports d'activité permet en outre de répartir les crédits MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, sous-ensemble de la dotation MIGAC) alloués aux tumorothèques, en fonction d'un indice de contribution scientifique.

En 2013, les précisions apportées au formulaire de rapport d'activité ont permis de consolider la mesure de cet indice et d'améliorer la clé de répartition des crédits de soutien MERRI. Ces travaux menés en concertation avec le groupe de travail « ressources biologiques » de l'INCa, rassemblant des représentants des cancéro-pôles, permettent en particulier d'améliorer l'évaluation de la qualité des contributions scientifiques.

> Bases clinicobiologiques (BCB) <

L'objectif de l'appel à projets BCB initié en 2011 est de stimuler la fédération des acteurs pour constituer des bases clinicobiologiques associées à des échantillons biologiques pour un type de cancer.

Une base de données clinicobiologiques est un outil de recueil et de gestion de

14
BASES
CLINICOBIOLOGIQUES
SOUTENUES POUR
UN MONTANT
TOTAL DE
7.8 M€

L'Institut contribue au développement de la recherche clinique en cancérologie, à travers l'organisation d'appels à projets, et en menant des actions de structuration pour accroître la compétitivité de la France.

RECHERCHE CLINIQUE

DÉVELOPPER DE NOUVELLES THÉRAPEUTIQUES



AVANCÉES EN RECHERCHE CLINIQUE

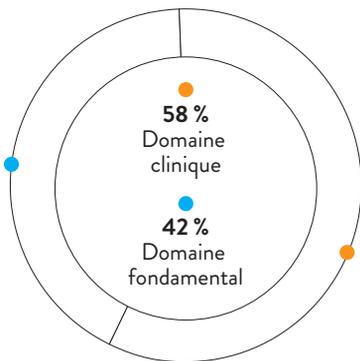
Les indicateurs bibliométriques montrent que l'activité de recherche sur le cancer dans le monde a augmenté de 26,5 % entre 2008 et 2012. La France occupe la septième place mondiale et la quatrième place européenne en nombre de publications. Une analyse des domaines de recherche sur le cancer dans le monde indique que 22 % des travaux sont publiés dans des journaux directement indexés en oncologie, dont la majorité avec une orientation clinique.

pour la recherche sur le cancer. Les contributions des équipes de recherche françaises à ces avancées ont été importantes dans toutes les pathologies et organes, et dans les domaines diagnostiques, pronostiques ou prédictifs et surtout thérapeutiques.

Ces avancées ont été obtenues grâce au financement public, caritatif ou privé de projets ou de structures de recherche clinique. Elles constituent une part importante des publications scientifiques françaises dans le domaine du cancer, avec ainsi :

- plus de 13 000 publications françaises (163 ont été citées plus de 100 fois par d'autres publications) consacrées aux cancers d'organes et une progression pratiquement pour tous les organes ou types de cancer ;

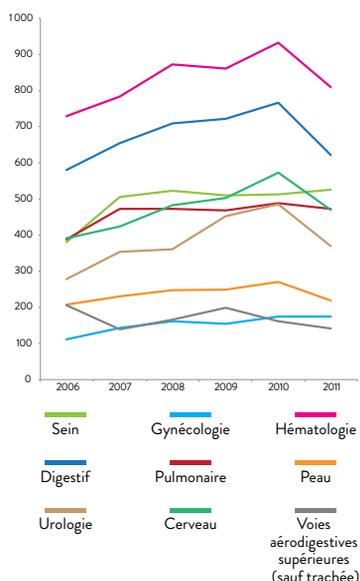
PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES FRANÇAISES SUR LES CANCERS : PARTS DE LA RECHERCHE CLINIQUE ET FONDAMENTALE



> Analyse 2005-2011 <

L'Institut a coordonné en 2013 un rapport d'analyse des avancées en recherche clinique entre 2005 et 2011 rédigé avec les groupes de recherche clinique de l'INCa, la Ligue nationale contre le cancer et la Fondation ARC

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES FRANÇAISES CONSACRÉES À LA RECHERCHE CLINIQUE



- une forte internationalisation de la recherche française dans le domaine du cancer comportant 37 % des publications en recherche clinique cosignées avec au moins un pays étranger, témoignant ainsi de l'importance des études multicentriques — les publications cosignées avec les États-Unis (13,3 %) étant très bien citées.

LES APPELS À PROJETS NATIONAUX

L'Institut organise, pour le compte du ministère chargé de la santé, les appels à projets annuels du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), et du programme de recherche médico-économique (PRME) dédiés au cancer. Le PRME fait suite, depuis 2013, au programme de soutien aux techniques innovantes (PSTIC).

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU PHRC ET DU PRME SUR LE CANCER EN 2013

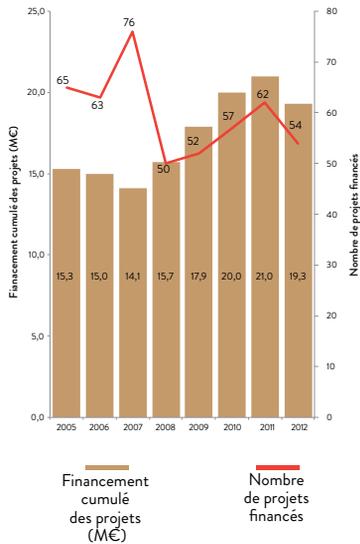
	PHRC	PRME
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valider de nouvelles connaissances médicales ou scientifiques dans le domaine clinique ■ Améliorer la qualité des soins par l'évaluation de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer la validation de l'efficacité des technologies de santé innovantes grâce à des études médico-économiques ■ Comparer en vie réelle l'efficacité des stratégies de prise en charge alternatives impliquant des technologies de santé innovantes
Financement	17,15 M€	0,86 M€
Projets présentés	240	16
Projets sélectionnés	44	2
Taux de sélection	18,3 %	12,5 %

PRINCIPAUX THÈMES DU PHRC SUR LE CANCER EN 2013

Thématiques	Nombre de projets
Traitements médicamenteux	15
Stratégies de prise en charge	10
Chirurgie ou autres approches instrumentales innovantes	6
Biothérapie	4
Radiothérapie (y compris curiethérapie)	3
Imagerie (dont TEP)	3
Biomarqueurs (diagnostic, pronostic)	2
Médecine nucléaire (sauf TEP)	1
Total	44



ÉVOLUTION DE LA SÉLECTION ET DU FINANCEMENT DU PHRC CANCER

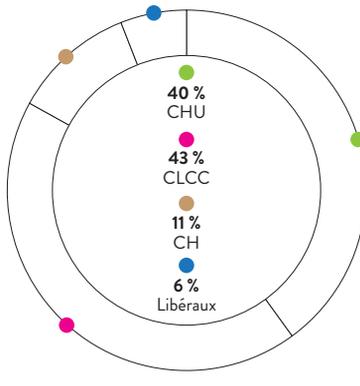


TYPOLOGIE DES ESSAIS AFFICHÉS DANS LE REGISTRE EN LIGNE AU 31 DÉCEMBRE 2013

	Total	Ouverts	À venir
Total	1691	509	6
Dont académiques	1047	397	5
Classement anatomique*	Total	Ouverts	À venir
Sein	260	79	1
Prostate	98	33	0
Appareil respiratoire	186	50	0
Côlon et rectum	144	54	2
Voies aérodigestives supérieures (VADS) et ORL	86	27	1
Foie et voies biliaires	73	23	1
Appareil urinaire	65	20	1
Appareil génital féminin	94	33	2
Appareil digestif (autre que côlon et rectum)	65	21	0
Peau - Mélanomes			
Sang - Hématologie	354	107	2
Système nerveux	91	30	1
Sarcomes	55	22	1
Appareil génital masculin	7	0	1
Système endocrinien	26	8	0
Métastases	71	21	1
Autres	164	56	0

* La somme peut être supérieure au total, certains essais présentant plusieurs catégories de classification.

RECRUTEMENT DES PATIENTS DANS DES ESSAIS CLINIQUES EN CANCÉROLOGIE



En 2013, 44 projets soumis au PHRC ont été sélectionnés et financés à hauteur de 17,15 millions d'euros et 2 projets ont été financés dans le cadre du PRME pour un montant de 864 070 euros, portés par 39 hôpitaux ou groupes hospitaliers différents (CLCC pour 15 projets, CHU pour 29 projets). Ces projets de recherche sont consacrés à l'avancée des connaissances médicales et à la qualité des soins, et aux catégories d'actes habituellement utilisés dans les soins courants.

> Évolution des programmes nationaux <

De 2005 à 2012, le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) dédié au cancer, géré par l'Institut pour le ministère chargé de la santé, a permis de financer 491 projets consacrés aux traitements (> 57 %) ou au diagnostic, au dépistage précoce et au pronostic (> 24 %) des cancers, pour un budget global de plus de 138 millions d'euros. Sur la même période, 42 projets de recherche médico-économique ont été financés via le programme de soutien aux techniques innovantes (PSTIC Cancer) pour un budget dépassant les 25 millions d'euros.

REGISTRE DES ESSAIS CLINIQUES

Grâce à la collaboration entre l'INCa, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et les promoteurs d'essais cliniques, le registre des essais cliniques, accessible via le site de l'INCa, affichait 1 691 essais au 31 décembre 2013, à plus de 60 % académiques. Le registre reçoit plusieurs milliers de visites par mois, ce qui en fait l'une des premières rubriques du site e-cancer.fr en termes de fréquentation.

> Analyse 2007-2012 <

L'Institut a publié en 2013 un bilan du registre d'essais cliniques français de 2007 à 2012, concernant l'offre d'essais cliniques en France par pathologie cancéreuse, types de patients et sites d'investigation. Il analyse également le rythme d'inclusions dans les essais cliniques par rapport aux estimations prévisionnelles. Près de 1 500 essais cliniques, 200 promoteurs et plus de 800 sites investigateurs sont analysés.

AUGMENTATION DES INCLUSIONS DANS LES ESSAIS

L'enquête annuelle menée par l'INCa a permis d'évaluer les activités de recherche clinique en 2012. Une hausse sensible du nombre de patients inclus dans les essais cliniques a été observée: + 72 % entre 2008 (année de référence) et 2012, + 90 % dans les essais académiques et + 24 % dans les essais industriels au cours de la même période. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les CHU recrutent plus de 80 % des patients, avec une augmentation de 78 % dans les CLCC et de 27 % dans les CHU par rapport à 2008. En 2012, le pourcentage d'inclusions dans les essais cliniques en France est estimé entre 7,5 % et 8,5 % des patients.

INTERGROUPES COOPÉRATEURS

En 2013, l'INCa a labellisé deux nouveaux intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine de la recherche clinique sur les cancers: INTERSARC (Sarcomes) et l'Intergroupe français du cancer du sein. Les intergroupes IFCT (Poumons), LYSA-LYSARC (Hématologie), IFM (Hématologie), ARCAGY-GINECO (Gynécologie), GORTEC-GETTEC-

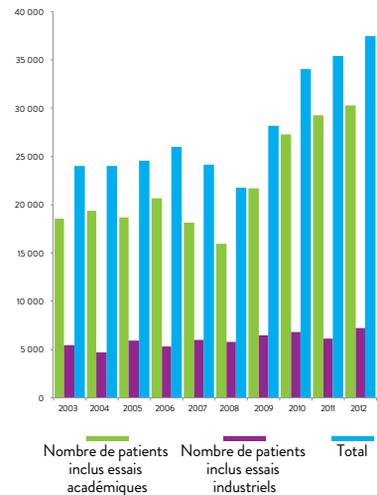
GERCOR (Tête et cou) et FFCD-GERCOR (Digestif) avaient été labellisés en 2012.

L'objectif de cette labellisation est de renforcer la coopération entre les groupes de recherche académiques et de favoriser ainsi la conduite d'études cliniques fédératrices d'envergure, incluant de nombreux patients dans tous types d'établissements de soins.

> L'apport des équipes mobiles de recherche clinique <

Depuis 2006, l'INCa et le ministère chargé de la santé ont mis en place 26 équipes mobiles de recherche clinique (EMRC) pour permettre aux investigateurs, publics ou privés, de participer aux essais cliniques dans des conditions favorables. Environ 70 postes d'attachés de recherche clinique et de techniciens sont financés, intervenant dans plus de 145 hôpitaux en France. En 2013, l'INCa, en collaboration avec la DGOS, a poursuivi l'évaluation et la coordination des EMRC en y associant les directions de recherche clinique des établissements de soins. Un groupe d'experts a analysé les bilans des EMRC et a établi des recommandations. Une réunion d'échanges a eu lieu le 26 novembre 2013. Le bilan est globalement positif: triplement des inclusions dans les structures ayant reçu l'appui des EMRC, couverture du territoire et répartition entre secteurs public et libéral, stabilisation des organisations locales mises en place, rôle structurant des EMRC pour les régions et les groupes coopérateurs. L'offre d'essais dans les structures de proximité doit toutefois être améliorée.

RECrutement des patients dans des essais cliniques en cancérologie en 2012



En complément de ses actions en faveur de la recherche clinique, l'Institut mène une politique volontariste pour permettre aux patients de bénéficier plus rapidement des nouveaux médicaments, ciblant des altérations moléculaires spécifiques.

MÉDICAMENTS INNOVANTS

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES THÉRAPIES CIBLÉES



LANCEMENT DU PROGRAMME AcSé

En accord avec l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), l'INCa a lancé en 2013 le programme AcSé (pour Accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes). L'objectif de ce programme est de proposer à des patients en situation d'échec thérapeutique des thérapies ciblant les altérations moléculaires présentes dans leur tumeur, indépendamment de la localisation concernée, dans le cadre sécurisé d'un essai clinique, et de façon équitable à travers le territoire.

Le comité stratégique du programme AcSé se compose d'experts cliniciens, de méthodologistes, d'anatomopathologistes, de représentants de patients, de promoteurs et de financeurs. Il a pour mission de :

- sélectionner et prioriser les médicaments de thérapie ciblée candidats à un essai clinique entrant dans le programme AcSé ;

- assurer le suivi du programme en fonction des résultats de chaque essai mis en place et de proposer les adaptations nécessaires ;
- proposer des actions de communication auprès des cliniciens, des plateformes de génétique moléculaire et des patients.

Le premier essai clinique « AcSé crizotinib », promu par UNICANCER et cofinancé par la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, a été autorisé en mai par l'ANSM et le comité de protection des personnes et a ouvert en juillet 2013. Une quinzaine de patients étaient inclus à la fin de l'année 2013. Une interface dynamique régulière a été instaurée avec les groupes coopérateurs, les réseaux cancers rares, les CLIP², les réseaux régionaux de cancérologie, les EMRC, les sociétés savantes, ainsi que les pla-

« La raison d'être du programme AcSé est le principe d'équité d'accès des patients en situation de rechute ou de progression aux traitements innovants potentiellement efficaces. »

Gilles Vassal

coordonnateur de l'essai
AcSé Crizotinib

teformes de génétique moléculaire pour prendre en compte les spécificités des pathologies rencontrées dans le cadre de cet essai. Un site internet dédié est régulièrement enrichi et accompagné d'une newsletter.

www.unicancer.fr/rd-unicancer/programme-acse

CENTRES D'ESSAIS CLINIQUES PRÉCOCES

Dans le même objectif de développer l'accès des patients en France aux médicaments innovants, l'INCa avait auparavant développé plusieurs initiatives complémentaires :

- collaboration avec le National Cancer Institute (NCI) américain, en 2009, permettant aux centres français de proposer des essais cliniques de phase précoce dans le cadre des appels à projets du NCI, pour évaluer des molécules non disponibles en France hors essais cliniques industriels ;
- création du réseau de centres labellisés INCa de phase précoce (CLIP²) en 2010 pour concevoir et mener des essais cliniques nationaux et internationaux ;
- depuis 2011, grâce à des interactions avec les laboratoires pharmaceutiques français et internationaux, organisation régulière d'appels à projets réservés aux CLIP² pour mener des essais cliniques de phase précoce, à promotion académique, testant des molécules industrielles en cours de développement, hors des indications prévues par les laboratoires.

Le Centre national de gestion des essais de produits de santé (CeNGEPS), la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et l'institut Lilly soutiennent ces initiatives qui ont déjà permis de financer 11 projets pour un montant de 6,7 millions d'euros.

En 2013, quatre nouvelles molécules industrielles ont fait l'objet d'appels à

projets et deux nouvelles collaborations concernant des cancers rares étaient en cours de finalisation avec le Cancer Therapy Evaluation Program du NCI, pour être concrétisées en 2014.

ACCÈS AUX TESTS DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

Afin de structurer la génétique somatique des tumeurs, l'INCa a mis en place dès 2006 un programme de développement de plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers. Ce dispositif garantit un accès optimal aux thérapies ciblées en permettant de prescrire un traitement aux seuls patients susceptibles d'en bénéficier. Chacune des 28 plateformes réalise les tests moléculaires pour l'ensemble des patients de sa région, quel que soit l'établissement de prise en charge.

> L'activité des plateformes <

L'INCa a mis en place en 2012 une évaluation externe de la qualité pour les tests théranostiques les plus utilisés. Les résultats de cette première campagne sont très satisfaisants, avec un taux d'erreurs pour le génotypage des gènes KRAS et EGFR respectivement de 0,6 % et 1 %. En complément, un contrôle qualité pour le gène BRAF a été mis en place en 2013.

Le bilan national de l'activité des plateformes en 2012, fournissant des données quantitatives et qualitatives, est disponible sur e-cancer.fr/publications.

> Programme

« biomarqueurs émergents » <

Depuis 2010, l'INCa conduit un programme de soutien aux plateformes de génétique moléculaire pour qu'elles détectent en routine un panel de biomarqueurs déterminant l'accès à des thérapies ciblées en phase de validation clinique. Il s'agit, pour les patients atteints d'un cancer du poumon chez

CENTRES D'ESSAIS CLINIQUES DE PHASE PRÉCOCE (CLIP²)

11

PROJETS FINANCÉS POUR UN MONTANT DE

6.7 M€



COLLABORATIONS INCa/NCI ET INCa/LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES

Date de lancement	Molécules innovantes	Indication	Promoteur	Investigateur principal	Nombre de patients	État au 31/12/2013
COLLABORATIONS INCa/NCI						
2009	Inhibiteur d'hedgehog	Chondrosarcome	Institut Bergonié	A. Italiano	45	Clos ⁶
2010	Inhibiteur d'AKT	Lymphome	Centre Léon Bérard	H. Ghesquière	51	En cours
COLLABORATIONS INCa/LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES						
Novembre 2011	Inhibiteur de PI3K	Cancer tête et cou	Centre Léon Bérard	J. Fayette	70	Ouvert aux inclusions (13 patients)
Avril 2012	Inhibiteur de PI3K/mTor	Leucémie myéloïde et myélodysplasie	Institut Curie	J. Vargaftig	39	Finalisation du protocole
Avril 2012	Anti-CDK4/6	GIST	Institut Bergonié	A. Italiano	63	En cours d'ouverture
	Anti-CDK4/6	Mélanome	Hôpital Saint-Louis	C. Lebbé	40	En cours d'ouverture
Juillet 2012	Inhibiteur de P70/AKT	Tumeur solide	Institut Gustave Roussy	JC. Soria	44	Ouvert aux inclusions
	Inhibiteur de P70/AKT	Cancer du sein	Institut Paoli Calmettes	A. Goncalves	73	Ouvert aux inclusions
Août 2012	Anti-EGFR			Arrêt		
Mai 2013	Virus oncolytique	Cancer du sein et sarcome des tissus mous	Institut Bergonié	A. Italiano	120	Finalisation du protocole
Mai 2013	Inhibiteur de P38/MAPK	Cancer du sein	Centre François Baclesse	C. Levy	114	Finalisation du protocole
	Inhibiteur de P38/MAPK	Glioblastome	Centre Jean Perrin	X. Durando	51	Finalisation du protocole
Juillet 2013	Ac anti-HER3			En cours d'évaluation		
Décembre 2013	Antinéoplasique			En cours d'évaluation		

6. GDC-0449 in patients with advanced chondrosarcomas: a French Sarcoma Group/US and French National Cancer Institute Single-Arm Phase II Collaborative Study. Italiano A, Le Cesne A, Bellera C, Piperno-Neumann S, Duffaud F, Penel N, Cassier P, Domont J, Takebe N, Kind M, Coindre JM, Blay JY, Bui B. Ann Oncol. 2013 Nov;24(11):2922-6. doi: 10.1093/annonc/mdt391

lesquels un test EGFR est réalisé, de rechercher également des altérations des gènes KRAS, PI3KCA, BRAF, HER2 et ALK. Les mutations de BRAF et de KIT sont recherchées systématiquement pour les mélanomes. Dans le cancer colorectal, outre les mutations du gène KRAS, d'éventuelles altérations de BRAF, ainsi que l'instabilité des micro-satellites (MSI) sont étudiées.

À ce jour, trois thérapies ciblées concernées par ce programme ont obtenu une autorisation de mise sur le marché :

- le vemurafenib et, depuis 2013, le dabrafenib pour les patients atteints d'un mélanome exprimant une mutation de BRAF ;
- le crizotinib pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon avec translocation du gène ALK.

> Étude BIOMARQUEURS France <

L'INCa soutient le projet BIOMARQUEURS France piloté par l'IFCT (Intergroupe français de cancérologie thoracique). L'objectif est de réaliser une analyse descriptive de la prévalence dans le cancer du poumon des anomalies moléculaires dont l'analyse est financée par l'INCa dans le cadre du programme « biomarqueurs émergents ». Ce projet concerne le recueil des données de 20 000 patients bénéficiant d'une recherche de mutations de l'EGFR et des biomarqueurs émergents associés. Le déploiement du projet au niveau national a débuté en avril 2012 et les données de plus de 18 000 patients étaient disponibles en octobre 2013. Ce programme a fait l'objet d'une communication orale au congrès de l'ASCO 2013 et a été cité dans le rapport annuel sur les avancées de la recherche clinique 2013 du « Journal of Clinical Oncology ».

« Le Conseil approuve le programme de l'INCa visant au développement des infrastructures de séquençage de nouvelle génération (NGS) et à l'utilisation des résultats obtenus en pratique clinique. »

Conseil scientifique international de l'INCa

Recommandations 2013

NOUVELLES TECHNOLOGIES DE SÉQUENÇAGE

La liste des biomarqueurs utilisés en pratique clinique augmente régulièrement en raison du nombre croissant de thérapies ciblées en développement. Les nouvelles technologies de séquençage (NGS pour Next Generation Sequencing) devraient répondre à ces besoins croissants dans un avenir proche. De même, en génétique constitutionnelle, l'implémentation du NGS doit accroître les capacités d'analyse des laboratoires, permettant de réduire le délai de rendu des résultats et de séquencer davantage de gènes de prédisposition pour un même patient.

L'INCa a lancé en 2013 un appel à projets pour mettre en place une phase pilote d'implémentation du NGS à visée diagnostique. Neuf projets regroupant des laboratoires d'oncogénétique constitutionnelle et des plateformes de génétique moléculaire ont été retenus. Ce programme a aussi permis d'identifier quatre équipes référentes en bioinformatique pour accompagner et conseiller les laboratoires. En complément, une étude médico-économique sera menée pour évaluer l'impact financier de cette évolution technologique. Les travaux du groupe de suivi piloté par l'INCa permettront d'assurer, dans les meilleures conditions, le déploiement à venir du NGS à visée diagnostique dans l'ensemble des laboratoires.

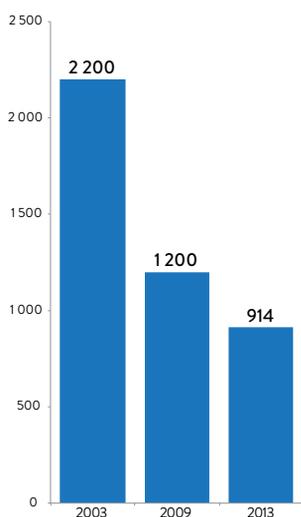
L'amélioration constante de la qualité et de la sécurité des soins dans le champ de la cancérologie suppose d'observer et d'évaluer l'activité et les trajectoires de soins, mais aussi, de surveiller la démographie des professionnels de santé.

ORGANISATION DES SOINS

STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS EN CANCÉROLOGIE



ÉVOLUTION DU NOMBRE
D'ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS
POUR LE TRAITEMENT DU CANCER



DISPOSITIF D'AUTORISATION DE TRAITEMENT DU CANCER

> Bilan de la mise en œuvre <

Le constat réalisé par le comité d'orientation du Plan cancer en 2003 avait mis en exergue une très grande dispersion de l'offre, des disparités de conformité et de qualité des pratiques, une inégalité d'accès aux techniques innovantes et aux essais cliniques. Ce constat soulignait également les problèmes démographiques et l'inégale répartition des professionnels sur le territoire.

Le dispositif d'autorisation applicable au traitement du cancer, élaboré dans le cadre du premier Plan cancer et mis en œuvre en 2007, vise à renforcer l'équité, la qualité et la sécurité des traitements dans une approche globale du parcours de soins des patients atteints de cancer.

Le dispositif repose sur trois types d'obligations :

- un seuil d'activité minimale par site pour chacune des trois disciplines : chirurgie (seuils déclinés pour six localisations de tumeurs), chimiothérapie et radiothérapie ;
- des critères de qualité transversaux à respecter par site autorisé : être membre d'un réseau de cancérologie (voir interview ci-contre), organiser un dispositif d'annonce du diagnostic et de concertation pluridisciplinaire avec la remise au patient d'un programme personnalisé de soins, respecter les référentiels de bonnes pratiques, permettre l'accès à des soins de support, faciliter l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques ;

INTERVIEW CROISÉE

< Roselyne Bôquet > département Organisation des soins, < Gilles Chantôme > département Organisation des soins



QUELLES SONT LES MISSIONS DES RÉSEAUX RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE (RRC) ?

RB: Les RRC sont chargés d'offrir un cadre commun et des outils aux professionnels de santé pour harmoniser et améliorer les pratiques régionales de prise en charge des patients atteints de cancer. Ils ont pour missions de diffuser les référentiels de pratiques cliniques; de favoriser la communication entre professionnels; d'informer le public et les professionnels; de contribuer à la formation continue; et enfin d'observer et évaluer les pratiques.

GC: L'appartenance à un RRC fait partie des obligations que doivent remplir les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les traitements du cancer.

COMMENT CES RÉSEAUX SONT-ILS RECONNUS ?

RB: La reconnaissance initiale de chaque réseau est accordée par l'INCa pour une durée de trois ans et deux mois et s'accompagne d'une convention d'objectifs signée par l'INCa, l'ARS et le RRC. La procédure de reconnaissance des 25 RRC s'est achevée en 2013, avec la reconnaissance des réseaux ONCO-BASSE-NORMANDIE et ONCO-NORD-PAS-DE-CALAIS. Les 23 RRC reconnus en 2010 et 2011 arrivent progressivement à échéance à partir de 2013. La décision de renouvellement de leur reconnaissance dépendra du niveau de réalisation de leurs missions à l'issue de leur période de reconnaissance.

GC: Ce niveau de réalisation est apprécié au travers de l'analyse des tableaux de suivi d'activité que chaque réseau renseigne annuellement. Ces éléments servent également dans le cadre de l'évaluation nationale de la mise en œuvre des missions des RRC qui alimentera les travaux sur l'évolution des missions des réseaux dans le cadre du nouveau Plan cancer.

QUELS SONT LES PREMIERS RÉSULTATS DE CETTE ÉVALUATION ?

GC: Les résultats traduisent une évolution positive de la mise en œuvre des missions des réseaux au cours de la période de reconnaissance. Ainsi, le niveau d'atteinte des objectifs est globalement satisfaisant avec une hausse sur trois ans de 64 % à 80 %, tous critères confondus. Parmi les axes disposant de la plus grande marge de progression, on peut citer notamment ceux relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles, et à l'information des professionnels, des patients et de leurs proches.

RB: Ces résultats, qui portent sur sept RRC, sont les premiers éléments d'analyse. Ils seront complétés au fur et à mesure de l'échéance des reconnaissances. Ils font l'objet d'une présentation lors des séminaires d'échanges qui réunissent les RRC, l'INCa, la DGOS et les ARS.

- des critères d'agrément définis par l'INCa en matière de qualité de la prise en charge, pour les principales thérapeutiques du cancer, et pour les enfants et adolescents.

La mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) de ce nouveau dispositif juridique s'est appuyée sur la publication des volets cancérologie des schémas régionaux de l'organisation des



LA RÉPARTITION DES AUTORISATIONS EN 2013

798

EN CHIRURGIE

503

EN CHIMIOTHÉRAPIE

171

EN RADIOTHÉRAPIE

soins, phase préalable à la délivrance des autorisations à partir de 2009, suivie d'une période de mise en conformité. À l'issue de ce processus qui s'est achevé fin 2012, une analyse de l'impact du dispositif a pu être réalisée en 2013.

Ce premier bilan des autorisations vise plusieurs objectifs :

- appréhender les effets du dispositif sur la structuration de l'offre de soins ;
- identifier les difficultés et les tensions liées aux seuils d'activité et à la mise en œuvre des mesures transversales de qualité et des critères d'agrément définis par l'INCa ;
- repérer et analyser le degré d'applicabilité des différents critères d'agrément dans la perspective de leur actualisation ;
- anticiper l'émergence des problématiques à prendre en compte dans la préparation du nouveau Plan cancer.

Ce bilan a permis de faire un état des lieux de la situation des établissements autorisés et de repérer les effets notables du dispositif sur la recomposition de l'offre de soins, avec une concentration des plateaux techniques pour l'atteinte des seuils et parfois un redéploiement d'activité.

Ainsi, le nombre d'établissements de santé et cabinets libéraux de radiothérapie autorisés a été réduit d'un quart, passant de 1200 en 2009 à un peu plus de 900 en 2013, certains établissements disposant de plusieurs autorisations. En 2013, la répartition des autorisations par discipline thérapeutique de traitement du cancer se distribue ainsi : 798 en chirurgie, 503 en chimiothérapie, 171 en radiothérapie.

Le niveau de conformité des établissements autorisés est globalement satisfaisant. Cependant, on relève des difficultés récurrentes, communes à plusieurs régions, concernant principalement :

- l'atteinte et le maintien des seuils, toutes localisations confondues ;
- l'appréciation de la régularité de l'activité des chirurgiens spécialistes d'organes ;
- la présence d'au moins un chirurgien participant au traitement du patient à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;
- la formalisation de conventions garantissant l'accès aux différentes techniques chirurgicales par organe ;
- la mise en œuvre d'une démarche qualité dont une réunion de morbi-mortalité.

S'agissant des six mesures transversales de qualité, deux sont encore insuffisamment déployées : le dispositif d'annonce et la remise du programme personnalisé de soins.

Le renouvellement des autorisations est en cours et devrait s'achever au second semestre 2014.

DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE

> Étude sur les quatre cancers les plus fréquents <

Pilotée par l'INCa, avec l'appui de la Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé (FNORS) et des réseaux de cancérologie, cette étude avait pour objectif de faire un état des lieux des délais de prise en charge les plus représentatifs du parcours de soins pour les cancers du sein, du poumon, du côlon et de la prostate, et d'analyser ces délais en fonction des éléments individuels, médicaux et organisationnels de la prise en charge. Elle a permis d'analyser les délais dans 8 régions de France métropolitaine en 2011, pour



2530 cas de cancer du sein et 1945 cas de cancer du poumon, et dans 13 régions de France, dont 2 régions d'outre-mer en 2012, pour 3248 cas de cancer du côlon et 4207 cas de cancer de la prostate.

Une variabilité relativement importante des délais pour les 4 localisations a été constatée. L'âge, le mode de découverte, le stade de la tumeur, les caractéristiques de la structure de première prise en charge jouent un rôle sur les délais observés, mais une fois ces différents facteurs pris en compte, des différences importantes entre régions persistent, allant d'un facteur 2 à 4 pour certains délais. Les résultats de l'étude suggèrent que les délais de prise en charge des cancers peuvent constituer des marqueurs potentiels de l'accès aux soins et de mesure des inégalités de santé. Leur étude et leur suivi systématique en tant qu'indicateurs pourraient donc permettre de mieux caractériser ces inégalités, d'identifier des pistes d'action pour améliorer les prises en charge, puis de mesurer leur impact.

ACTIVITÉ DES SPÉCIALISTES D'ORGANES

Souvent à l'origine d'un diagnostic de cancer, les spécialistes d'organes assurent, pour nombre d'entre eux, la prise en charge de leur patient, qu'il s'agisse de l'exercice de la chimiothérapie dans leur champ de compétence, ou de façon plus générale, du suivi du patient atteint de cancer. Pour mieux comprendre leur intervention aux côtés des oncologues et des radiothérapeutes, une enquête a été menée auprès des hépato-gastroentérologues, des pneumologues, des dermatologues et des neurologues. Cette étude fait apparaître une implication forte de ces spécialistes, notamment des plus jeunes, tout au long du parcours de soins du patient atteint de cancer, depuis

CHIMIOTHÉRAPIES ORALES : UN ÉTAT DES LIEUX

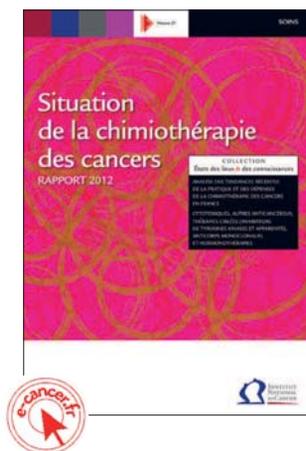
La DGOS a initié une réflexion nationale relative à la prise en charge des patients traités par chimiothérapies orales. L'INCa a réalisé un état des lieux sur cette thématique, partagé avec les différents acteurs mobilisés par la DGOS. Ce bilan a

contribué à clarifier les besoins, notamment concernant la gestion des toxicités — qui se déclarent le plus souvent au domicile du patient — et en matière d'information et de formation des professionnels de santé de proximité.

le dépistage jusqu'aux soins palliatifs. Elle souligne l'importante activité des gastroentérologues et pneumologues en chimiothérapie, notamment dans les régions où la densité d'oncologues est faible. Ceci traduit une complémentarité entre spécialistes, d'autant plus nécessaire que l'on observe une augmentation de l'incidence et de la prévalence des cancers, et que l'on constate des disparités démographiques régionales persistantes pour les oncologues médicaux.

Cette enquête réalisée par l'INCa a associé la Fédération nationale des spécialistes d'organes en oncologie (FNS2O), ainsi que les sociétés savantes et les instances professionnelles concernées.





DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

L'INCa recueille et met à jour les données des tableaux de bord évolutifs des effectifs en formation et en activité dans les spécialités d'oncologie et d'anatomopathologie. Cet outil de recensement permet le suivi démographique régional des professionnels.

> Suivi des effectifs en formation et en activité <

Par le biais de collaborations et de partenariats institutionnels, l'INCa suit l'évolution des postes et soutient la formation initiale pour les DES d'oncologie, d'anatomie et cytologie pathologiques et le DESC de cancérologie. Un deuxième partenariat entre l'INCa et le Collège national des enseignants en cancérologie (CNEC) a été signé en janvier 2013 afin d'assurer la pérennité des actions de suivi et de soutien de la formation initiale en cancérologie : critères des sites de stages en cancérologie, séminaires de formation, appui aux internes dans l'organisation de leurs cours annuels...

> Analyses régionales <

Afin d'identifier les régions à fortes tensions démographiques dans les spécialités oncologie médicale, radiothérapie et anatomopathologie, l'INCa réalise, à partir des données croisées d'activité, d'incidence et de formation, des analyses régionales démographiques. Une première note issue de ces analyses a été transmise à la DGOS pour l'affectation et la répartition de postes d'assistants spécialistes et de postes partagés. La seconde note a été transmise aux ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur afin que ces pouvoirs publics disposent d'un état des lieux pour l'affectation de moyens.

LA SITUATION DE LA CHIMIOTHÉRAPIE

La quatrième édition du rapport sur la « Situation de la chimiothérapie des cancers » a été publiée en juillet 2013. Les données réunies informent sur les pratiques de soins dans un contexte d'innovation régulière des thérapeutiques médicamenteuses, mais aussi d'évolution des dépenses. Ce document présente les données 2012 d'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. Ces données d'activité et de dépenses sont analysées au regard des évolutions réglementaires. La publication 2012 s'enrichit d'une analyse de l'accès anticipé à l'innovation thérapeutique (programme AcSé, programme CLIP²).

Permettre à chaque patient de bénéficier des innovations et du traitement le plus adapté à sa situation est un enjeu tant en termes de qualité des soins que de maîtrise des dépenses publiques sur lequel l'INCa s'engage. En tant qu'agence d'expertises et par ses liens avec les acteurs de terrain, en 2013, l'INCa a contribué à guider la décision publique sur sa politique d'accès aux anticancéreux. Pour plusieurs molécules, l'INCa a apporté notamment auprès de ses tutelles ou d'autres agences nationales, comme l'ANSM, son expertise sur les besoins et l'offre en anticancéreux.

EN 2013,
EN FRANCE,
ON COMPTE

790

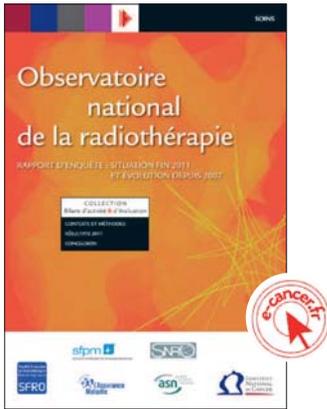
ONCOLOGUES
MÉDICAUX

782

ONCOLOGUES
RADIOTHÉRAPEUTES

1501

ANATOMO-
PATHOLOGISTES



OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA RADIOTHÉRAPIE

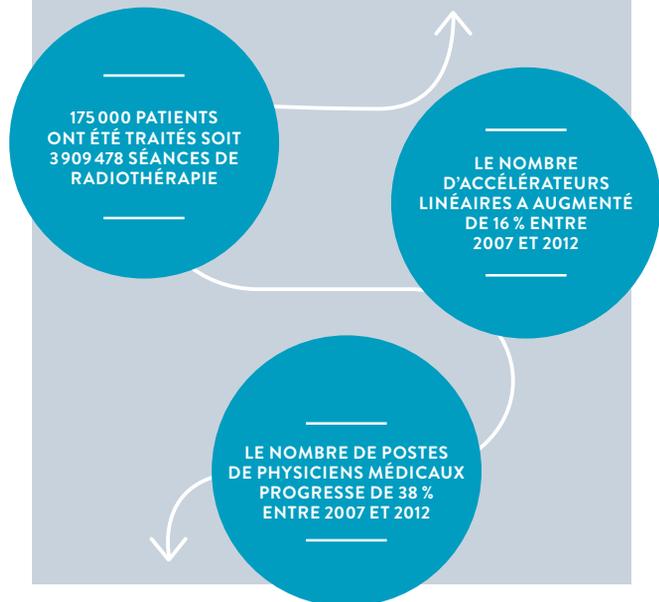
Depuis 2007, l'INCa coordonne la mise en œuvre et la rédaction de l'Observatoire national de la radiothérapie. Cette enquête permet de suivre annuellement, pour l'ensemble des centres de radiothérapie, les équipements, l'activité et les effectifs dans cette discipline. Le dernier rapport présente les évolutions marquantes depuis 2007.

La participation quasi exhaustive des centres en 2013 (98 % soit 168 sur 172 centres de radiothérapie) a permis de conforter les données recueillies en 2012 par rapport à celles des années précédentes :

- 175 000 patients ont été traités soit 3 909 478 séances de radiothérapie ;
- le nombre d'accélérateurs linéaires a augmenté de 16 % entre 2007 et 2012 ;
- le nombre de postes d'oncologues radiothérapeutes reste stable entre 2009 et 2012 ;
- le nombre de postes de médecins médicaux progresse de 38 % entre 2007 et 2012.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA RADIOTHÉRAPIE

Depuis 2007, l'INCa coordonne la mise en œuvre et la rédaction de l'Observatoire national de la radiothérapie. Cette enquête permet de suivre annuellement, pour l'ensemble des centres de radiothérapie, les équipements, l'activité et les effectifs dans cette discipline. Le dernier rapport présente les évolutions marquantes depuis 2007.



Ce document a été élaboré conjointement avec l'ensemble des institutions et organisations professionnelles impliquées dans la discipline radiothérapie (Société française de radiothérapie oncologique, Syndicat national des radiothérapeutes oncologues, Société française des médecins médicaux, Autorité de sûreté nucléaire et Cnamts).

Afin d'éviter toute perte de chance face à la maladie, les enfants, les personnes âgées ou les personnes atteintes de cancers rares doivent bénéficier de prises en charge spécifiques et d'essais cliniques dédiés.

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

ORGANISER DES PRISES EN CHARGE ADAPTÉES

CANCERS RARES

Au terme de 4 appels à projets, l'organisation de la prise en charge des adultes atteints de cancers rares est achevée, reposant au plan national sur 4 réseaux experts anatomopathologiques et 23 centres experts cliniques, qui coordonnent chacun une vingtaine de centres experts régionaux répartis sur tout le territoire.

Cette organisation vise à éviter les pertes de chance pour les patients et leur garantit de bénéficier :

- d'un diagnostic sécurisé grâce à une double lecture systématique des prélèvements tumoraux ;
- d'une prise en charge thérapeutique adaptée, décidée en réunion de concertation pluridisciplinaire de recours ;
- de l'accès à des thérapeutiques innovantes, le plus souvent dans le cadre d'essais cliniques.

Des échanges réguliers avec les associations de patients contribuent en

outre à renforcer la qualité de la prise en charge et de l'information des malades et de leur entourage. Enfin, cette organisation permet d'améliorer la connaissance sur ces néoplasies rares grâce à la constitution de bases de données nationales.

Dans le cadre de l'European Partnership Action Against Cancer (EPAAC), un séminaire a été organisé par l'INCa en juillet 2013 réunissant 41 personnalités européennes afin d'évaluer la faisabilité et l'impact de l'harmonisation des recommandations de bonnes pratiques pour les cancers rares. Un rapport a été transmis aux autorités européennes.

Cette organisation spécifique pour les cancers rares de l'adulte a été présentée aux membres de l'International Rare Cancers Initiative (IRCI) en 2013 et une collaboration active s'est mise en place afin de favoriser le développement

L'ORGANISATION EN RÉSEAUX POUR CANCERS RARES DE L'ADULTE CIBLE

23

TYPES DE CANCERS DIFFÉRENTS, QUI TOUCHENT ENVIRON

18 500

PERSONNES PAR AN



1700

NOUVEAUX CAS
DE CANCER PAR AN
CHEZ LES MOINS
DE 15 ANS

117 000

NOUVEAUX CAS
DE CANCER PAR AN
CHEZ LES PLUS
DE 75 ANS

d'essais cliniques à l'échelon international dans ces cancers.

L'INCa a assuré le suivi de cette organisation via un questionnaire adressé à l'ensemble des coordonnateurs des centres et réseaux experts, un séminaire dédié, et la publication du bilan de l'activité 2012. Une évaluation débutera en 2014, première étape d'une démarche de labellisation pour cinq ans des centres et réseaux experts pour cancers rares de l'adulte.

ONCOGÉRIATRIE

La structuration des soins en oncogériatrie est finalisée, avec à la tête de chaque unité de coordination en oncogériatrie (UCOG) ou d'antenne d'oncogériatrie (AOG), un binôme constitué d'un oncologue et d'un gériatre. La finalité de ce dispositif est de garantir à tout patient atteint de cancer âgé de plus de 75 ans un traitement anticancéreux adapté à son âge et à son état de santé. La réalisation systématique d'un test de dépistage gériatrique en oncologie (type Oncodage) se généralise progressivement avant la mise en route du traitement, ainsi que l'accès si besoin à une consultation de gériatrie et/ou à une évaluation gériatrique standardisée. Le suivi de cette organisation par l'INCa

et la DGOS a reposé sur un bilan de l'activité en 2012 et sur un séminaire de suivi qui a rassemblé l'ensemble des coordonnateurs.

> Essais cliniques <

Les essais cliniques dédiés à cette population restent rares et l'accès des patients âgés à des traitements innovants est insuffisant. Néanmoins, deux études françaises ont été présentées à l'ASCO en 2013. L'une conduite par Florence Joly, oncologue au centre François Baclesse de Caen, évalue à 40 % la prévalence de troubles cognitifs chez 123 femmes de plus de 65 ans, avant traitement adjuvant pour un cancer du sein réséqué. L'autre conduite par Elisabeth Carola, responsable de l'UCOG de Picardie, évalue la valeur prédictive de dix paramètres pour la faisabilité d'une chimiothérapie chez 576 patients de plus de 75 ans et retrouve deux facteurs prédictifs de non faisabilité : une hypoalbuminémie et un état dépressif.

CANCÉROPÉDIATRIE

> Suivi à long terme <

L'évaluation des 5 projets pilotes financés par l'INCa depuis 2011 visant à développer des outils de suivi à long terme après un cancer dans l'enfance ou dans l'adolescence a reposé sur

des rapports finaux et un séminaire d'échange. Elle a permis de faire émerger plusieurs propositions, en particulier celle d'une consultation systématique de fin de traitement avec le pédiatre ou avec un binôme oncologue/médecin traitant (pédiatre ou généraliste), et le soutien à l'éducation thérapeutique, dès l'âge de 18 ans, après un cancer dans l'enfance.

Les sept organisations interrégionales de recours en cancérologie pédiatrique (OIR) identifiées en 2010 ont, à la demande de l'INCa, adressé un rapport d'activité portant sur les années 2011 et 2012. Il permet d'évaluer dans chaque OIR les modalités de fonctionnement des différentes RCP interrégionales pédiatriques, le nombre de dossiers discutés, les modalités et le nombre de patients ayant bénéficié de prises en charge spécifiques (neurochirurgie, chirurgie des tumeurs osseuses, radiothérapie, allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, et essais de phase précoce).

L'INCa a également soutenu la mise en place au niveau national d'une double lecture systématique des prélèvements concernant les tumeurs du système nerveux central de l'enfant.

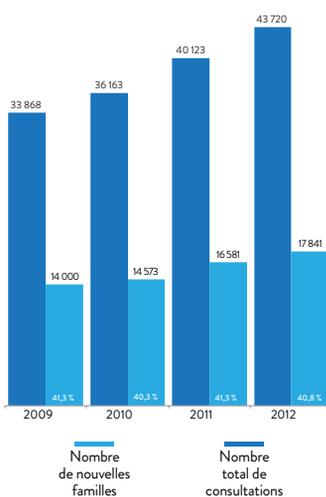
L'Institut national du cancer pilote le dispositif national d'oncogénétique qui s'appuie sur les sites de consultations et les laboratoires chargés de réaliser les tests de génétique constitutionnelle pour l'ensemble des personnes chez lesquelles est recherchée une prédisposition héréditaire au cancer.

ONCOGÉNÉTIQUE

DIAGNOSTIQUER LES PERSONNES PRÉDISPOSÉES AU CANCER



ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS D'ONCOGÉNÉTIQUE ET DE NOUVELLES FAMILLES CONCERNÉES ENTRE 2009 ET 2012

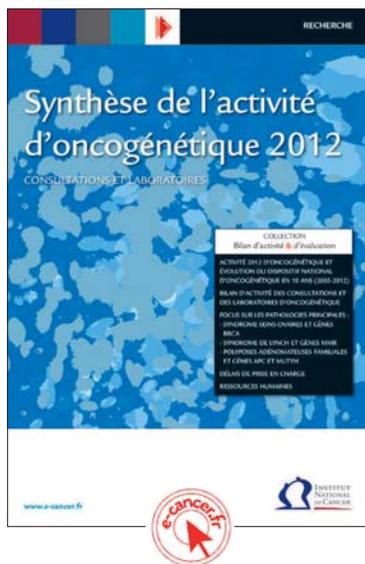


CONSOLIDATION DU DISPOSITIF

Près de 5 % des cancers sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles et, à ce jour, plus de 70 gènes de prédisposition génétique ont été identifiés. Le diagnostic des personnes prédisposées héréditairement au cancer est mis en œuvre par le dispositif national d'oncogénétique qui comprend 119 sites de consultations répartis dans 81 villes, en France métropolitaine et au sein des départements d'outre-mer, ainsi que 25 laboratoires en charge de la réalisation des tests génétiques. Ce dispositif est piloté par l'INCa qui évalue son fonctionnement, mène les appels à projets nécessaires à son optimisation et organise des expertises.

Réalisée en 2013 à partir des données d'activité 2012 transmises par les consultations et les laboratoires, la synthèse de l'activité d'oncogénétique constitue un état des lieux détaillé de l'activité du dispositif national d'oncogénétique et de son évolution depuis 10 ans (2003-2012), permettant d'en dégager les points forts et les axes d'amélioration (voir interview ci-contre).

Le dispositif a été consolidé en 2013 grâce à l'attribution d'une nouvelle enveloppe de 2 millions d'euros : 1 750 000 euros pour renforcer les consultations et les laboratoires, 190 000 euros pour étendre un programme de suivi et 60 000 euros pour créer une base de données dédiée aux tumeurs endocrines.



SUIVI DES FAMILLES À TRÈS HAUT RISQUE

Suite à une phase pilote, le déploiement des programmes de suivi sur l'ensemble du territoire a eu lieu fin 2012. Afin d'accompagner les équipes, un espace de partage dédié et sécurisé a été mis en place pour permettre l'échange de documents à destination des patients, des professionnels ou relatifs aux bases de données de suivi. Par ailleurs, une étude comparative des éditeurs français de logiciels de génétique a été réalisée et un séminaire, consacré à l'informatisation des projets, a été organisé à l'INCa, réunissant l'ensemble des équipes soutenues. L'utilisation de bases de données adaptées, qui doivent faciliter le suivi des familles à très haut risque de cancer, est en effet indispensable à la mise en œuvre des programmes.

INTERVIEW

< Julien Blin > département Biologie, transfert et innovations

APRÈS DIX ANS D'EXISTENCE, QUEL EST LE BILAN DU DISPOSITIF NATIONAL D'ONCOGÉNÉTIQUE?

JB : D'une année sur l'autre, on observe une progression continue du nombre global de consultations, de prescriptions, de tests génétiques réalisés par les laboratoires et, par voie de conséquence, du nombre de personnes identifiées comme porteuses d'une altération constitutionnelle prédisposant au cancer. De plus, grâce au déploiement de programmes de suivi sur l'ensemble du territoire, ces personnes bénéficient, depuis 2013, d'une prise en charge multidisciplinaire et adaptée, basée sur la surveillance et/ou la chirurgie préventive.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX AXES D'AMÉLIORATION IDENTIFIÉS?

JB : Même s'ils se stabilisent, les délais d'obtention d'un rendez-vous en consultation et les délais de réponse de la part des laboratoires restent encore trop élevés. L'arrivée de traitements spécifiques pour les patients porteurs d'une mutation de prédisposition nécessitera par ailleurs une plus grande réactivité et un rendu des résultats plus rapide de la part du dispositif d'oncogénétique. Il demeure également un déficit d'identification des personnes porteuses d'une mutation les



prédisposant à une pathologie digestive, tout particulièrement concernant le syndrome de Lynch. Une enquête spécifique a été lancée et doit permettre de dégager des pistes d'actions pour accroître l'orientation de ces personnes vers le dispositif d'oncogénétique sur critères biologiques.

La qualité des soins et de vie des patients doit progresser de concert, ce qui implique la mise en place d'une prise en charge coordonnée entre les professionnels de santé de proximité et les équipes hospitalières.

PARCOURS DE SOINS

ASSURER UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ



PARCOURS PERSONNALISÉ DES PATIENTS

En application des mesures du Plan cancer 2009-2013, et suite à un appel à projets national lancé par l'INCa et la DGOS, 35 équipes pilotes sont engagées depuis septembre 2010 dans l'expérimentation d'un dispositif innovant de

prise en charge appelé « parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer ». L'objectif est de permettre l'accès des patients atteints de cancer à une prise en charge personnalisée grâce à l'intervention d'infirmiers coordonnateurs (IDEC) hospitaliers chargés de fluidifier le parcours des patients et de faciliter la coordination entre professionnels hospitaliers et libéraux. Fin 2012, les résultats de l'évaluation qualitative de la première étape de cette expérimentation ont permis de confirmer l'intérêt de la démarche proposée et du rôle des infirmiers coordonnateurs, particulièrement en termes de réponse aux besoins d'information des patients, en relais du dispositif d'annonce. Les constats sont plus mitigés sur la réponse du dispositif à l'enjeu d'articulation entre professionnels, et ce, particulièrement dans le champ de

FERTILITÉ ET CANCER

Un rapport conjoint Agence de la biomédecine/INCa a été publié en février 2013 sur les conséquences des traitements des cancers et la préservation de la fertilité. Il recommande d'informer tous les patients concernés sur les risques des traitements du cancer pour leur fertilité ultérieure

et sur les possibilités actuelles de préservation, d'assurer un égal accès des patients aux professionnels compétents et aux techniques de préservation et de restauration de la fertilité, et de favoriser la recherche sur la prévention et la réduction des risques d'altération de la fertilité.

la coordination entre l'hôpital et la ville. De même, des questionnements persistent sur la plus-value effective des infirmiers coordonnateurs par rapport aux dispositifs d'accompagnement déjà existants.

> **Évaluation médico-économique** <

Au vu de ces résultats, une seconde phase d'expérimentation priorisant l'intervention d'infirmiers coordonnateurs sur l'articulation ville-hôpital plus particulièrement pour des patients complexes sur le plan médical et/ou psychosocial a été élaborée en 2013 et sera mise en place début 2014. Cette seconde phase inclura une évaluation médico-économique dont la finalité est d'apporter des éléments objectifs sur les bénéfices de l'intervention des infirmiers coordonnateurs par rapport aux coûts engagés et de permettre aux décideurs de statuer sur la pertinence de ce dispositif au regard des organisations préexistantes développées face à l'enjeu de coordination des professionnels.

DOSSIER COMMUNICANT EN CANCÉROLOGIE

Déployé dans le cadre du dossier médical partagé, le service du dossier communicant en cancérologie (DCC) a vocation à aider les professionnels de santé à mettre en place une prise en charge coordonnée de qualité et personnalisée des patients atteints de cancer, en permettant à chaque acteur de disposer de la bonne information médicale au bon moment. L'année 2013 a été marquée par la définition du système d'information cible du dossier

« L'organisation des soins doit être décloisonnée, articulant les interventions des professionnels, services et établissements sanitaires et médico-sociaux d'un territoire donné, autour de parcours dans lesquels le patient lui-même est acteur de sa santé et de sa prise en charge. »

Feuille de route de la Stratégie nationale de santé

septembre 2013

ACCORD ENTRE L'INCa ET LE COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Dans le cadre de leur réflexion commune sur la place des médecins généralistes dans les parcours de soins en cancérologie et dans le but d'adapter les actions menées aux évolutions liées à la Stratégie nationale de santé, l'INCa et le Collège de médecine générale ont convenu de formaliser leur collaboration par un

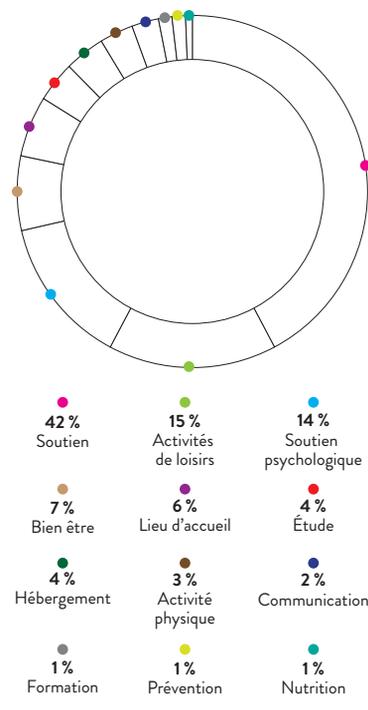
accord-cadre accompagné d'un plan d'actions élaboré pour une période de trois ans. Ce plan d'action s'articulera autour de quatre sujets en particulier : prise en charge et référentiels ; organisation des soins ; évolution du site Internet de l'INCa et organisation d'un séminaire INCa/médecins généralistes.

communicant en cancérologie (DCC) que chaque ARS devra mettre en place à l'horizon 2015. Ainsi, l'objectif du système d'information du DCC est de garantir que 100 % des patients atteints de cancer bénéficient d'un passage en RCP donnant lieu à une fiche de RCP, puis à un programme personnalisé de soins (PPS). Ces documents informatisés et structurés doivent porter





TYPOLOGIE DES PROJETS ASSOCIATIFS SOUTENUS ENTRE 2006 ET 2013



les items minimaux définis par l'INCa et être conformes au cadre d'interopérabilité spécifié par l'ASIP Santé. Ils seront versés dans le dossier médical partagé, si le patient en possède un, et/ou seront transmis par messagerie sécurisée au médecin traitant, ainsi qu'aux autres professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge.

Les travaux menés pour le DCC sont pilotés par l'INCa, l'ASIP Santé et le ministère de la Santé à travers la Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé (DSSIS), et ont impliqué les réseaux régionaux de cancérologie participant à la phase pilote. Plusieurs réunions d'information ont eu lieu en 2013 avec les ARS en prévision de la phase de généralisation. En outre, un état des lieux des solutions informatiques régionales a été effectué par l'INCa pour permettre aux ARS de définir leur feuille de route régionale pour la mise en œuvre du service.

APPUI AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

L'INCa a pour objectif de soutenir les médecins généralistes dans leur fonction de premier recours et de coordination de l'organisation des parcours de soins des patients.

Dans ce contexte, la collection des guides ALD — décrivant, par localisation, la prise en charge des patients en ALD pour cancer — publiée par l'INCa en collaboration avec la HAS, a évolué. Rebaptisée « Parcours de Soins », cette nouvelle collection proposera, à terme, différents outils de bonnes pratiques destinés en priorité aux médecins généralistes, ainsi qu'aux acteurs de premier recours, pour l'organisation des parcours de soins des patients atteints de cancers. Synthétiques, pratiques et complémentaires, ils couvriront la prise en charge des 25 localisations de

cancers (mises à jour des guides ALD) ainsi que des thématiques transversales d'ordre médical, paramédical, médico-social et organisationnel. La réflexion sur ces nouveaux supports a été nourrie par une enquête sur les besoins d'informations des médecins généralistes en matière de cancer. Les formats définitifs et les méthodes de production seront déployés courant 2014.

Durant cette phase intermédiaire, huit nouveaux supports (guides et fiches synthétiques) ont été produits en 2013 concernant les cancers bronchopulmonaires, les lymphomes de Hodgkin de l'adulte et les mésothéliomes pleuraux.

SOUTIEN AUX ASSOCIATIONS

> Bilan des appels à projets 2006-2013 <

L'Institut national du cancer soutient depuis 2006 des actions visant l'amélioration de la qualité de vie des malades et de leurs proches pendant et après les traitements à travers des appels à projets destinés aux associations. En huit ans, l'INCa a ainsi financé 161 projets portés par 104 associations pour un montant global de 3,9 millions d'euros.

Près de la moitié des projets financés concernent des actions de soutien aux personnes malades et à leurs familles : maintien du lien social, coordination de la prise en charge, accompagnement, aide sociale aux parents, aide aux enfants (hospitalisés ou non), mais également du soutien administratif, juridique ou scolaire, des aides à domicile, de l'information et de l'écoute téléphonique, des interventions sociales et familiales, des aides au maintien ou au retour à domicile, ainsi que des actions axées sur la problématique du retour à l'emploi.

Un tiers des projets concernent le soutien psychologique (14 %) et les activités de loisirs (15 %) — activités artistiques, sportives, créatives, interventions de clowns et week-end d'évasion dont 72 % des bénéficiaires sont des enfants (malades, hospitalisés ou non ; fratrie d'enfants malades ou enfants de patients hospitalisés). Les activités de loisirs ont bien souvent un objectif supplémentaire comme la prise d'autonomie, la réappropriation du corps ou encore un projet éducatif.

Le reste des actions menées est axé sur le financement de lieux d'accueil, des activités de bien-être (esthétique, relaxation, soins de support, yoga...), des solutions d'hébergement, des programmes d'activité physique, des études-actions, des formations de bénévoles associatifs, des actions de communication (guide, plaquette ou livret d'information...), ainsi que des actions dans le domaine de la nutrition et de la prévention.

ENTRE 2006
ET 2013, L'INCa
A FINANCÉ

161

PROJETS PORTÉS
PAR

104

ASSOCIATIONS POUR
UN MONTANT DE

3.9 M€

INTERVIEW

< Dr Marie de Montbel > département Diffusion des bonnes pratiques
et information des malades



usage dans l'activité quotidienne. Ces informations ont aidé aux réflexions menées en 2013 pour proposer aux professionnels de nouveaux outils contribuant à la mise en œuvre d'une médecine de parcours au profit des patients.

QUELS SONT LEURS BESOINS D'INFORMATION SUR LES CANCERS ?

MDM : L'enquête confirme un besoin fréquent : au moins une fois par mois pour les deux tiers d'entre eux. Ils expriment un besoin d'information particulier sur les sujets suivants : la suspicion de cancer et la démarche diagnostique (72 % des médecins interrogés), les traitements et la gestion des effets secondaires (76 %) et le suivi du patient atteint d'un cancer (72 %).

SOUS QUELLES FORMES SOUHAITENT-ILS OBTENIR CETTE INFORMATION ?

MDM : L'outil idéal serait électronique, bien que les supports papier soient également largement appréciés. Les médecins généralistes attendent des contenus à la fois concis et exhaustifs, et organisés par types de cancers.

QUELS ÉTAIENT LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE CONDUITE EN 2013 AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ?

MDM : L'Institut a réalisé cette enquête quantitative et qualitative pour préciser leurs besoins d'information en matière de cancer, les sources utilisées et leur

Service public d'information sur les cancers, la plateforme Cancer info, mise en œuvre avec la Ligue nationale contre le cancer, a fait l'objet en 2013 d'une évaluation largement positive par ses utilisateurs et reçu plus de 3 millions de sollicitations, via la rubrique internet, la ligne téléphonique et les guides d'information.

CANCER INFO

INFORMER LES MALADES
ET LEURS PROCHES



ENQUÊTE DE SATISFACTION

Après trois années d'existence du service, l'Institut a décidé de mettre en œuvre en 2013 une enquête visant à mesurer la satisfaction des usagers des trois vecteurs de la plateforme. La rubrique internet, avec une note moyenne de 8/10, est appréciée pour ses informations faciles à comprendre (91 %), sa simplicité d'utilisation (90 %), la richesse des informations sur les cancers (90 %), le sérieux de ses contenus (88 %) et leur caractère concret et pratique (88 %). Les guides sont perçus comme complets, présentant les informations essentielles. Le déroulement des informations est qualifié de clair et logique, ces documents inspirant une grande confiance aux lecteurs. Enfin, 81 % des appelants de la ligne téléphonique se disent extrêmement ou très satisfaits du service d'information. Ils

déclarent s'être sentis compris et soutenus (94 %) et apprécient la clarté des informations reçues (80 %), la rapidité de réponse (86 %), l'anonymat (86 %) et la confidentialité des échanges (86 %).

L'axe essentiel d'amélioration pointé par les usagers concerne la notoriété de Cancer info, insuffisamment connu et relayé malgré son utilité. Cependant, grâce à l'enrichissement de ses contenus, la fréquentation globale de la plateforme est en hausse de 55 % par rapport à 2012.

LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE

Accessible du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures, le premier niveau de la ligne téléphonique est géré par l'INCa et propose des informations

163

PATIENTS, PROCHES
ET PROFESSIONNELS

47

SOCIÉTÉS SAVANTES
ET ASSOCIATIONS
MOBILISÉS DANS

11

GROUPES DE TRAVAIL

générales d'ordre pratique, médical et social sur les cancers. Le deuxième niveau, assuré par la Ligue nationale contre le cancer, met à disposition des appelants un service d'écoute psychologique et une permanence juridique.

Le recours à la ligne reste stable en 2013 avec un peu plus de 10 500 appels reçus par l'équipe du niveau 1 ; 36 % des appels concernaient des questions d'ordre médical sur les cancers, les traitements, leurs effets secondaires, les examens diagnostiques, etc. Les dépistages et la prévention comptent pour 29 % des appels. Les demandes relevant du champ juridique et social (emprunts et assurance, prise en charge financière des soins, arrêts de travail, aides matérielles...) ont représenté 16 % des appels et le besoin de parler, 11 %. Les 8 % restants concernaient la commande de brochures, la recherche d'adresses de lieux de soins, d'associations de patients, etc.

De façon récurrente, les femmes sont les utilisatrices majoritaires du service (73 %) ; 56 % des appelants ont entre 40 et 59 ans et 22 % ont entre 60 et 74 ans ; 33 % des personnes qui ont contacté le service sont des patients, 31 % des proches et 7 % des professionnels. Enfin, 29 % des appels ont été émis par des personnes non directement concernées par la maladie, dont les questions portent principalement sur les programmes de dépistages organisés des cancers.

LES GUIDES D'INFORMATION

Produits en miroir des recommandations de bonne pratique pour les professionnels, les guides Cancer info s'adressent aux patients et à leurs proches et décrivent, par cancers, les traitements et le suivi.

Six nouveaux guides ont été finalisés en 2013 :

- Les traitements des cancers du rein.
- Les traitements des cancers de l'endomètre.
- Les traitements des cancers de la thyroïde.
- Les traitements des cancers du sein (mise à jour).
- Les traitements des cancers du testicule.
- Les traitements des cancers de la vessie.

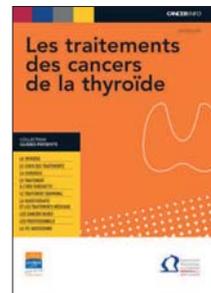
Cinq autres productions ont été initiées et seront disponibles en 2014. Il s'agit des mises à jour des guides « Mon enfant a un cancer », « Mon enfant et la recherche clinique », « Les essais cliniques : les réponses à vos questions » et « Comprendre les lymphomes hodgkiniens » ainsi que du nouveau guide « Les traitements des cancers de l'estomac ».

La collection compte 31 titres ; un peu plus de 265 000 guides ont été commandés cette année, soit une hausse d'environ 10 %.

LA RUBRIQUE INTERNET

Avec plus de 2 900 000 visites en 2013, la rubrique internet a connu une hausse de fréquentation d'environ 60 % par rapport à l'année 2012. De nouveaux dossiers ont été mis en ligne sur les cancers du rein, de la thyroïde, de l'endomètre. Le dossier concernant les cancers du sein a été mis à jour. Les dossiers sur les cancers des testicules et de la vessie ont été finalisés et devaient être mis en ligne début 2014. Fin 2013, le dictionnaire en ligne comptait 1 251 termes, en lien avec le cancer.

La rubrique « Vie quotidienne » a été enrichie de dossiers sur les soins de support et les soins palliatifs.



La mesure et le suivi de données de référence tels que l'incidence et la mortalité par cancer sont indispensables pour mettre en œuvre des politiques de santé répondant aux besoins des populations, pour les évaluer et les faire évoluer.

ÉPIDÉMIOLOGIE

SURVEILLER L'ÉVOLUTION DES CANCERS EN FRANCE



NOUVEAUX CAS DE CANCERS

200 000

HOMMES (+108 % PAR
RAPPORT À 1980),

155 000

FEMMES (+111 % PAR
RAPPORT À 1980)

INCIDENCE, MORTALITÉ ET SURVIE

L'Institut, en partenariat avec le réseau des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) a actualisé et publié les données relatives à l'évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France. Cette publication porte sur la période 1980-2012 et comporte deux parties.

Réalisée à partir des données des registres des cancers, la première partie concerne 925 242 cas de cancers recensés dans 21 départements couverts par les registres participant à l'étude. Elle fournit les estimations nationales actualisées d'incidence et de mortalité (tous types de cancers confondus), ainsi qu'une analyse des tendances entre 1980 et 2012 pour 19 localisations

(15 pour les hommes et 17 pour les femmes) de tumeurs solides invasives.

La seconde partie rapporte pour la première fois en France les données d'incidence des hémopathies malignes, selon 15 sous-types histologiques, et leur évolution. Les hémopathies malignes regroupent tous les cancers ayant pour origine les cellules sanguines, comme les leucémies ou les lymphomes.

En début d'année, le partenariat a également permis l'actualisation des données de survie. Cette étude porte sur 427 000 personnes, soit tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués entre 1989 et 2007 chez les patients âgés de plus de 15 ans dans 12 départements couverts par les registres participants. Ce rapport fournit pour 47 localisations de

cancers, tous stades confondus, des estimations actualisées de survie à un, trois, cinq et dix ans du diagnostic.

> « Les cancers en France en 2013 » <

L'Institut a publié son rapport annuel « Les cancers en France ». Dans la continuité des cinq éditions précédentes, il propose une mise à jour des connaissances pour l'ensemble des thématiques du cancer et de la cancérologie. Il rassemble ainsi les données les plus récentes concernant l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, les soins, la vie avec le cancer, les inégalités de santé et la recherche. Ce rapport est le fruit d'un travail collaboratif impliquant l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer. Cette sixième édition est marquée par la mise à jour des données épidémiologiques issues du partenariat INCa-InVS-Francim-HCL. Les indicateurs et l'ensemble des données rassemblées dans le rapport ont servi de références pour l'élaboration du Plan cancer 2014-2019.

Enfin, une cartographie des indicateurs disponibles en France dans le domaine du cancer et de la cancérologie a été publiée, en réponse au souhait du Haut Conseil de la santé publique, exprimé dans son rapport d'évaluation à mi-parcours du Plan cancer 2009-2013.

COHORTES EN SANTÉ PUBLIQUE

L'INCa soutient, en partenariat avec l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), les cohortes et études longitudinales qui contribuent à la production de connaissances dans le domaine du cancer. Un appel à projets, ayant pour objectif le développement des collectes de données et de ressources biologiques en vue d'alimenter des cohortes et recherches longitudinales, a été lancé en 2013. Il s'agit d'encourager l'enrichissement et la structuration de bases de données de cohortes, par la collecte

de ressources biologiques complémentaires et l'intégration de données biologiques, cliniques, environnementales, comportementales et socioéconomiques. Ces données et ressources collectées serviront à la réalisation de projets de recherche relatifs à l'étiologie du cancer, l'efficacité des traitements, ainsi qu'à l'étude des inégalités associées aux différentes étapes de la maladie.

INTERVIEW

< Philippe-Jean Bousquet > département Observation, veille, évaluation



LE PARTENARIAT INCa - INVS - FRANCIM - HCL A PRIS FIN EN 2013, QUEL BILAN PEUT-ON EN TIRER ?

PJ.B : Ce partenariat a notamment permis des développements méthodologiques sur les principaux indicateurs épidémiologiques, ainsi que l'extension de la surveillance des cancers pédiatriques à l'ensemble des adolescents jusqu'à 18 ans. Nous avons réalisé des tableaux de bord sur les délais de prise en charge et mené des travaux sur la faisabilité du recueil du stade au diagnostic. Enfin, le délai de mise

à disposition des informations par les registres a été réduit d'un an et demi, ce qui le rend comparable à celui des registres de pays comme les États-Unis.

QUELLES SONT LES PERSPECTIVES POUR CE PARTENARIAT ?

PJ.B : Un nouveau programme de travail partenarial est en cours d'élaboration pour la période 2014-2018, en cohérence avec le nouveau Plan cancer ; il mettra l'accent sur la valorisation des données.

DÉCÈS

85 000

HOMMES (+11 % PAR RAPPORT À 1980),

63 000

FEMMES (+20 % PAR RAPPORT À 1980)

L'Institut contribue à la production et à la diffusion d'expertises pour une meilleure connaissance des facteurs de risque de cancer, à l'accompagnement des politiques publiques, ainsi qu'au soutien et au suivi d'études en matière de prévention des cancers.

PRÉVENTION PRIMAIRE

RÉDUIRE LE NOMBRE DE CANCERS ÉVITABLES



TABAGISME

En 2013, l'INCa a contribué à plusieurs travaux et groupes de travail multi partenariaux concernant le tabac. Il s'agit :

- de la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence en premier recours », publiée par la HAS en octobre 2013 ;
- du « Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette », réalisé en mai 2013 par un groupe d'experts réunis par l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) avec le soutien de la DGS ;
- du rapport « Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs », publié en septembre 2013 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

L'Institut a aussi participé à l'élaboration du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives

2013-2017 piloté par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et présenté le 19 septembre 2013.

> International Tobacco Control (ITC) <

Le projet ITC est la première étude de cohorte réalisée au niveau international sur la consommation de tabac. L'objectif est de fournir des arguments basés sur des preuves scientifiques pour guider les politiques mises en œuvre dans le cadre de la CCLAT de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et de mener une évaluation systématique de l'efficacité des politiques publiques en matière de tabagisme. Membre de l'équipe française coordonnée par l'Inpes, l'INCa a participé à l'analyse des résultats de la troisième vague de l'enquête qui s'était déroulée de septembre

LE TABAC TUE

73 000

PERSONNES PAR AN
EN FRANCE, DONT

44 000

PAR CANCER

à décembre 2012. Ces résultats ont donné lieu à deux publications en 2013 sur l'évaluation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France un an et cinq ans après sa mise en œuvre, dont une dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (mai 2013).

> Plan d'actions spécifique <

Prenant acte que le tabac reste le principal facteur de risque évitable de cancers en France et que l'on observe ces dernières années une augmentation de la prévalence tabagique notamment chez les femmes, les personnes au chômage et les jeunes, un plan d'action spécifique « Tabac et cancers liés au tabac » a été élaboré au sein de l'INCa, sous la forme d'un programme d'actions transversales dans le domaine de la recherche, des soins et de la santé publique. Ce programme, qui vise notamment à rechercher et diffuser de bonnes pratiques pour lutter contre les cancers attribuables au tabac, a été validé par le conseil scientifique de l'INCa en octobre 2013.

ALCOOL

L'alcool est le second facteur de risque de cancer. Sa consommation reste en France l'une des plus élevées d'Europe avec, en 2009, 12,7 litres d'alcool consommés par an et par habitant. Afin d'objectiver l'impact réel des interventions dans le domaine de l'alcool évaluées dans la littérature, l'INCa a publié en 2013 une « Revue et analyse de la littérature relative à l'impact chiffré des politiques de réduction de consommation d'alcool ». Cette revue exhaustive de la littérature a permis de mettre en évidence une prépondérance d'études sur l'évaluation d'interventions brèves et un déficit d'évaluations concernant d'autres types d'interventions, en particulier les évaluations d'impact des réglementations dans le domaine de l'alcool ou des interventions communautaires.

HIÉRARCHISER LES FACTEURS DE RISQUE

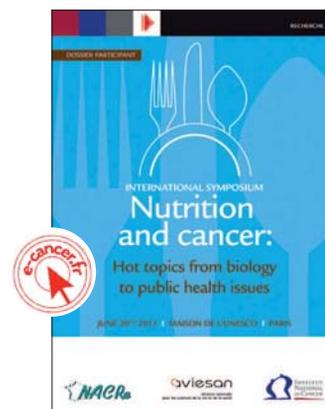
Près de 40 % des cas de cancers et 35 % des décès par cancer pourraient être évités grâce à des changements dans les modes de vie et de comportements. Pourtant, la population ne perçoit pas l'action individuelle comme constituant un levier efficace pour éviter la maladie. Elle est exposée à des informations multiples et souvent confuses sur les facteurs de risque de cancer, dont la conséquence est une tendance à surévaluer les facteurs génétiques héréditaires, environnementaux voire psychologiques par rapport aux facteurs comportementaux. L'INCa souhaite donc mieux faire connaître les facteurs de

risque de cancers et leurs poids respectifs vis-à-vis de la maladie. En 2013, l'Institut a réalisé un travail d'expertise préliminaire, qui s'est appuyé sur les fractions attribuables à partir notamment de l'étude du CIRC (2007), d'une revue de la littérature, et de l'étude menée par Cancer Research UK en 2011. Ce travail a permis de proposer une hiérarchisation des facteurs de risque de cancers, socle de connaissances scientifiques pour le déploiement, en 2014, d'un dispositif d'information visant à donner au grand public des repères clairs par la mise en perspective des facteurs de risque les uns par rapport aux autres.

NUTRITION ET CANCERS

Une nouvelle fiche repère en nutrition intitulée « Surpoids, obésité et risque de cancers » a été publiée début 2013. Cette synthèse fait le point sur la surcharge pondérale et ses liens tant épidémiologiques que mécanistiques avec les cancers, et établit un tour d'horizon des différentes politiques menées pour lutter contre le surpoids et l'obésité.

Un travail d'expertise a été engagé pour actualiser les connaissances scientifiques sur les liens entre les facteurs nutritionnels et le risque de cancer. Le rapport qui sera produit se déclinera en supports spécifiques pour transmettre ces connaissances aux professionnels de santé et au grand public.





CANCERS PROFESSIONNELS

CONSULTEZ LE GUIDE DE RESSOURCES DOCUMENTAIRES, **CANCERS PRO DOC**, ET LE BULLETIN DE VEILLE SUR LA PRÉVENTION DES CANCERS PROFESSIONNELS **CANCER PRO ACTU**, SUR **e-cancer.fr**

> Colloque scientifique international <

L'INCa a organisé, avec l'Institut Cancer d'Aviesan et le Réseau NACRe (réseau national alimentation cancer recherche), un colloque scientifique réunissant plus de 150 experts nationaux et internationaux le 20 juin 2013, sur le thème: « Nutrition and Cancer: hot topics from biology to public health issues ». Cette journée a permis de débattre autour de quatre thématiques d'actualité en lien avec le cancer: les produits laitiers, l'obésité, la chimiothérapie et le métabolisme, ainsi que les aspects sociétaux de la consommation de boissons alcoolisées.

Si les experts ont mis l'accent sur l'état des connaissances, ils ont également insisté sur la nécessité de poursuivre les actions de recherche dans ces domaines, et sur l'intérêt de mobiliser, autour d'un même objet de recherche, différentes disciplines afin d'apporter des réponses en santé publique attendues par les patients et le public.

Dans le prolongement de cet événement scientifique, des synthèses des conférences introductives seront publiées en 2014 dans la revue « Médecine et Nutrition ». Cette publication permettra de toucher un large public de professionnels de la santé et de la nutrition, et des enseignants-chercheurs.

PRÉVENTION DU CANCER GASTRIQUE

La recherche et l'éradication de la bactérie *Helicobacter pylori* (HP) chez les personnes à risque de cancer gastrique sont une méthode de prévention efficace pour lutter contre le cancer de l'estomac. L'INCa a déployé en 2013 un dispositif d'information spécifique à l'attention des médecins et patients concernés, constitué de quatre brochures (pour les médecins généralistes, les gastroentérologues, les oncologues-chirurgiens

digestifs et les patients atteints de cancer de l'estomac afin qu'ils puissent sensibiliser leurs proches à risque). Relayé par les sociétés savantes impliquées, ce dispositif vise à rappeler quelles sont les personnes à risque de cancer de l'estomac, ainsi que la conduite à tenir pour éradiquer l'infection à HP.

PARTICULES FINES

L'INCa a actualisé et publié en septembre 2013, sous forme d'une fiche repère, une synthèse sur « Particules fines, dont diesel, et risque de cancer ». Elle dresse un état des lieux des connaissances sur les caractéristiques des particules atmosphériques, les sources d'émission de particules fines en France et l'exposition de la population française à ces particules, ainsi que sur l'impact de ces particules sur la santé avec, notamment, le cas des particules diesel vis-à-vis du risque de cancer (classées cancérogènes par le CIRC en 2012). Elle pointe les mesures nationales et européennes visant à réduire l'émission de ces particules.

APPELS A PROJETS > Santé publique <

En 2013, l'appel à projets de l'INCa en santé publique, dont l'objectif est de soutenir des actions et études spécifiques pour améliorer la prévention, le dépistage et la détection précoce des cancers en population générale ou auprès de publics ciblés, a permis de sélectionner cinq projets en prévention primaire pour un montant total de 566000 euros sur deux ans. Ils permettront notamment de réaliser des études/actions sur la formation en tabacologie des professionnels de santé, sur l'impact des images médiatisées de l'alcool et du tabac chez les jeunes, sur la diminution du temps d'écran pour plus d'activité physique ou sur un dispositif de recherche systématique de l'origine professionnelle des cancers bronchopulmonaires.

L'INCa en 2013 a également contribué à l'appel à projets organisé par la MILDT en soutenant deux projets à hauteur de 196 000 euros, portant sur les facteurs sociaux dans l'arrêt du tabac chez les jeunes adultes et sur l'impact du marketing de l'alcool et du tabac.

> Sciences humaines et sociales <

En 2013, l'INCa a organisé l'appel à projets libres récurrent de recherche en sciences humaines et sociales (SHS), en épidémiologie et en santé publique. Vingt projets ont été sélectionnés (soit 35 % de taux de sélection), pour un montant total de 4,81 millions d'euros. Un peu plus de la moitié des projets sont pluridisciplinaires et les thèmes abordés s'articulent comme suit :

- SHS (8 projets) : sociologie, économie, psycho-oncologie ;
- santé publique (5 projets) : activité physique, génétique et éthique, parcours et trajectoires de soins ;
- épidémiologie (11 projets) : facteurs de risque, prévention tertiaire ;
- biostatistiques/méthodologie (4 projets) : trajectoires de soins, innovations.

> Recherche interventionnelle <

L'appel à projets « Recherche interventionnelle », lancé par l'INCa en 2010, a été reconduit en 2013. Il a permis le financement de trois projets, soit près de 700 000 euros. Les recherches retenues traitent de deux facteurs de risque (tabac, pesticides) et d'une problématique socioéconomique (les aidants du patient âgé). Deux de ces projets s'inscrivent dans la lutte contre les inégalités de santé.

L'INCa a poursuivi sa réflexion sur la recherche interventionnelle en santé des populations, d'une part via la rédaction d'une note méthodologique sur ce sujet ; et d'autre part, via la publication dans la revue « La Santé en actions » d'un retour d'expérience sur quatre

« Les interventions de santé publique, sous forme de pratiques, de programmes, de distribution des ressources en santé publique, visent à modifier la répartition des risques associés à des populations ciblées ou à des communautés entières en mettant l'accent sur les facteurs communautaires et sociétaux. »

Louise Potvin

.....
professeur de santé publique,
Université de Montréal

années d'activité de cet appel à projets dédié aux projets générateurs de « données probantes » en santé publique.

> Partenariat <

En cohérence avec la stratégie de programmation de la recherche en prévention des cancers élaborée en 2012, l'INCa et l'IReSP ont co-organisé en 2013 un appel à projets de recherche en prévention primaire, en collaboration avec l'ANRS, la Cnamts, la CNSA, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, la DGS, l'Inpes, la MILDT et le RSI. Cet appel à projets, ouvert à toutes les pathologies, porte plus particulièrement sur les déterminants de santé et les possibilités de modification des comportements individuels et collectifs. Le 27 septembre 2013, une journée d'accompagnement de cet appel à projets a été organisée à Paris. Elle a permis le partage de bonnes pratiques en recherche, et l'échange entre équipes de recherche, acteurs de terrain et décideurs de santé publique.

L'Institut a publié en 2013 une étude ayant pour objectif d'aider les professionnels de santé à mieux identifier les patients à risque de second cancer primitif et à développer des actions de prévention intégrées à la prise en charge en cancérologie.

SECONDS CANCERS PRIMITIFS

PRÉVENIR LE RISQUE APRÈS UN DIAGNOSTIC DE CANCER



RAPPORT D'EXPERTISE

La hausse de l'incidence des cancers conjuguée à l'amélioration de la survie des patients atteints de cancers a pour corollaire une augmentation de la population avec un antécédent de cancer. Cette population a été estimée, en France, à 3 millions de personnes pour l'année 2008. Identifier les besoins de ces personnes, en particulier pour prévenir un second cancer primitif (SCP) susceptible de modifier la survie en entachant le pronostic vital à court, moyen ou long terme, est un enjeu.

En décembre 2013, l'INCa a publié un rapport d'expertise intitulé « Connaître et prévenir le risque de second cancer primitif » qui décrit la problématique de la survenue d'un second cancer primitif en présentant les facteurs de risques associés et des pistes d'actions de prévention à développer. Son annexe, intitulée « Analyse des situations les plus à risque

de second cancer primitif selon la localisation du premier cancer diagnostiqué », apporte des précisions quant à la nature des risques par localisation de cancer. Ce rapport constate que le risque moyen de SCP après un premier diagnostic de cancer chez l'adulte apparaît légèrement plus élevé que le risque de cancer dans la population générale, que ce sur-risque est faible lorsque l'on prend en compte l'ensemble des patients, mais peut s'avérer élevé pour certains ou inexistant pour d'autres.

> Identifier les patients à risque <

L'objectif de ce travail est de permettre aux cliniciens de mieux identifier les patients à risque, de connaître la nature de leurs risques, de pouvoir donner une information mesurée aux patients et de repérer et prendre en charge de façon adaptée les situations particulières. C'est aussi que la



INTERVIEW

< **Dr Jérôme Viguier** > directeur du pôle Santé publiques et soins

QU'EST-CE QU'UN SECOND CANCER PRIMITIF ?

J.V : C'est une nouvelle tumeur diagnostiquée chez un individu qui a déjà été atteint par un cancer, et qui n'est ni une récurrence, ni une métastase du premier cancer.

QUELS SONT LES PATIENTS QUI PRÉSENTENT UN RISQUE PARTICULIER ?

J.V : Dans la majorité des cas, les personnes ayant déjà eu un premier cancer présentent un risque de cancer égal ou légèrement supérieur à celui de la population générale. Mais pour certaines personnes, ce risque est plus élevé et peut nécessiter une attention particulière de la part des professionnels de santé. C'est le cas notamment pour certaines localisations de cancer (cavité buccale, lymphome hodgkinien, etc.), lorsque le

diagnostic de cancer a été posé à un âge jeune, ou lorsqu'il existe une prédisposition génétique aux cancers. Les recommandations à destination des médecins traitants et les recommandations de prise en charge spécialisée de l'INCa alertent les professionnels de santé sur les situations particulières à surveiller.

QUELS SONT LES LEVIERS D'ACTIONS POUR RÉDUIRE CE RISQUE ?

J.V : L'arrêt du tabac constitue un enjeu fort : il devrait être proposé dès la mise en place du traitement. La pratique d'une activité physique adaptée, la réduction de la consommation d'alcool, ainsi qu'une alimentation équilibrée sont également des actions de prévention à mettre en place avec les personnes qui ont été touchées par un cancer.



problématique de la survenue d'un SCP soit mieux prise en compte dans le parcours de prise en charge en cancérologie : planification du parcours du patient afin de favoriser la détection précoce des tumeurs primitives lorsque ce risque est élevé, meilleure orientation des patients vers les consultations d'oncogénétique, dans le cas de signes évocateurs d'une prédisposition au cancer, identification des situations de surtraitements qui exposent à un risque de SCP, développement d'une approche de prévention des expositions aux facteurs de risques évitables des SCP (conseils délivrés et/ou programmes d'intervention spécifiques).

Le rapport montre que la prévention de certains comportements à risques de SCP, tels que la consommation de

PRATIQUER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

S'appuyant sur le fait scientifiquement reconnu que l'activité physique apporte aux patients atteints de cancers des bénéfices en termes de qualité de vie, de survie et de diminution du risque de récurrence, l'INCa a lancé, en juin 2013, un groupe de travail pour réaliser un document d'expertise sur la

thématique « activité physique pendant et après un cancer ». L'objectif est de faire connaître aux professionnels de santé et aux patients les bénéfices apportés par l'activité physique, et de proposer un cadrage d'organisation pour la pratique d'activité physique adaptée pendant et après un cancer.

tabac, d'alcool et la surcharge pondérale qui sont des facteurs de risque évitables de SCP, représente un enjeu important de la prévention tertiaire, à prendre en compte dès le diagnostic de cancer.

L'Institut veille de façon constante à l'amélioration de la qualité des programmes de dépistage, notamment en termes de procédures et d'objectivité de l'information apportée aux professionnels et aux personnes concernées.

DÉPISTAGE

FAVORISER LA DÉTECTION PRÉCOCE DES CANCERS



ASPECTS ÉTHIQUES

Après la publication en 2012 d'un premier rapport sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein, les travaux du groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED) se sont poursuivis sur le programme de dépistage organisé du cancer colorectal par l'audition des experts des différentes spécialités concernées tout au long de l'année 2013. Ce deuxième rapport sera publié en 2014.

Le premier rapport du GRED avait pointé la nécessité de délivrer une information complète et objective aux personnes invitées au dépistage. Cette recommandation s'est traduite concrètement dans les messages portés par la campagne Octobre rose 2013 et par la mise à disposition auprès des médecins d'une synthèse sur les bénéfices et les limites des dépistages (voir page 32). L'Institut a

également organisé en octobre 2013, au congrès « Santé publique et prévention » de l'Adelf-SFSP, une session « Face au cancer: mieux informer pour mieux prévenir », présidée par le Dr Sarah Dauchy.

ASSURANCE QUALITÉ DES DÉPISTAGES ORGANISÉS

Une démarche d'assurance qualité des programmes de dépistages organisés des cancers a été initiée en 2013. Une étude, dont les résultats définitifs seront publiés en 2014, analyse les risques et identifie les axes d'amélioration du programme de dépistage des cancers, établissant un plan d'actions pour les années à venir, en cohérence avec les recommandations françaises et européennes.

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Un comité scientifique réunissant les sociétés savantes de gastroentérologie s'est réuni à plusieurs reprises en 2013 et a travaillé sur les perspectives d'évolution du dépistage du cancer colorectal. Deux projets portant sur le dépistage du cancer colorectal à l'aide du test immunologique ont été financés par l'INCa en 2013 : l'un vise à évaluer la sensibilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal en Côte d'Or, dans le Haut-Rhin et en Ille-et-Vilaine ; l'autre, dans le Calvados, précise la faisabilité du dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique avec un seul prélèvement.

L'INCa a par ailleurs participé à la rédaction de l'appel d'offres européen géré par l'Assurance maladie portant sur la fourniture des kits de dépistage immunologiques et leur solution d'analyse. Celui-ci été lancé en janvier 2014 et doit permettre l'évolution du programme de dépistage du cancer colorectal par une mise à disposition des kits de dépistage au dernier trimestre 2014.

« Mars bleu »

Le mois de mars 2013 a été, comme chaque année, l'occasion de sensibiliser les Français au dépistage du cancer colorectal via une nouvelle campagne d'information déployée par l'INCa et le ministère des Affaires sociales et de la Santé, en partenariat avec les régimes d'assurance maladie. La campagne télévisée avait pour principal objectif de réaffirmer les enjeux liés au cancer colorectal, en soulignant le paradoxe entre deux réalités : le cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10 lorsqu'il est dépisté à temps, et pourtant il reste encore aujourd'hui le deuxième cancer le plus meurtrier en France. En complément, la radio RTL a diffusé une série de messages pédagogiques et impliqué des animateurs

connus. Une affiche a été traduite en cinq langues et des émissions ont été diffusées sur des radios communautaires. Les médecins généralistes et les gastroentérologues ont fait l'objet d'une information nourrie via un e-mailing et un logiciel de gestion de dossiers patients.

L'évaluation de la campagne témoigne de son impact effectif sur l'évolution des connaissances, puisque dans une enquête réalisée fin mars, 47 % des Français citent le cancer colorectal parmi les trois cancers causant le plus de décès, soit 21 points de plus qu'en janvier, avant la diffusion de la campagne.

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Les travaux menés en 2013 par l'INCa se sont inscrits dans la perspective d'une généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, confirmée par le Plan cancer 2014-2019. Depuis 2009, 13 sites, dont 3 financés par l'INCa, expérimentent des modalités de dépistage organisé. Un bilan intermédiaire de ces expérimentations a été réalisé et sera publié au premier trimestre 2014. En complément, l'INCa a financé des études de faisabilité de recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes en dépistage primaire. L'utilisation de ce type de test pourrait permettre une diminution des inégalités face aux cancers par la possibilité d'utiliser des dispositifs d'autoprélèvement vaginal. Les résultats sont attendus en 2015.

L'Institut a mené entre avril et juin 2013 une campagne visant à rappeler les deux démarches complémentaires pour se protéger efficacement contre le cancer du col de l'utérus : la vaccination, à partir de 11 ans selon le nouveau calendrier vaccinal, puis le frottis, tous



les trois ans, de 25 à 65 ans. Déployée sur une sélection de stations nationales et des DOM, la campagne radio sur le frottis de dépistage a permis de toucher plus de 15 millions de femmes. Une fiche repère proposant un état des connaissances sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus a été publiée en octobre 2013.

DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER DE LA PROSTATE

En lien avec la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Association française d'urologie (AFU), l'Institut a poursuivi en 2013 ses travaux sur l'information donnée par les professionnels de santé aux hommes envisageant un dépistage du cancer de la prostate par dosage de PSA, sur les bénéfices et les risques associés à l'ensemble de la démarche de dépistage, de diagnostic et de prise en charge médicale. Ces travaux seront publiés courant 2014 et accompagnés d'outils d'information et d'aide à la pratique adaptés.

NB : Les actions visant à l'amélioration du programme de dépistage du cancer du sein, de la détection précoce du mélanome et à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage sont présentées page 30, 36 et 40.

LES PLANS CANCER





L'année 2013 a été une année à la charnière de deux Plans cancer, mobilisant les forces de l'Institut autour de l'évaluation des actions achevées et de la définition de nouveaux objectifs ambitieux pour les années à venir.

L'institut était chargé du suivi du deuxième Plan cancer pour le compte du comité de pilotage présidé par le Directeur général de la santé. L'année 2013 a été marquée par l'élaboration du rapport final du Plan.

PLAN CANCER 2009-2013

BILAN

« Tout en consolidant les acquis du Plan précédent, le Plan cancer 2009-2013 a impulsé un nouvel élan, en accélérant le transfert des avancées de la recherche au bénéfice des malades. »

Jean-Yves Grall

Directeur général de la Santé
(2011-2013)

Le bilan du Plan cancer 2009-2013 a été produit en juin 2013, de façon anticipée par rapport à l'échéance finale, afin qu'il puisse être pris en compte dans la préparation du nouveau Plan. Le rapport final a été préparé par la mission Plan cancer de l'INCa, en coordination avec les équipes de l'Institut et avec tous les partenaires pilotes d'actions du Plan. La mobilisation des acteurs et la méthodologie transversale mise en place ont permis de recueillir et d'analyser l'ensemble des informations nécessaires.

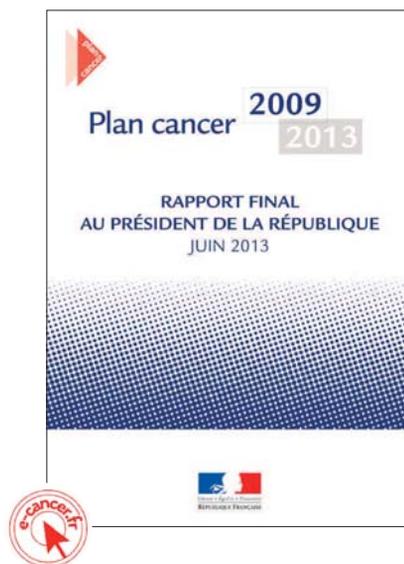
Le bilan du Plan a été établi au cours du premier semestre 2013 selon quatre axes d'analyse.

L'ÉTAT DE RÉALISATION DES ACTIONS

Le rapport fait le point de la réalisation des actions du Plan cancer 2009-2013, au regard des jalons programmés et suivis tout au long de l'avancement du Plan. Le bilan distingue ainsi les actions réalisées, partiellement réalisées ou non réalisées en juin 2013. Un résumé synthétique des réalisations est présenté, avec des focus sur certaines actions significatives.

LE BILAN BUDGÉTAIRE

Un bilan synthétique des moyens budgétaires mobilisés a été dressé, sur la base des montants déclarés par les financeurs des dépenses payées ou engagées pour la réalisation des actions du Plan sur la période 2009 à 2012.



LES PREMIERS RÉSULTATS DES ACTIONS

Les résultats à court ou moyen terme des actions menées ont été analysés et synthétisés dans le rapport final. Ils sont issus notamment des indicateurs suivis tout au long du Plan. Pour compléter cette approche, un inventaire des travaux contribuant à l'évaluation des actions a été effectué auprès de l'ensemble des pilotes du Plan et avec l'appui du réseau Évaluation de l'INCa.

LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER DANS LES RÉGIONS

Le bilan de la mise en œuvre du Plan cancer dans les régions a été établi à partir de plusieurs sources d'information, qui ont fait l'objet d'une analyse croisée par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'INCa: les contributions des agences régionales de santé au bilan du Plan; les schémas régionaux de prévention et d'organisation des soins; les dialogues de gestion entre les agences régionales de santé et la DGS sur le dépistage des cancers; le bilan de l'action des cancéropôles.

BILAN DU PLAN CANCER 2009-2013: LES AVANCÉES ET LES EFFORTS À AMPLIFIER

Le rapport final du Plan cancer 2009-2013 a été remis au président de la République par la ministre des Affaires sociales et de la Santé et la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Il a été publié le 23 août 2013 par le directeur général de la santé et l'INCa.

Grâce à l'implication de l'ensemble des acteurs, institutionnels, associatifs et professionnels, la plupart des actions prévues ont été mises en œuvre et les moyens prévus ont été mobilisés. Plus de 60 % des actions du Plan ont ainsi été réalisées en 2013 et les autres mesures vont se poursuivre. Avec 1,2 milliard d'euros exécutés de 2009 à 2012, les moyens du Plan ont été mobilisés à hauteur de 85 % des montants programmés sur la période.

Le Plan a permis des avancées majeures pour les malades en renforçant la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire. Les organisations adaptées sont en place pour la prise en charge des enfants atteints de cancer, des patients âgés, ainsi que des personnes atteintes de cancers rares. L'accès à la médecine personnalisée et la participation aux essais cliniques ont fortement progressé.

Le Plan s'est aussi engagé dans des voies nouvelles prometteuses pour soutenir les innovations thérapeutiques

et accélérer les progrès de la recherche, notamment dans le domaine de la génomique des cancers, qui confortent la visibilité de la France à l'international.

Afin d'assurer une continuité des parcours des patients, les programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer ont été conçus et expérimentés. La coordination entre équipes hospitalières et intervenants de ville, en particulier les médecins traitants, demande toutefois à être renforcée.

Une démarche de détection précoce des besoins sociaux et d'accompagnement a été mise en place. Cependant la prise en compte du retentissement de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle reste à améliorer.

Les résultats n'ont pas été à la hauteur des ambitions initiales en matière de prévention. La consommation de tabac n'a pas reculé et la participation aux dépistages organisés des cancers a peu progressé. Les efforts doivent également être amplifiés pour mieux comprendre les inégalités face aux cancers et agir plus efficacement pour les réduire.

Les enseignements tirés de ce bilan ont aidé à concevoir le nouveau Plan cancer afin de consolider les avancées réalisées et engager de nouveaux efforts.

Présenté par le président de la République le 4 février 2014, le nouveau Plan cancer a été élaboré sous le co-pilotage de la ministre des Affaires sociales et de la Santé et de la ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. L'Institut a été directement impliqué à chacune des étapes de la préparation du Plan.

PLAN CANCER 2014-2019

ÉLABORATION



La préparation du Plan cancer a été pilotée par un comité interministériel présidé par les ministres chargés de la santé et de la recherche ou leurs représentants et composé des directions d'administration centrale des deux ministères, du secrétaire général des ministères sociaux et de l'INCa. Elle s'est déroulée selon deux grandes phases successives.

RECUEIL DES ATTENTES ET ORIENTATIONS

> Janvier-août 2013 <

Une mission d'orientation a été confiée au Pr Jean-Paul Vernant, professeur d'hématologie à la Pitié Salpêtrière, qui a remis aux ministres son rapport de recommandations pour le troisième Plan cancer le 30 août 2013. L'INCa a apporté son expertise sanitaire et scientifique et son appui à la mission du Pr Vernant.

Parallèlement, près de 3000 contributions de personnes malades, proches ou professionnels, émises à titre individuel ou collectif, ont été recueillies et analysées par la Ligue nationale contre le cancer et par l'INCa via un espace dédié sur le site plan-cancer.gouv.fr. Les membres du Comité des usagers et des professionnels de l'INCa et de son conseil d'administration ont également fait part de leurs attentes.

Le rapport final du Plan cancer 2009-2013, préparé par l'INCa et publié en août 2013 par la Direction générale de la santé a permis de tirer des enseignements également utiles à la réflexion.

CONSOLIDATION ET RÉDACTION

> Septembre 2013-janvier 2014 <

Dans un second temps, cinq groupes interministériels ont été mis en place

par le comité de pilotage selon les thématiques priorisées par le président de la République : prévention et dépistage, recherche et innovation, prise en charge, formation et métiers, vie pendant et après le cancer. Ces groupes se sont réunis entre juillet et novembre 2013 et ont construit des propositions d'actions à partir des attentes des parties prenantes et des recommandations du Pr Vernant.

Pilotés par les directions des ministères chargés de la santé et de la recherche, les groupes étaient constitués des autres services ministériels impliqués – éducation nationale, travail et emploi, outre-mer –, des agences sanitaires et scientifiques concernées, de l'Assurance maladie et ont associé des représentants des usagers et des malades, ainsi que des professionnels de santé en tant que personnalités qualifiées.

INTERVIEW CROISÉE

< Catherine Morin > responsable de la mission Plan cancer et < Dr Valérie Mazeau-Woynar > directrice des Recommandations et de la qualité de l'expertise, chargées de la coordination des travaux de préparation du Plan cancer au sein de l'INCa

QUEL A ÉTÉ LE RÔLE DE L'INCa DANS LA PRÉPARATION DU NOUVEAU PLAN CANCER ?

VMW : Il fut multiple. L'Institut a tout d'abord apporté un soutien technique et méthodologique au comité de pilotage et aux groupes de travail interministériels. En tant qu'agence sanitaire et scientifique en oncologie, l'INCa a également participé aux groupes pour apporter son expertise et ses propositions d'action. Sa vision transversale a permis de garantir des synergies entre les actions proposées.

CM : L'INCa a ensuite rédigé le Plan cancer sur la base des actions formalisées par les groupes, puis en intégrant les différents arbitrages politiques. L'Institut a également

coordonné le travail de chiffrage du coût du Plan, en appui des cabinets ministériels.

COMMENT S'EST ORGANISÉ L'INCa POUR RÉPONDRE À CETTE MISSION ?

VMW : Une gestion de projet ad hoc a été mise en place. Des réunions thématiques du comité de direction se sont tenues chaque semaine au cours de cette période, alimentées par les travaux des équipes de l'Institut.

CM : La phase finale de rédaction a été pilotée par la Présidence avec de nombreuses relectures croisées de la part de l'équipe de direction. Enfin, c'est au cours des Rencontres de l'INCa, le 4 février 2014, que le président de la République a présenté le Plan aux acteurs de la lutte contre les cancers.



LES AMBITIONS DU PLAN CANCER 2014-2019



Le Plan a été construit selon une structure par grands objectifs de santé, déclinant à la fois des actions de santé et de recherche, autour d'une approche transversale de la lutte contre les inégalités et des pertes de chance face aux cancers.

L'ambition première du Plan est de guérir plus de personnes malades, en favorisant des diagnostics précoces et en garantissant l'accès de tous à une médecine de qualité et aux innovations.

Au-delà de l'amélioration des soins et des pratiques médicales, le Plan cancer propose une prise en charge globale de la personne, tenant compte de l'ensemble de ses besoins pour préserver la continuité et la qualité de vie pendant et après la maladie.

Les cancers sont aussi la première cause de mortalité évitable. Au regard des connaissances actuelles, on estime que près d'un décès par cancer sur deux pourrait être évité. Ainsi, le Plan investit dans la prévention pour réduire significativement le nombre de nouveaux cas de cancers. Enfin, il soutient la recherche fondamentale, source des progrès à venir.

À ces ambitions s'ajoute la volonté d'optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers, pour une meilleure

efficacité, en y associant pleinement les personnes malades et les usagers du système de santé.

À travers chacune des actions qu'il met en œuvre, le Plan cancer s'attaque résolument aux inégalités face à la maladie : en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables, en luttant contre les pertes de chance lors de la prise en charge, en garantissant un accès égalitaire à l'innovation et aux essais cliniques, et en évitant que les conséquences économiques et sociales de la maladie n'aggravent les difficultés des personnes malades.

Le Plan, décliné en 17 objectifs opérationnels, s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

PERSPECTIVES

PLAN D' ACTIONS 2014



L'année 2014 pour l'Institut national du cancer sera marquée par le lancement du nouveau Plan cancer, présenté par le président de la République, Monsieur François Hollande, aux Rencontres de l'INCa, le 4 février. L'Institut, qui s'est fortement investi dans la préparation de ce nouveau Plan cancer en appui des ministres chargés de la santé et de la recherche qui le copilotent, sera responsable de la mise en œuvre d'une partie de ses mesures. Il contribuera également au pilotage du Plan, en coordonnant le suivi de sa réalisation et de ses résultats. La mise en œuvre du Plan cancer sera conduite en concertation avec les acteurs de la cancérologie, membres du GIP-INCa et du Comité des usagers et des professionnels.

L'Institut veillera à consolider plus encore son rôle de fédérateur des acteurs du cancer, en amplifiant les partenariats avec les organismes de recherche, les autres agences et autorités sanitaires et les partenaires associatifs, et en prenant part aux initiatives internationales ayant trait aux cancers. Il apportera son expertise aux décideurs publics nationaux, mais aussi régionaux, tels que les agences régionales de santé.

En 2014, l'INCa mettra l'accent sur certains axes forts qui s'inscrivent dans les priorités du nouveau Plan cancer, en résonance avec les objectifs de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ». Il s'engage ainsi dans la lutte contre les pertes de chance de guérison ou de qualité de vie des personnes atteintes de cancer.

Face au tabac, premier facteur de risque évitable de cancer en France, l'Institut impulsera en 2014 un programme d'action ambitieux, en cohérence avec le plan national de réduction du tabagisme voulu par le président de la République. Pour lutter contre le tabagisme et les cancers liés au tabac, l'INCa entend mettre en synergie son expertise et sa capacité de mobilisation des acteurs de la santé et de la recherche pour renforcer la prévention de l'entrée dans le tabac et l'aide à la sortie du tabagisme, mais aussi la qualité de la prise en charge des personnes souffrant de cancers liés au tabac. Ce programme d'actions transversal s'inscrit dans l'approche intégrée des différentes facettes de la lutte contre les cancers portée par l'Institut national du cancer.

ANNEXES

ANNEXE 1
LES FINANCES DE L'INCa

ANNEXE 2
APPELS À PROJETS GÉRÉS PAR L'INCa

ANNEXE 3
LISTE DES PUBLICATIONS

ANNEXE 4
ARTICLES, POSTERS ET ABSTRACTS

ANNEXE 5
ORGANIGRAMME

ANNEXE 6
SIGLES ET ACRONYMES

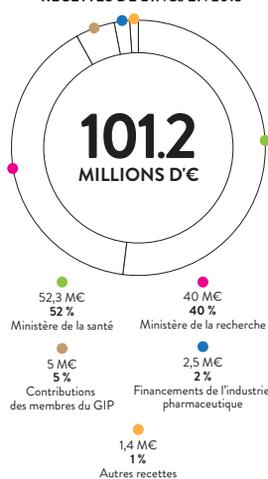


ANNEXE 1

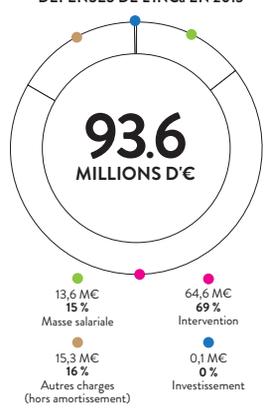
LES FINANCES DE L'INCa



RECETTES DE L'INCa EN 2013



DÉPENSES DE L'INCa EN 2013



RECETTES

Les recettes constatées pour 2013 s'élèvent à 101,2 millions d'euros. Elles se composent principalement des dotations de l'État (ministères de la Santé et de la Recherche) qui représentent un total de 92,4 millions d'euros. Par ailleurs, l'INCa a bénéficié de contributions des autres membres du GIP à hauteur de 5 millions d'euros en soutien à ses actions de recherche (PAIR, CLIP²), d'information des publics (campagnes d'information sur les dépistages, Cancer info) ou de soins (recommandations aux professionnels de santé). Enfin, des financements de l'industrie pharmaceutique, à hauteur de 2,5 millions d'euros ont été perçus au titre du programme ICGC et du soutien aux plateformes de génétique moléculaire.

DÉPENSES

Les dépenses 2013 se situent à 93,5 millions d'euros, dont plus des deux tiers ont bénéficié directement à des partenaires sous forme de subventions. Ainsi, 64,6 millions d'euros ont été consacrés à des versements de subventions, dont 41,4 millions d'euros au titre de subventions accordées antérieurement à 2013. Concernant les subventions signées en

2013, les principaux motifs ont été l'appel à projets libres en biologie et sciences du cancer (4,5 millions d'euros), le financement des registres (4,5 millions d'euros), le soutien à l'implémentation des nouvelles technologies de séquençage dans les plateformes de biologie moléculaires (3 millions d'euros), les appels à projets en recherche translationnelle (2 millions d'euros), l'appel à projets libres en sciences humaines et sociales, en épidémiologie et en santé publique (1,7 million d'euros), et le PAIR mélanome (1,7 million d'euros).

Les autres charges de fonctionnement s'élèvent à 15,3 millions d'euros, dont 4,5 millions d'euros sont directement liés aux campagnes d'information des publics (production, diffusion), 2,4 millions d'euros à diverses études dans le domaine du cancer, et 0,7 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 4,6 millions d'euros.

ANNEXE 2

APPELS À PROJETS GÉRÉS PAR L'INC_a

APPELS À PROJETS GÉRÉS PAR L'INC_a EN 2013 (SUITE PAGE 96)

Appels à projets Appels à candidatures	Projets		Montant total du financement pluriannuel	Experts		
	Nombre de projets/ lettres d'intention déposés	Nombre de projets financés		Rapports d'experts français	Rapports d'experts étrangers	Membres du comité d'évaluation
Projets libres de recherche translationnelle en cancérologie	164	20	8 810 021 €	25	75	26
Projets de recherche interventionnelle en santé des populations	10	3	708 864 €	6	0	5
Constitution de bases clinicobiologiques multicentriques nationales en cancérologie	14	5	2 435 639 €	19	9	10
Programme d'actions intégrées de recherche, mélanome	25	9	5 119 640 €	15	44	11
Projets libres de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique	54	20	4 809 781 €	102	0	24



APPELS À PROJETS GÉRÉS PAR L'INCa EN 2013 (SUITE DE LA PAGE 95)

Appels à projets Appels à candidatures	Projets		Montant total du financement pluriannuel	Experts		
	Nombre de projets/ lettres d'intention déposés	Nombre de projets financés		Rapports d'experts français	Rapports d'experts étrangers	Membres du comité d'évaluation
Programme hospitalier de recherche clinique, cancer	240	44	17 138 781 €	98	115	38
Programme de recherche médico-économique, cancer	16	2	864 070 €	7	11	-
Structuration du séquençage de nouvelle génération à visée diagnostique en cancérologie	27	12	3 474 345 €	2	88	19
Projets libres de recherche en biologie et sciences du cancer	208	33	15 069 651 €	35	87	30
CLIP ² Essais cliniques de phase précoce sur un anticorps anti-EGFR afucosylé, le GA 201	14	0	0 €	38	4	9
CLIP ² Essais cliniques de phase précoce sur un anticorps monoclonal anti-ErbB3, le MM-121	8	En cours	En cours	24	0	6
Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer	4	2	190 320 €	7	6	6
CLIP ² Essais cliniques de phase précoce sur un inhibiteur de p38 MAPK	8	2	521 655 €	24	0	11
CLIP ² Essais cliniques de phase précoce sur une molécule inhibitrice de P70/AKT	20	2	1514 130 €	54	6	11
CLIP ² Essais cliniques de phase précoce sur un virus oncolytique JX-594	7	1	924 302 €			
Total appels à projets de recherche (15)	819	152	60 135 242 €	456	445	206

APPELS À PROJETS GÉRÉS PAR L'INC_a EN 2013 (SUITE DE LA PAGE 96)

Appels à projets Appels à candidatures	Projets		Montant total du financement pluriannuel	Experts		
	Nombre de projets/ lettres d'intention déposés	Nombre de projets financés		Rapports d'experts français	Rapports d'experts étrangers	Membres du comité d'évaluation
Accompagnement des politiques de prévention et de dépistage des cancers	117	13	1460 687 €	74	0	34
Associations et qualité de vie	30	12	432 609 €	46	0	8
Développement des hébergements à proximité des lieux de prise en charge médicale	4	2	109 000 €	6	0	4
Total appels à projets de santé publique (3)	151	27	2 002 296 €	126	0	46

ANNEXE 3

LISTE DES PUBLICATIONS



ACTES DE COLLOQUE ET DE SÉMINAIRE (1)

- Inégalités sociales de santé et dépistage organisé du cancer du sein

AVIS ET RECOMMANDATIONS (3)

- Mélanome cutané métastatique Rapport intégral
- Mélanome cutané métastatique Synthèse
- Mélanome cutané métastatique Plaquette

BILANS D'ACTIVITÉ ET ÉVALUATIONS (8)

- Bilan de la campagne d'information Octobre rose 2012 pour le dépistage organisé du cancer du sein
- Bilan de la campagne d'information Mars bleu 2013 sur le dépistage organisé du cancer colorectal
- Molecular genetic tests for access to targeted therapies in France in 2012
- Observatoire national de la radiothérapie: rapport d'enquête situation fin 2011 et évolution depuis 2007
- Organisation de la prise en charge des patients adultes atteints de cancer rares - Bilan activité 2012
- Registre des essais cliniques en cancérologie – Bilan 2007-2012
- Synthèse de l'activité d'oncogénétique 2011 - Consultations et laboratoires

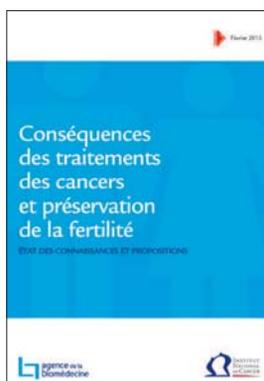
- Synthèse de l'activité des plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers en 2011

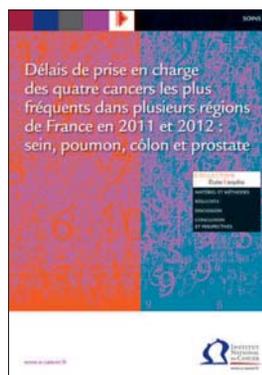
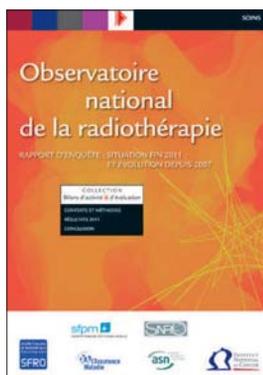
DOCUMENTS INSTITUTIONNELS (6)

- Rapport d'activité 2012 (versions française et anglaise)
- Rapport scientifique 2012-2013 (versions française et anglaise)
- Plan cancer 2009-2013 – Rapport final au président de la République
- Plan cancer 2009-2013 – Rapport final au président de la République – Synthèse

ÉTATS DES LIEUX ET DES CONNAISSANCES (13)

- Cartographie des indicateurs disponibles en France dans le domaine du cancer et de la cancérologie
- Conséquences des traitements des cancers et préservation de la fertilité
- Détection précoce de mélanome cutané: actualisation de la revue de la littérature
- Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - partie 1 - Tumeurs solides
- Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides - Synthèse





- Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 2 - Hémopathies malignes
- Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 2 - Hémopathies malignes - Synthèse
- Facteurs de retard au diagnostic du mélanome cutané
- Identifier et prévenir le risque de second cancer primitif
- La Situation du cancer en France en 2012
- Situation de la chimiothérapie des cancers - Rapport 2012
- Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007. Étude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM
- Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007. Étude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM – Synthèse

ÉTUDES ET ENQUÊTES (4)

- Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012: sein, poumon, côlon et prostate
- Étude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate dans plusieurs régions de France 2012

- Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau – synthèse de la vague 2 du baromètre
- Un nouvel éclairage sur l'exercice de la cancérologie: l'apport des spécialistes d'organes

FICHES REPÈRE (3)

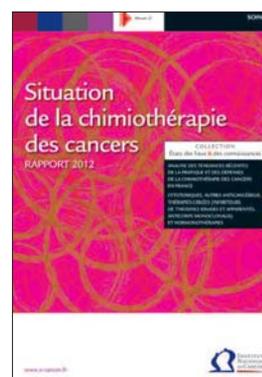
- Particules fines et risques de cancer
- Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus
- Surpoids, obésité et risque de cancers

GUIDES PATIENTS (4)

- Les traitements des cancers de la thyroïde
- Les traitements du cancer du sein
- Les traitements du cancer du rein
- Les traitements du cancer de l'endomètre

Outils de Bonne Pratique (9)

- Algorithme de sélection des hospitalisations liées à la prise en charge du cancer dans les bases nationales « algorithme cancer »
- Calendrier du dépistage des cancers
- Cancer colorectal: le médecin traitant acteur du dépistage organisé du cancer colorectal
- Gastroentérologues: acteurs de la prévention du cancer de l'estomac





- Le gynécologue : acteur du dépistage du cancer du sein
- Le médecin traitant : acteur du dépistage du cancer du sein
- Le médecin traitant : acteur de la prévention du cancer de l'estomac
- Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau
- Oncologues médicaux et chirurgiens digestifs : acteurs de la prévention du cancer de l'estomac

- Points critiques - Mésothéliome pleural malin

OUTILS DE COMMUNICATION GRAND PUBLIC (13)

- Affichette en langues étrangères sur le dépistage organisé du cancer du sein - 2013
- Affichette Mars bleu 2013
- Affichette Octobre rose 2013
- Brochure d'information « Le dépistage organisé du cancer du sein »
- Carte postale Octobre rose 2013
- Carte postale sur le dépistage organisé du cancer colorectal 2013
- Dépistage organisé du cancer du sein
- Dépliant d'information en langues étrangères sur le dépistage organisé du cancer du sein
- Dépliant d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus
- Dépliant d'information sur le dépistage organisé du cancer colorectal
- Dépliant d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein
- Dépliant sur la vaccination contre les HPV
- Prévention du cancer de l'estomac

GUIDES ALD/ PARCOURS DE SOINS (9)

- Actes et prestations ALD - Cancers bronchopulmonaires et mésothéliome pleural malin
- Actes et prestations ALD - Lymphome de Hodgkin classique de l'adulte
- Guide du Parcours de soins - Cancers bronchopulmonaires
- Guide du Parcours de soins - Lymphome de Hodgkin classique de l'adulte
- Guide du parcours de soins - Mésothéliome pleural malin
- Mémo - Lymphome de Hodgkin classique de l'adulte
- Points critiques - Cancers bronchopulmonaires
- Points critiques - Lymphome de Hodgkin classique de l'adulte

RAPPORT SUR LES AVANCÉES (1)

- Rôle du microenvironnement dans la tumorigenèse et la progression tumorale

ANNEXE 4

ARTICLES, POSTERS ET ABSTRACTS



ARTICLES

- **Standardized molecular genetic reports for the detection of somatic mutations in solid tumors]**
Nowak F.
Ann Pathol. 2013 Feb;33(1):3-8. doi: 10.1016/j.annpat.2012.12.001. Epub 2013 Jan 31.
- **Surpoids, obésité et risque de cancers, état des connaissances**
Ancellin R, Bessette D.
Oncologie, 3-4, mars-avril 2013
- **Conséquences des traitements des cancers et préservation de la fertilité**
Hoog-Labouret N, Merlet F.
Oncologie, 5, mai 2013
- **Évaluation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France un an et cinq ans après sa mise en œuvre: résultats de l'enquête ITC France**
Fong G, Craig L, Guignard R, Nagelhout G, Tait M, Driezen P, Kennedy R, Boudreau C, Wilquin JL, Deutsch A, Beck F.
BEH n°20-21/2013 (28 mai 2013)
- **Les recommandations nationales françaises de prise en charge du cancer du sein infiltrant Onze questions cliniques d'actualité sur le bilan initial, la radiothérapie et les traitements systémiques**
Giard S/Cutuli B, Antoine M, Barreaud B, Besnard S, Bonneterre J, Campone M, Ceugnard L, Classe JM, Cohen M, Dohoullou N, Fourquet A, Guinebretière JM, Hennequin C, Leblanc-Onfroy M, Levy L, Mazeau- Woyнар V, Mouret Reynier MA, Rousseau C, Verdoni L.
Oncologie, 6, juin 2013
- **6 months versus 12 months of adjuvant trastuzumab for patients with HER2-positive early breast cancer (PHARE): a randomised phase 3 trial**
Pivot X, Romieu G, Debled M, Pierga JY, Kerbrat P, Bachelot T, Lortholary A, Espié M, Fumoleau P, Serin D, Jacquin JP, Jouannaud C, Rios M, Abadie-Lacourtoisie S, Tubiana-Mathieu N, Cany L, Catala S, Khayat D, Pauporté I, Kramar A; PHARE trial investigators
Lancet Oncol. 2013 Jul;14(8):741-8. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70225-0. Epub 2013 Jun 11
- **Evaluating the Effectiveness of France's Indoor Smoke-Free Law 1 Year and 5 Years after Implementation: Findings from the ITC France Survey**
Fong G, Craig L, Guignard R, Nagelhout G, Tait M, Driezen P, Kennedy R, Boudreau C, Wilquin JL, Deutsch A, Beck F.
PLOS One, June 21, 2013
- **The KRAS mutation detection within the initial management of patients with metastatic colorectal cancer: a status report in France in 2011**
Lièvre A, Artru P, Guiu M, Laurent-Puig P, Merlin JL, Sabourin JC, Viguier J, Bastie A, Seronde A, Ducreux M.
Eur J Cancer. 2013 Jun;49(9):2126-33. doi: 10.1016/j.ejca.2013.02.016. Epub 2013 Mar 6.



- **Performance and cost efficiency of KRAS mutation testing for metastatic colorectal cancer in routine diagnosis: the MOKAECM study, a nationwide experience**
Blons H, Rouleau E, Charrier N, Chatellier G, Côté JF, Pages JC, de Fraipont F, Boyer JC, Merlio JP, Morel A, Gorisse MC, de Cremoux P, Leroy K, Milano G, Ouafik L, Merlin JL, Le Corre D, Aucouturier P, Sabourin JC, Nowak F, Frebourg T, Emile JF, Durand-Zaleski I, Laurent-Puig P; MOKAECM Collaborative Group.
PLoS One. 2013 Jul 25;8(7):e68945. doi: 10.1371/journal.pone.0068945. Print 2013.
- **Lack of referral for genetic counseling and testing in BRCA1/2 and Lynch syndromes: a nationwide study based on 240,134 consultations and 134,652 genetic tests**
Pujol P, Lyonnet DS, Frebourg T, Blin J, Picot MC, Lasset C, Dugast C, Berthet P, de Paillerets BB, Sobol H, Grandjouan S, Soubrier F, Buecher B, Guimbaud R, Lidereau R, Jonveaux P, Houdayer C, Giraud S, Olschwang S, Nogue E, Galibert V, Bara C, Nowak F, Khayat D, Nagues C.
Breast Cancer Res Treat. 2013 Aug;141(1):135-44. doi: 10.1007/s10549-013-2669-9. Epub 2013 Aug 24.
- **Recherche interventionnelle en santé des populations: l'expérience de l'INC_a**
Affeltranger B.
La santé en action, n°425, septembre 2013.
- **Improvement of the quality of BRAF testing in melanomas with nationwide external quality assessment, for the BRAF EQA group**
Emile JF, Tisserand J, Bergougnoux L, Nowak F, Faucher G, Surel S, Lamy A, Lecorre D, Helias-Rodzewicz Z, Hofman P, Sabourin JC, Laurent-Puig P; BRAF EQA Group.
BMC Cancer. 2013 Oct 11;13:472. doi: 10.1186/1471-2407-13-472.
- **Nutrition et cancer: mise au point sur des sujets d'actualité (Éditorial)**
Calvo F, Latino-Martel P.
Médecine et Nutrition. vol. 49, n°4, 2013.
- **Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau, synthèse de la vague 2 du baromètre**
Porte A, Viguier J.
Oncologie, novembre 2013, doi 10.1007/s10269-013-2333-3.
- **Synthèse des études sur les délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents**
Pourcel G.
Bulletin du cancer, novembre 2013
- **L'Organisation des soins en cancérologie: exemple de deux organisations spécifiques**
Bréchet J-M, Fournié E, Viguier J.
Rev Mal Respir Actualités 2013; 5 : 478-81.
- **Surveillance et observation des cancers par les registres**
Coordination: Bousquet PJ, Robaszkievicz M.
Bull Epidémiol Hebd. 2013; (43-44-45):553-95.
- **Spécificités et perspectives du programme de travail partenarial 2011-2013, relatif à la surveillance des cancers à partir des registres**
Bousquet PJ, Rasamimanana Cerf N, de Maria F, Grosclaude P, Bossard N, Danzon A.
Bull Epidémiol Hebd. 2013; (43-44-45):555-9.
- **Connaissance et perception du risque dû au radon en France**
Beck F, Richard JB, Deutsch A, Benmarhnia T, Pirard P, Roudier C, Peretti-Watel P.
Cancer/Radiothérapie 17 (2013) 744 – 749/décembre
- **Colorectal cancer screening by guaiac faecal occult blood test in France: Evaluation of the programme two years after launching**
Leuraud K, Jezewski-Serra D, Viguier J, Salines E.
Cancer Epidemiol. 2013 Dec;37(6):959-67. doi: 10.1016/j.canep.2013.07.008. Epub 2013 Sep 12.
- **Aging and cancer – Addressing a Nation's Challenge**
Bréchet H-M, Le Quellec-Nathan M, Buzyn A.
Cancer an Aging. From Bench to Clinics. Interdiscipl Top Gerontol. Basel, Karger, 2013, vol 38, pp158-164.

PARTICIPATION À DES OUVRAGES

- **Europe Does It Better: Molecular Testing across a National Health Care System-The French Example**
Nowak F, Calvo F, Soria JC.
Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2013;33:332-7. doi: 10.1200/EdBook_AM.2013.33.332.
- **Les recommandations nationales françaises de prise en charge du cancer du sein infiltrant**
Onze questions cliniques d'actualité sur le bilan initial, la radiothérapie et les traitements systémiques
Giard S/Cutuli B, Antoine M, Barreaud B, Besnard S, Bonnetterre J, Campone M, Ceugnard L, Classe JM, Cohen M, Dohoullou N, Fourquet A, Guinebretière JM, Hennequin C, Leblanc-Onfroy M, Levy L, Mazeau-Woynar V, Mouret Reynier MA, Rousseau C, Verdoni L.
Livres des 37^e journées du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) – session congrès de la Société française d'oncologie gynécologique, décembre 2013
- **Towards innovative models to improve cancer research coordination and outcomes in Europe**
Celis J, Rouillard A, van den Neucker I, Ferrantini M, Paradisi S, Segovia C, Corral T, Peiró R, Salas D, Berling C, Calvo F, Buzyn A.
In: Boosting Innovation and Cooperation in European Cancer Control – Key Findings from the European partnership for Action Against Cancer (EPAAC), ed Jose M Martin-Morena, Tit Albrecht, Sandra Rados Krnel, Ljubljana 2013, pp 179-208.
- **More than a European sound box: capitalising on the added value of the European perspective in cancer treatment**
Borras JM, Prades J, Bréchet J-M, Faithfull S, Trama A, Casali P-G.
In: Boosting Innovation and Cooperation in European Cancer Control – Key Findings from the European partnership for Action Against Cancer (EPAAC), ed Jose M Martin-Morena, Tit Albrecht, Sandra Rados Krnel, Ljubljana 2013, pp 117-139.
- **Estimation des taux régionaux de couverture mammographique du dépistage du cancer du sein en France, pour les femmes âgées de 50 à 74 ans**
Khelifa A, Lançon F, Masson JP
In: Traitement personnalisé des cancers du sein : impact sur la prise en charge loco-régionale. Springer Paris, 2013. p. 299-301
- **Enquête sur la mammographie dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein**
Lançon F, Viguier J.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2013, vol 61 (suppl. 4), S278.
- **Dépistage du cancer du sein: faut-il concilier démarche individuelle et dépistage organisé ?**
De Montgolfier S, Moutel G, Sancho-Garnier H, Jullian O, et GRED.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2013, vol 61 (suppl. 4), S276-S277

POSTERS ET ABSTRACTS

- **Bilan de la journée nationale 2012 de prévention et de dépistage des cancers de la peau organisé par le Syndicat National des dermatologues-vénérologues**
Porte A, Blanchet-Bardon CI, Sulimovic L.
Journées nationales provinciales de dermatologie (JNPD), mars 2013.
- **Senolog: a national database for organized and individual mammographie screening**
Khelifa A, Lançon F, Masson JP.
European Congress of Radiology, Vienna, March 7-11, 2013.
- **Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France**
Pourcel G.
13^e Congrès national des Observatoires Régionaux de Santé, avril 2012
- **Referral for genetic counseling and testing in BRCA1/2 and Lynch syndromes: A nationwide study based on 240,134 consultations and 134,652 genetic tests**
Pujol P, Stoppa-Lyonnet D, Frebourg T, Blin J, Picot MC, Lasset C, Bonaiti C, Berthet P, Grandjouan S, Soubrier F, Buecher B, Guimbaud R, Lidereau R, Jonveaux P, Olschwang S, Houdoyer C, Bressac B, Galibert V, Nowak F, Nogues C.
ASCO MEETING ABSTRACTS Jun 17, 2013:1528

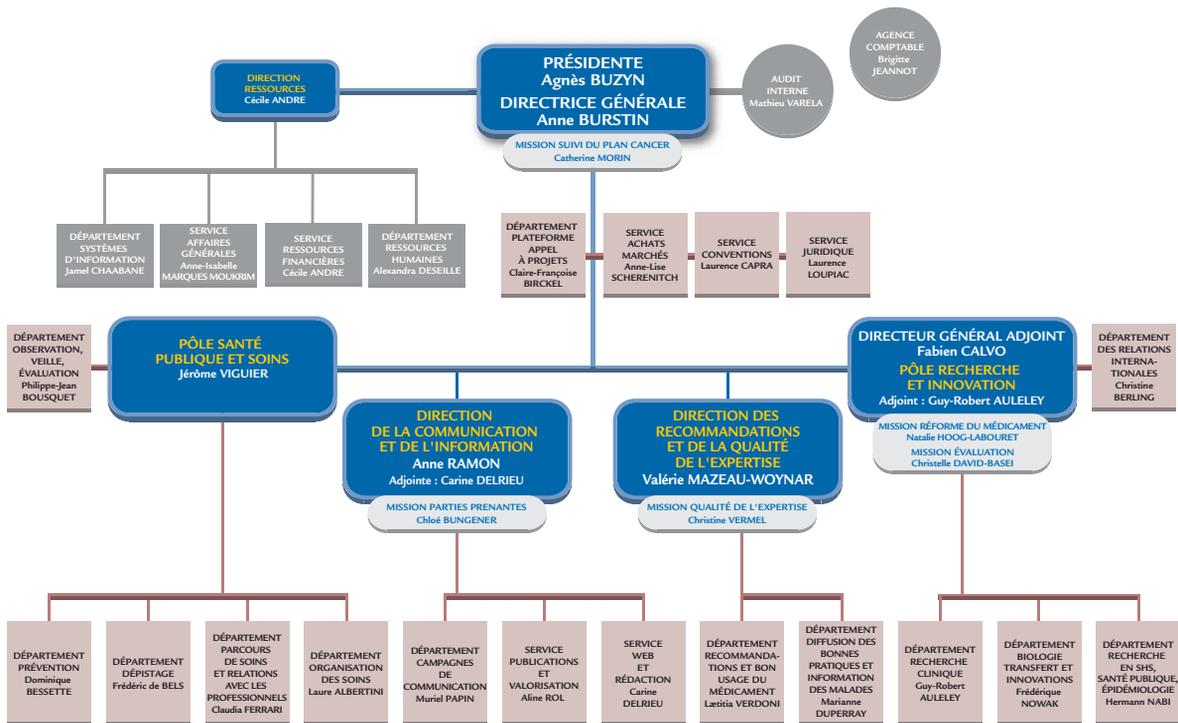


- **Biomarkers (BM) France: Results of routine EGFR, HER2, KRAS, BRAF, PI3KCA mutations detection and EML4-ALK gene fusion assessment on the first 10,000 non-small cell lung cancer (NSCLC) patients**
Barlesi F, Blons H, Beau-Faller M, Rouquette I, Ouafik LH, Mosser J, Merlio JP, Bringuier PP, Jonveaux P, Le Marechal C, Denis MG, Penault-Llorca FM, Debievre D, Soria JC, Cadranet J, Mazieres J, Missy P, Morin F, Nowak F, Zalcman G, Intergroupe Francophone de Cancerologie Thoracique (IFCT) ASCO MEETING ABSTRACTS Jun 17, 2013:8000
- **A national survey on patients' enrollment rate in oncology clinical trials: The French experience**
Pauporte I, Thibaudeau V, Calvo F, Buzyn A.
ASCO MEETING ABSTRACT: E17567
- **Dépistage du cancer du sein: Faut-il concilier démarche individuelle et dépistage organisé?**
De Montgolfier S, Moutel G, Sancho-Garnier H, Jullian O, et GRED.
Congrès international ADELFF-SFSP "Santé publique et prévention", Bordeaux, 17 au 19 octobre 2013.
- **Diffusion et circulation de l'information sur la prévention des cancers professionnels: l'exemple de l'élaboration du bulletin de veille Cancers Pro Actu (Institut national du cancer)**
Chauvet C, Jordan P, Bessette D, Bousquet PJ.
Congrès international ADELFF-SFSP "Santé publique et prévention", Bordeaux, 17 au 19 octobre 2013.
- **Enquête sur la mammographie dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein**
Lançon F, Viguier J.
Congrès international ADELFF-SFSP "Santé publique et prévention", Bordeaux, 17 au 19 octobre 2013.
- **Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau, synthèse de la vague 2 du baromètre**
Porte A, Viguier J.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 61, Supplement 4, October 2013, Pages S280, Congrès International ADELFF-SFSP "Santé publique et prévention", Bordeaux, 17 au 19 octobre 2013 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.249>).
- **Les médecins généralistes et la détection précoce des cancers de la peau, synthèse de la vague 2 du baromètre**
Porte A, Viguier J.
Congrès international ADELFF-SFSP "Santé publique et prévention", Bordeaux, 17 au 19 octobre 2013.
- **Management costs of the first five years after diagnosis in breast cancer by stage in France**
Atsou L, Bardoulat I, Colin X, Lemasson H, Ricarte C, Maurel F, Ajjouri R, Lançon F.
XVIth Annual European Congress ISPOR. Dublin, November 2-6, 2013
- **Estimation des taux régionaux de couverture mammographique du dépistage du cancer du sein en France, pour les femmes âgées de 50 à 74 ans**
Khelifa A, Lançon F, Masson JP.
Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire, Montpellier, 13 au 15 novembre 2013.
- **Trajectoires de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en France en 2010-2011**
Lefevre D, Le Bihan-Benjamin C, Rocchi M, Bousquet PJ.
Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire, Montpellier, 13 au 15 novembre 2013.

ANNEXE 5

ORGANIGRAMME

AU 31 DÉCEMBRE 2013



ANNEXE 6

SIGLES ET ACRONYMES



- **AcSé**: Programme d'accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes
- **ACT**: Appartenance de coordination thérapeutique
- **ADN**: Acide désoxyribonucléique
- **AERAS** (convention): S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé
- **AFU**: Association française d'urologie
- **AIEA**: Agence internationale de l'énergie atomique
- **AIR**: American Institutes for Research
- **ALD**: Affection longue durée
- **ALK**: Anaplastic lymphoma kinase
- **AMM**: Autorisation de mise sur le marché
- **ANRS**: Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
- **ANSM**: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- **AOG**: Antenne d'oncogériatrie
- **AORTIC**: African organisation for research and training in cancer
- **ARCAGY**: Association de Recherche sur les Cancers dont GYNécologiques
- **ARS**: Agence régionale de santé
- **ASCO**: American society of clinical oncology
- **ASIP Santé**: Agence des systèmes d'information partagés de santé
- **ASN**: Autorité de sûreté nucléaire
- **Aviesan**: Alliance pour les sciences de la vie et de la santé
- **BASIS**: Breast Cancer Somatic Genetics Study
- **BCB**: Bases clinicobiologiques
- **BEH**: Bulletin épidémiologique hebdomadaire
- **BRAF**: gène dont la mutation est impliquée dans les processus tumoraux
- **BRCA**: Breast cancer (gène)
- **CanCon**: Cancer Control
- **CCIS**: Carcinomes canaux in situ
- **CCLAT**: Convention cadre pour la lutte anti tabac
- **CeNGEPS**: Centre national de gestion des essais de produits de santé
- **CHU**: Centre hospitalier universitaire
- **CIRC**: Centre international de recherche sur le cancer
- **CLARA**: Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes
- **CLCC**: Centre de lutte contre le cancer
- **CLIP²**: Centres labellisés INCa de phase précoce
- **CNAMTS**: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- **CNEC**: Collège national des enseignants de cancérologie
- **CRN**: Cancer Research Network
- **CNRS**: Centre national de la recherche scientifique
- **CNSA**: Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- **Comup**: Comité des usagers et des professionnels
- **CSA PerMed**: Coordination and Support Action Personalized Medicine
- **CSO**: Centre de sociologie des organisations
- **CTEP-NCI**: Cancer Therapy Evaluation Program National Cancer Institute
- **DCC**: Dossier communicant en cancérologie
- **DES**: Diplôme d'études spécialisées
- **DESC**: Diplôme d'études spécialisées complémentaires
- **DGOS**: Direction générale de l'offre de soins
- **DGS**: Direction générale de la santé
- **DPI**: Déclaration publique d'intérêt
- **ECCO**: European Cancer Organisation

- **ECR**: European Congress of Radiology
- **EGFR**: Epidermal growth factor receptor
- **EMRC**: Équipe mobile de recherche clinique
- **EORTC**: European Organisation for Research and Treatment of Cancer
- **EPAAC**: European partnership for action against cancer
- **ERA-NET**: European Research Area Network
- **FFCD**: Fédération francophone de cancérologie digestive
- **FNORS**: Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
- **FNS2O**: Fédération nationale des spécialistes d'organes en oncologie
- **FRANCIM**: Réseau français des registres des cancers
- **GERCOR**: Groupe coopérateur multidisciplinaire en oncologie
- **GETTEC**: Groupe d'étude des tumeurs tête et cou
- **GINECO**: Groupe d'investigateurs nationaux pour l'étude des cancers ovariens et du sein
- **GIP**: Groupement d'intérêt public
- **GIPSI**: Gestion intégrée des projets suivis par l'INCa
- **GMFMel**: Groupe multidisciplinaire français du mélanome cutané
- **GICR**: Global Initiative for Cancer Registry Development
- **GIST**: Gastrointestinal stromal tumor
- **GRED**: Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage
- **HAS**: Haute Autorité de santé
- **HCL**: Hospices civils de Lyon
- **HCSP**: Haut Conseil de la santé publique
- **Helios**: Health investments observatory
- **HP**: Helicobacter pylori
- **HPV**: Human papillomavirus
- **ICGC**: International cancer genome consortium
- **ICISG**: International cancer information service group
- **ICRP**: International cancer research partnership
- **IDEC**: Infirmier diplômé d'État coordinateur
- **IDS**: Institut des données de santé
- **IFCT**: Intergroupe français de cancérologie thoracique
- **IFM**: Intergroupe francophone du myélome
- **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
- **ITC**: International Tobacco Control
- **INTERSARC**: intergroupe coopérateur sur les sarcomes
- **ITMO cancer**: Institut thématique multi-organismes dédié au cancer
- **LYSA**: The Lymphoma Study Association
- **LYSARC**: The Lymphoma Academic Research Organisation
- **MAPK**: Mitogen-activated protein kinase
- **MATWIN**: Maturation & Accelerating Translation with Industry
- **MERRI**: Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
- **MIGAC**: Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation



- **MILDT**: Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (devenue MILDECA: Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives depuis le décret ministériel du 11 mars 2014)
- **MOSAIC**: Mise en œuvre du suivi des actions de l'INCa
- **MSI**: Micro Satellite Instability
- **NACRe** (réseau): réseau national alimentation cancer recherche
- **NCI**: National Cancer Institute
- **NGS**: Next generation sequencing
- **NIHR**: National Institute for Health Research (Royaume-Uni)
- **OFDT**: Observatoire français des drogues et des toxicomanies
- **OFT**: Office français de prévention du tabagisme
- **OIR**: Organisations interrégionales de recours
- **OMS**: Organisation mondiale de la santé
- **Oncodage**: Outil de dépistage gériatrique en oncologie
- **ONDPS**: Observatoire national de la démographie des professions de santé
- **ORL**: Oto-rhino-laryngologie
- **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
- **PPS**: Programme personnalisé de soins
- **PRME**: Programme de recherche médico-économique
- **PSA**: Prostate Specific Antigen
- **PSTIC**: Programme de soutien aux techniques innovantes
- **RCP**: Réunion de concertation pluridisciplinaire
- **RRC**: Réseau régional de cancérologie
- **SDSI**: Schéma directeur des systèmes d'information
- **SFD**: Société française de dermatologie
- **SFPM**: Société française des médecins spécialistes
- **SFRO**: Société française de radiothérapie oncologique
- **SHS**: Sciences humaines et sociales
- **SIRIC**: Sites de recherche intégrée sur le cancer
- **SNIIRAM**: Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
- **SNDV**: Syndicat national des dermato-vénérologues
- **SNRO**: Syndicat national des radiothérapeutes oncologues
- **TEP**: Tomographie par émission de positons
- **TRANSCAN**: Translational cancer research
- **UCOG**: Unité de coordination en oncogériatrie
- **UMR**: Unité mixte de recherche
- **UV**: Ultraviolet
- **VADS**: Voies aérodigestives supérieures
- **W3C**: World Wide Web Consortium



52, avenue André Morizet
92513 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél. : +33 (1) 4110 50 00
Fax : +33 (1) 4110 50 20
e-cancer.fr

Édité en juin 2014 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

PLUS D'INFORMATIONS
e-cancer.fr

RAPPORT D'ACTIVITÉ **2013**

RAPACT14