RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030

Feuille de route régionale cancer 2022-2025

Nouvelle-Aquitaine

Version du 31 mai 2022

Tél standard : 09 69 37 00 33 – Courriel : ars-na-dosa@ars.sante.fr
Adresse : 103 bis rue Belleville – CS 91704 - 33063 BORDEAUX Cedex
www.ars.nouvelle.aquitaine.sante.fr

SOMMAIRE

Table des matières

1. ETAT DES LIEUX REGIONAL 3
1.1. ETAT DES LIEUX DES BESOINS 3
1.2. ETAT DES LIEUX DES RESSOURCES 9
2. BILANS DES PRECEDENTS PLANS CANCER 12
2.1 BILAN EN MATIERE DE PREVENTION 12
2.2 BILAN EN MATIERE D'OFFRE DE SOINS 18
3. PLAN DE CONCERTATIONS REGIONALES 21
3.1. METHODOLOGIE GENERALE 21
3.2. INDICATEURS, SUIVI ET PILOTAGE DE LA FEUILLE DE ROUTE 24
3.3. INSTANCE REGIONALE DE SUIVI DE LA FEUILLE DE ROUTE CANCER 25
4. RESULTATS DES CONCERTATIONS : PREOCCUPATIONS ET PRIORITES D'ACTIONS REGIONALES EN NOUVELLE-AQUITAINE 26
4.1. COHERENCE AVEC LES PLANS REGIONAUX 26
4.2. PREVENTION 27
4.3. OFFRE DE SOINS 33
4.4. RECHERCHE ET INNOVATION 39
5. CONCLUSION 39
ANNEXE 1 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL 40
ANNEXE 2 : BILAN ANNUEL FEUILLE DE ROUTE CANCER 2021 40
ANNEXE 3 : RETEX COVID 2021 40
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN CONCERTATIONS (FEDERATIONS/CTS …) 40
ANNEXE 5 : AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE (CRSA) NOUVELLE-AQUITAINE 40
ANNEXE 6 : PRIORITES D'ACTIONS REGIONALES EN NOUVELLE-AQUITAINE 2022 – 2025 40

1. ETAT DES LIEUX REGIONAL

1.1. ETAT DES LIEUX DES BESOINS

a) Données de santé et déterminants sociaux

Avec 5 979 778 habitants au recensement de la population de 2018 (+100 634 habitants par rapport à 2014), la région Nouvelle-Aquitaine se place au 4e rang des 13 **régions françaises métropolitaines les plus peuplées** derrière les régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Hauts-de-France.

Avec 1 601 845 d'habitants, **la Gironde représente à elle seule un peu plus du quart de la population régionale** (27 %). Elle est le 4e département le plus peuplé de France (hors départements d'Île-de-France). Elle compte plus du double de population que les Pyrénées-Atlantiques ou la Charente-Maritime (respectivement 679 000 et 646 932 habitants). Les neuf autres départements ne dépassent pas 450 000 habitants. **La Creuse est le moins peuplé de Nouvelle-Aquitaine avec 117 000 habitants en 2018** (deuxième département le moins peuplé de France métropolitaine) derrière la Lozère.

L**a région Nouvelle-Aquitaine est la plus vaste région de France métropolitaine**. Elle couvre 84 100 km2, soit 15% du territoire. Avec une densité de 70,6 habitants par km², elle se situe au 10e rang des régions de France métropolitaine, en dessous de la densité nationale (118 habitants au km²). Seules les régions Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté et Corse affichent des densités plus faibles.

Si la Gironde possède une densité supérieure à la moyenne nationale (160,6 habitants au km²), elle ne se situe néanmoins qu'au 29e rang des départements de métropole. Avec 21 habitants au km², la Creuse est l'un des départements les moins denses de France (95e sur 96, derrière la Lozère). La Corrèze, les Landes et la Dordogne affichent également une densité de population faible, avec moins de 50 habitants au km².

En 2018, la Nouvelle-Aquitaine compte 1 415 009 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 1 305 195 personnes de moins de 20 ans, soit un indice de vieillissement de 108,4. Cet indice est nettement supérieur à celui observé en France métropolitaine (81,9). **La région possède le deuxième indice de vieillissement le plus élevé des régions françaises derrière la Corse.**

Avec une espérance de vie à la naissance de 79,5 ans chez les hommes et 85,9 ans chez les femmes, la **Nouvelle-Aquitaine se situe au 7e rang des 13 régions françaises** (quel que soit le sexe). La situation régionale est très proche de celle relevée au niveau national : 79,4 ans chez les hommes et 85,7 ans chez les femmes. Chez les hommes, les écarts ne sont pas négligeables entre les départements. L'espérance de vie à la naissance pour un Creusois est inférieure de 3,2 ans à celle d'un Basque ou d'un Béarnais (77,1 ans vs 80,3 ans). Les écarts sont moins importants chez les femmes : l'espérance de vie à la naissance passant de 85,2 ans en Dordogne à 86,7 ans en Vienne.

L'indice de développement humain (IDH) prend en compte 3 dimensions : santé (Indice Comparatif de Mortalité), éducation (pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus sortie du système scolaire diplômée), niveau de vie (revenus disponibles médians par unité de consommation). L'indice varie à l'échelle régionale de 0,27 en Corse à 0,85 en Ile-de-France. **La Nouvelle-Aquitaine se situe à un rang médian avec un IDH de 0,58**. Au sein de la région, **la Creuse apparait comme le département le plus défavorisé** avec un indice faible de 0,39 ; **les Pyrénées-Atlantiques présentent l'IDH le plus élevé avec 0,68**. Tous les territoires urbains sont relativement favorisés (Bordeaux, Limoges, Poitiers, Pau) à l'exception de Guéret. Les indices les plus faibles concernent les territoires les plus ruraux.

b) Données épidémiologiques du cancer

La situation régionale, toutes localisations confondues, est proche de celle de la France métropolitaine pour l'ensemble des cancers. On estime à 36 939 le nombre moyen de nouveaux cas de cancer diagnostiqués chaque année dans la région Nouvelle-Aquitaine sur la période 2007-2016, soit 9,7% des nouveaux cas survenant en France métropolitaine avec 56% des cas chez l'homme et 44% chez la femme. **Les localisations les plus fréquentes** et responsables de plus de la moitié des cas sont (tableau) :

- la prostate (26,7%), le poumon (13,7%) et le côlon-rectum-anus (12,3%), chez l'homme
- le sein (31,6%), le côlon-rectum-anus (13,1%) et le poumon (7%), chez la femme.

Epidémiologie des 4 principaux cancers en Nouvelle-Aquitaine : incidence, mortalité, survie (Rapport Francim / SPF)

Localisation	Incidence en NA (nombre de nouveaux cas/an)	Mortalité en NA (nombre de décès/an)	Survie moyenne en NA	Survie à 5 ans en France
Poumon	3 985	3 115	20% (F); 19% (H)	24% (F) ; 18% (H)
Colon	4 671	1 943	58 % (H et F)	65% (F) ; 62% (H)
Prostate	5 533	988	82% (H et F)	93%
Sein	5 123	1 164	77% (H et F)	88 %

Le cancer est la cause de 28% des décès dans la région avec un nombre moyen de décès chaque année, estimé à 16 218 cas dont 59% chez l'homme et 41% chez la femme.

Les cancers de mauvais pronostic (tableau) représentent 21,5% des cancers diagnostiqués (22% au niveau national).

Epidémiologie des cancers à survie/pronostic défavorable en Nouvelle-Aquitaine (hors cancers métastatiques) (Rapport Francim / SPF)

Localisation	Incidence en NA (nombre nouveaux cas/an)	Mortalité en NA (nombre décès/an)	Survie à 5 ans en France
Vessie[1]	1 350	519	62%
Col de l'utérus[1]	300	189	63%
Pancréas[2]	1 079	979	9%
Foie[2]	639	550	14%
Œsophage[2]	488	365	25%
Estomac[2]	711	491	31%
Ovaire[2]	488	366	31%
Système nerveux central[2]	NC	NC	26%

[1] : cancer avec un recul de la survie ; [2] : cancer à survie nette standardisée inférieure à 33% (valeurs moyennes)

En revanche, l'analyse par localisation met en évidence des disparités régionales prononcées. En Nouvelle-Aquitaine, plusieurs types de cancer sont en **sous-incidence** par rapport aux données de la France métropolitaine : chez l'homme pour le cancer du foie (-12%) et les localisations lèvre-bouche-pharynx (-9%) ; chez la femme pour le cancer de l'estomac (-12%) et de l'œsophage (-8%). On observe également une **mortalité moins élevée**, chez l'homme pour le cancer du foie (-10%) et les localisations lèvre-bouche-pharynx (-12%) ; chez la femme, pour le cancer de la thyroïde (-10%) et de l'œsophage (-12%). **A contrario, une**

sur-incidence est décrite pour les cancers de la thyroïde. Elle concerne aussi bien les hommes (+19%) que les femmes (+22%). De plus, la Nouvelle Aquitaine présente **une mortalité supérieure au niveau national pour les tumeurs du système nerveux central** chez les hommes (+12%) et chez les femmes (+15%). Le cancer du rein présente, pour les deux sexes, une sur-incidence (+8% chez les hommes ; +5% chez les femmes) et une surmortalité (+9% chez les hommes ; +6% chez les femmes).

L'incidence et la mortalité par cancer présentent des disparités territoriales notables. Plusieurs groupes se distinguent :

- Les départements privilégiés et moins touchés qui ne présentent aucun excès d'incidence ni de mortalité. Il s'agit de la Charente, la Dordogne et le Lot-et-Garonne.
- Les départements peu touchés pour lesquels une surmortalité est enregistrée pour le cancer du côlon-rectum chez l'homme. Il s'agit de la Creuse, la Vienne et la Haute-Vienne.
- Les départements pour lesquels il existe une surmortalité et une sur-incidence pour plusieurs cancers. Il s'agit de la Charente-Maritime, la Gironde, les Landes, les Pyrénées-Atlantiques et les Deux-Sèvres. Les localisations de cancers sont le système nerveux central, la thyroïde, le poumon et le rein.
- Le département de la Gironde qui présente une surmortalité et une sur-incidence des mélanomes cutanés.

c) Données relatives aux facteurs de risques

La Nouvelle-Aquitaine présente une **situation défavorable vis-à-vis des principaux facteurs de risque** de cancer :

- Une prévalence du tabagisme quotidien supérieure à la moyenne nationale : 28,1% de fumeurs quotidiens (26,9% au niveau national) ; 29% des jeunes sont des fumeurs quotidiens (25,1% au niveau national)
- Une consommation d'alcool supérieure à la moyenne nationale : 12,3% de consommateurs quotidiens (10% au niveau national) ; 10% des jeunes sont des consommateurs réguliers (8,4% au niveau national)
- Une prévalence de la surcharge pondérale supérieure à la moyenne nationale chez les hommes : 57,3% des hommes (53,9% au niveau national) ; 43,7% des femmes (44,2% au niveau national). Toutefois, l'étude OBEPI-ROCHE de 2020 montre que la Nouvelle-Aquitaine se situe en dessous de la moyenne nationale avec 16,6% de la prévalence de l'obésité (OBEPI- ROCHE 2020).
- A l'occasion des travaux du PRS2, l'ORS a synthétisé les éléments diagnostics disponibles à l'échelle Nouvelle-Aquitaine :
    - Près d'un élève de 6ème sur cinq est en surcharge pondérale dont l'évolution est défavorable

- L'insuffisance pondérale concerne autant d'enfants scolarisés en 6ème que l'obésité
- Les comportements alimentaires se dégradent entre la 6ème et la 3ème. Une insatisfaction corporelle est ressentie pour 40 % des collégiens
- Près d'un élève de 2nde sur cinq suit un régime alimentaire pour perdre du poids
- Un quart de la population en Nouvelle-Aquitaine pratique un sport en club
- Des inégalités territoriales sont constatées concernant l'offre en clubs sportifs pour les personnes en situation de handicap
- Près de neuf adolescents sur dix déclarent passer deux heures ou plus par jour devant un écran
- Comparée à la moyenne nationale, la part d'enfants allaités est moins importante dans tous les départements néo-aquitains sauf en Gironde

Néanmoins, la sous-incidence observée pour les **cancers du foie chez l'homme, et de l'estomac chez la femme** peut être liée à une diminution de la prévalence des facteurs de risque, en rapport avec les moyens de lutte mis en œuvre, notamment pour la consommation de tabac et d'alcool, impliqués dans la plupart de ces cancers.

Concernant la surmortalité des **cancers du système nerveux central, les principaux facteurs de risque** sont l'âge, le genre et certains syndromes héréditaires. Les rayonnements ionisants sont classés cancérogènes certains et les radiofréquences émises par les téléphones portables sont classées cancérogènes probables. D'autres facteurs environnementaux comme les pesticides et les champs électromagnétiques basse fréquence sont débattus.

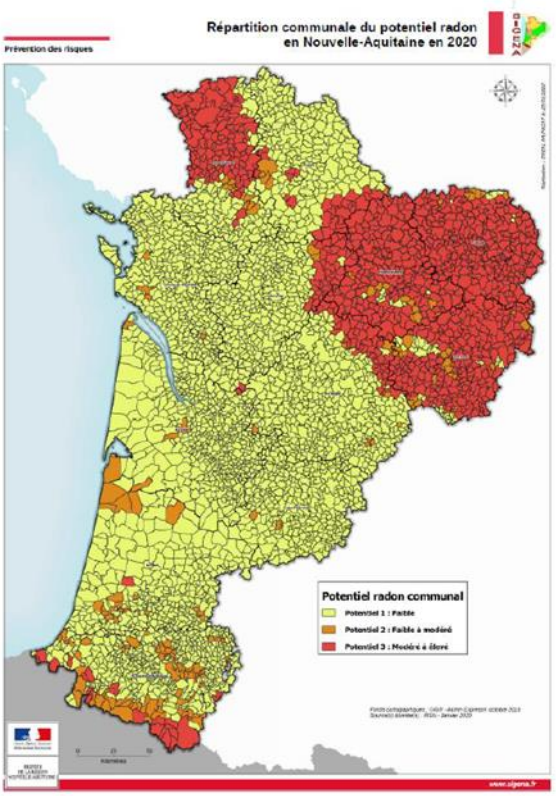
La sur-incidence du **cancer de la thyroïde** peut être fortement influencée par les pratiques diagnostiques et thérapeutiques. Les facteurs de risque identifiés du cancer de la thyroïde sont l'exposition aux rayonnements ionisants, notamment durant l'enfance, et une carence en iode.

Les autres facteurs de risque de survenue des cancers sont :

- Les facteurs infectieux : parmi lesquels l'hépatite B. La Nouvelle-Aquitaine enregistre un nombre plus élevé que sur le territoire national de personnes atteintes d'une hépatite B chronique (ALD). On compte, en effet, entre 40 et 55 personnes pour 100 000 habitants dans les départements de Gironde, de Haute-Vienne et de Vienne (Données SNIIRAM-SNDS -31 décembre 2019). Par ailleurs, les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) sont très fréquentes et peuvent évoluer vers un cancer. 100% des cancers du col de l'utérus sont dus aux infections liées aux HPV et plus de 25 % des cancers provoqués par les HPV surviennent chez les hommes dans un contexte de couverture

vaccinale proche de la moyenne nationale mais encore très insuffisante.

- Les expositions professionnelles : on estime entre 1 800 et 4 000 le nombre de nouveaux cas de cancers broncho-pulmonaires par an en France (INSERM, 1996 ; InVS, 2003) dont près de 85% sont des cas de mésothéliomes pleuraux (InVS, 2006).
- Les facteurs de risque environnementaux : les perturbateurs endocriniens, la pollution aux particules fines et de l'air intérieur, le radon, sont autant de facteurs de risque. En Nouvelle Aquitaine, 3 500 décès par an sont liés aux particules fines et une attention particulière doit être portée à la question du radon depuis l'arrêté du 27 juin 2018 qui a défini plus finement à l'échelle de la commune des zones à potentiel radon significatif (potentiel 3), Dans la région, les départements de l'ex région Limousin, les Pyrénées Atlantiques et les Deux-Sèvres présentent un nombre important de communes en potentiel 3.



Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque (Source : CIRC/INCa 2018)

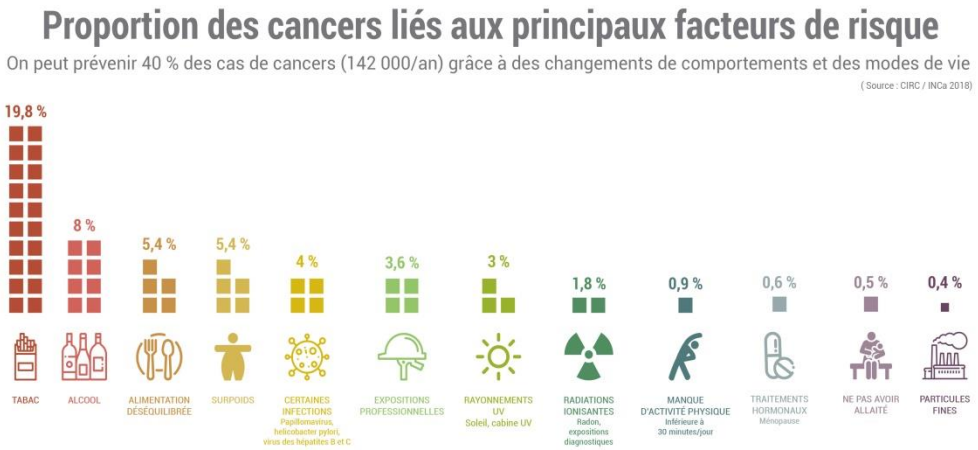
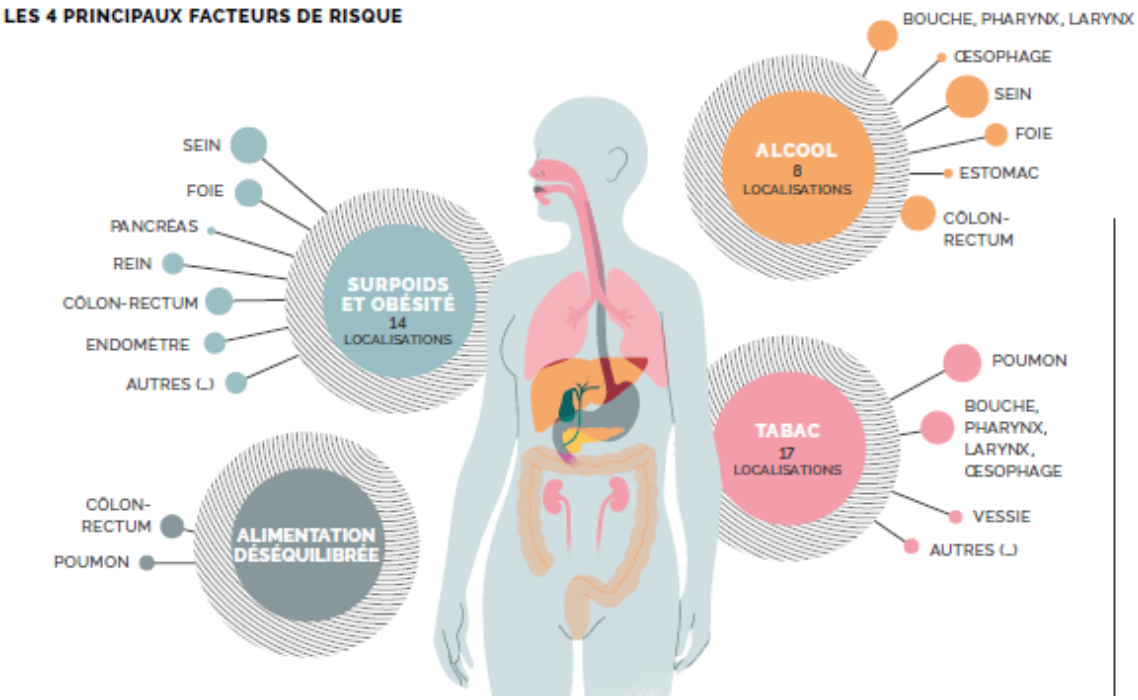


Figure : Principaux facteurs de risque et localisations de cancer (Source : INCa)



1.2. ETAT DES LIEUX DES RESSOURCES

a) Données sur la prévention et le dépistage

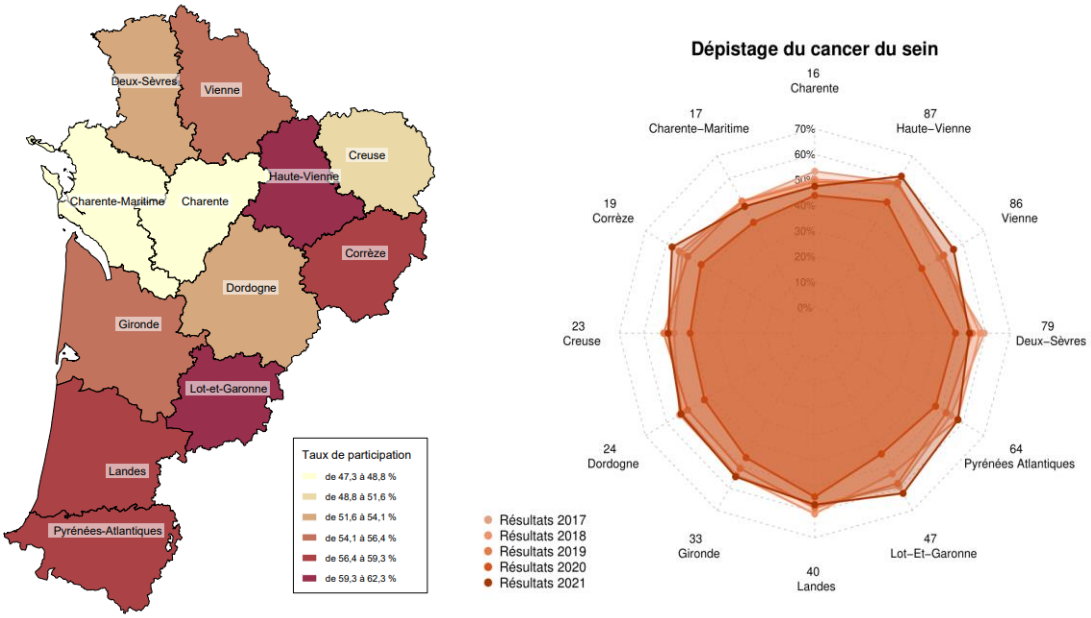
Parmi les trois cancers faisant l'objet d'un dépistage organisé en France :

- Le taux de participation de la population-cible du dépistage du cancer du sein en

Nouvelle-Aquitaine est de 54,6%[1]. On observe des disparités territoriales, avec le département de la Charente-Maritime présentant un taux de 47,3%, un taux de 60,9% en Haute-Vienne.

- Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est de 36,2%. On observe des disparités territoriales, avec le département de la Corrèze présentant un taux de 32% et les Landes 39,7%.
- Le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus est de 61,7%. De plus, 30% des jeunes filles sont vaccinées contre les HPV (27,9% au niveau national).

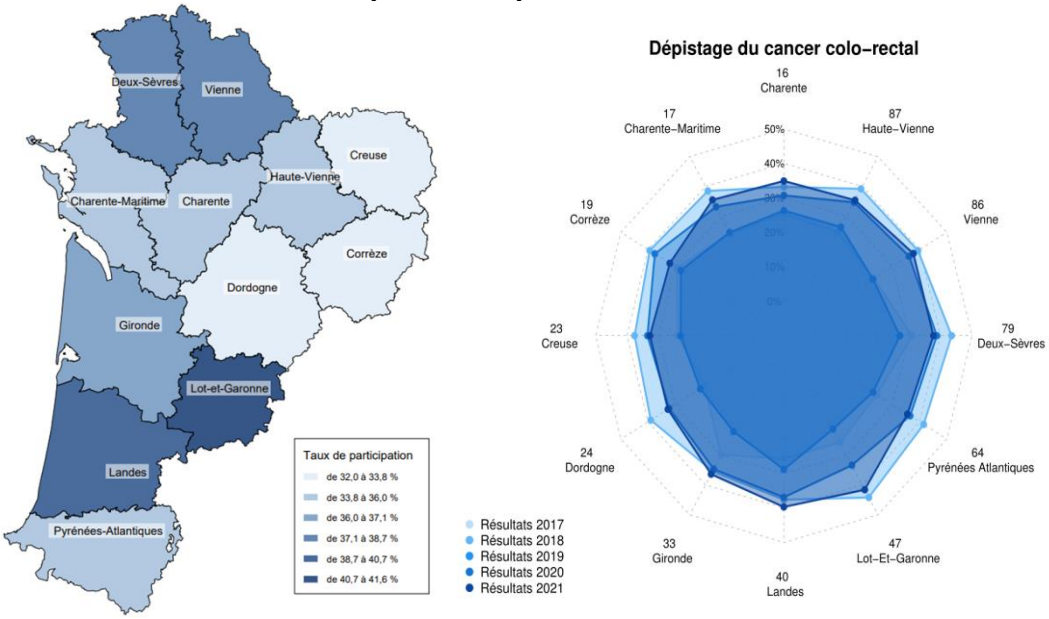
Participation au dépistage du cancer du sein (2021) et évolution du dépistage organisé du cancer du sein (2017-2021)



Source : Données CRCDC-NA – Taux de participation INSEE au dépistage du cancer du sein

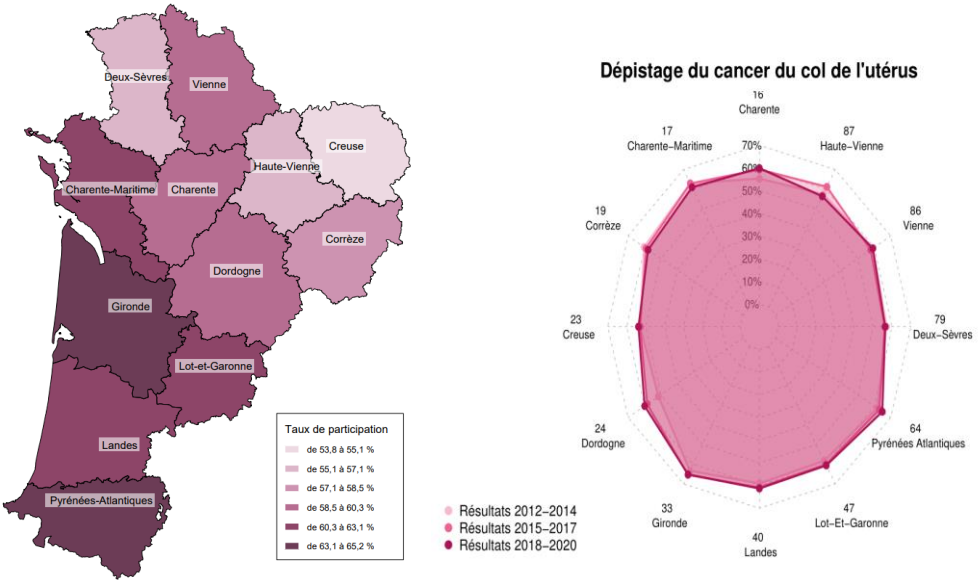
[1] Données CRCDC-NA – taux de participation INSEE au dépistage -2021

Participation au dépistage du cancer colo-rectal (2021) et évolution du dépistage organisé du cancer colo-rectal (2017-2021)



Source : Données CRCDC-NA – Taux de participation INSEE au dépistage du cancer colo-rectal

Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus (2018-2020) et évolution du dépistage du cancer du col de l'utérus (2012-2020)



Source : Données CRCDC-NA –Taux de participation INSEE-2018-2020

b) Données sur l'offre de soins et les prises en charge

Au niveau de l'activité, le nombre annuel d'hospitalisations réalisé en Nouvelle-Aquitaine avec un diagnostic principal de cancer est de 592 154, soit 23,3% de l'activité hospitalière totale (20,8% au niveau national) :

- 44 779 hospitalisations pour chirurgie du cancer, réalisées dans 31,2% des cas en ambulatoire (33% au niveau national).
- En 2020, 22 446 exérèses chirurgicales pour 6 localisations (-3,3% par rapport à 2019):

sein (7 045), gynécologie (1 848), urologie (4 733), thorax (1 386), digestif (5 368), ORL-MF (2 066)
- 311 765 séjours et séances de chimiothérapie
- 210 835 séjours et séances de radiothérapie en secteur hospitalier
- 117 553 passages en RCP

Au niveau de la démographie médicale, la Nouvelle-Aquitaine recense :
- 104 professionnels en radiologie (soit 1,73/100 000 habitants *vs* 1,46 au niveau national)
- 160 professionnels en anatomocytopathologie (soit 2,67/100 000 habitants *vs* 2,49 au niveau national), dont 40% sont âgés de plus de 55 ans
- 121 professionnels en oncologie médicale (soit 2,02/100 000 habitants *vs* 2,04 au niveau national)

Au niveau des équipements, 85 établissements au total sont autorisés à exercer des activités de traitement du cancer en Nouvelle-Aquitaine :
- 19 établissements autorisés pour de la radiothérapie
- 37 établissements autorisés pour de la chimiothérapie
- 70 établissements autorisés pour pratiquer la chirurgie du cancer : digestif (58 autorisations), mammaire (44), urologique (43), thoracique (15), gynécologique (38), ORL/MXF (26)

Le nombre d'équipements d'imagerie par résonnance (IRM) autorisés est de 123 dans la région, soit un taux d'équipement de 18,5 pour 1 million d'habitant, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (19,4).

Les données départementales plus complètes sont présentées ANNEXE 1.

2. BILANS DES PRECEDENTS PLANS CANCER

Les précédents « Plan Cancer » et notamment le plan cancer 2014 – 2019 ont permis de développer des axes priorisés dans le SRS de Nouvelle-Aquitaine dont la réduction des inégalités et des pertes de chance de toute la population des patients atteints de cancer et une meilleure réponse apportée aux besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

2.1 BILAN EN MATIERE DE PREVENTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est multifactorielle et « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » sont appelés « déterminants de la santé » (OMS, 1999).

Les « facteurs personnels », au-delà de la biologie (constitution, etc.), regroupent les comportements et styles de vies personnelles ou « habitudes de vie » (alimentation, sédentarité-activité physique, consommation de tabac, alcool …) qui peuvent être favorables ou défavorables à la santé.

Selon l'OMS, l'activité physique et la sédentarité, l'alimentation ainsi que le tabagisme, consommation d'alcool sont les principaux déterminants de l'espérance de vie en bonne santé, des maladies chroniques ou non transmissibles, et in fine de la mortalité. De forts enjeux incitent donc à agir sur ces déterminants.

40% des cancers peuvent être évités : 19,8% des cancers sont liés au tabac, 8% sont liés à l'alcool, 5,4% à l'alimentation déséquilibrée, 5,4% au surpoids, 4% sont liés à certaines infections et 1.8% aux radiations ionisantes.

Aussi, l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine souhaite fédérer l'ensemble des partenaires impliqués (Centre Régional de Coordination des Dépistages des cancers-NA (CRCDC-NA) Unions Régionales des Professionnels de Santé, Ordres des professionnels de santé, Ligue contre le cancer, Etablissements de santé….) au sein de comités territoriaux, installés depuis 2019, afin de planifier collectivement les actions autour des déterminants de santé et de l'accès au dépistage des cancers dans chaque département dans le cadre notamment des actions.

En sus des actions prioritaires définies en partie 8, l'Agence Régionale de Santé souhaite agir à l'échelle régionale sur les milieux de vie : une 1ère action sera menée en 2023, par le CRCDC-NA pour engager des partenariats avec la médecine du travail autour des déterminants de santé et de l'accès aux dépistages en milieu professionnel.

Tabac

En 2017, la région Nouvelle-Aquitaine comptait 1,1 millions de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans avec une prévalence de fumeurs quotidiens de 28,1% (29,9% en 2014)[2]. Si la région Nouvelle-Aquitaine ne se distingue pas des autres régions métropolitaines en termes de prévalence du tabagisme quotidien et de proportion de fumeurs présentant une forte dépendance au tabac, elle a, toutefois, des prévalences de tabagisme quotidien à 17 ans et de tabagisme chez les femmes enceintes supérieures à la moyenne nationale.

Par ailleurs, la Nouvelle-Aquitaine présente une incidence et une mortalité dans la moyenne nationale pour les pathologies les plus associées au tabac, avec de fortes disparités entre les

[2] Données Bulletin Santé publique France- Février 2021

départements : la Creuse et les Landes présentant les situations les plus préoccupantes. Ce rapide panorama permet de dresser trois constats.

Premièrement une action publique de prévention des addictions cohérente dans la durée avec un portage politique fort et constant permet d'atteindre des résultats. Plus que jamais l'objectif est d'arriver à des générations sans tabac. C'est un gain social qui ne souffre pas de contreparties opposables.

Deuxièmement, l'Agence régionale de santé, et son échelon régional, apporte une plus-value à la politique nationale en adaptant les dispositifs aux spécificités régionales. Par exemple, les crédits du Fonds addiction gérés par l'ARS, 7,5 millions d'euros depuis 2018, permettent un travail de précision sur les enjeux repérés par les acteurs de l'addictologie et les communautés de professionnels.

Troisièmement, l'évolution du tabagisme est malheureusement une parfaite illustration des inégalités structurelles sociales et territoriales de santé. Certes, une spécificité du tabagisme tient au fait que les différences de prix entre pays européens font que les régions frontalières ont un handicap puisqu'il est plus facile de s'approvisionner en tabac, et donc que l'incitation à arrêter du fait du prix est moins forte. Mais cette spécificité mise de côté, le gradient social de la consommation de tabac – plus on est pauvre, plus on fume, statistiquement parlant – est un fait qui oblige les acteurs de la prévention à agir. En conclusion si la prévention du tabagisme doit concerner la population dans son ensemble, la plus grande énergie doit viser les personnes vulnérables (universalisme proportionné). Ainsi, dans le cadre de la stratégie régionale de lutte contre les cancers (rappelons que l'incidence du cancer du poumon en Nouvelle-Aquitaine demeure importante et touche près 8 fumeurs sur 10), l'ARS focalise ses actions autour des offreurs de soins avec l'extension des lieux sans tabac au sein des établissements de santé et des professionnels de 1er recours et des modalités innovantes de dépistage du tabagisme en « middle âge » par les médecins généralistes.

Alcool

La région Nouvelle-Aquitaine était la 2ème région où la prévalence de la consommation hebdomadaire de vin était la plus élevée chez les adultes de 18 à 75 ans (34,8 %) en 2017. L'ARS Nouvelle-Aquitaine est volontariste en matière de prévention et de lutte contre les addictions, quelles que soient les substances. Elle met en œuvre sur l'ensemble de la région les priorités nationales de la Stratégie nationale de santé, du Plan priorité prévention et du plan interministériel (MILDECA) de lutte contre les addictions. Dans le Projet régional de santé, quatre priorités servent de cap : 1/ la prévention dès le plus jeune âge, 2/ la réduction des risques en milieu festif, 3/ le développement de l'addictologie dans l'ensemble de l'offre sanitaire et 4/ la participation à la dé-normalisation de la consommation excessive d'alcool.

Cette problématique touchant la population générale, l'implication des professionnels de santé, dans le repérage précoce et à l'intervention brève demeure une priorité dans la stratégie régionale de lutte contre les cancers. Il est prouvé que ces stratégies permettent de réduire de manière significative l'usage de l'alcool à court et à long-terme.

Nutrition

La nutrition s'entend comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique. L'obésité est la conséquence la plus souvent mise en avant, mais cela ne doit pas masquer les autres pathologies en lien avec la nutrition dont fait partie le cancer.

Les déterminants d'une nutrition favorable à la santé relèvent de caractéristiques propres à l'individu (préférences alimentaires, état physiologique, déterminants biologiques, connaissances en nutrition, facteurs psychologiques) et de facteurs socio-culturels, environnementaux et économiques (environnement, culture alimentaire, statut social, contraintes budgétaires, médias et messages culturels).

Consciente de l'impact limité des actions fondées exclusivement sur les déterminants individuels des comportements nutritionnels (communication, sensibilisation, éducation,) l'ARS s'est pleinement engagée dans le développement des environnements nutritionnels propices à accompagner les changements de comportements (qualité de l'offre alimentaire, accessibilité de l'activité physique), notamment en soutenant les démarches territoriales (CLS, Collectivités actives du PNNS, Projets alimentaires territoriaux –PAT-, Contrat de ville-ASV, …).

Les collectivités locales sont des partenaires clés, envers lesquelles plusieurs leviers d'actions peuvent être mobilisés : d'une part la promotion des chartes collectivités actives du PNNS et d'autre part, les contrats locaux de santé. Il s'agit, à travers ces outils, de soutenir les capacités des collectivités territoriales à s'engager en faveur des habitudes de vie saines en matière de nutrition :

- les convaincre de leur légitimité et de leur intérêt à s'engager en faveur de la nutrition ;
- les encourager à questionner les besoins de santé en nutrition à l'échelle du territoire ;
- renforcer leurs capacités à développer des stratégies d'interventions multiples en associant les activités éducatives visant à l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire dans les différents milieux de vie (crèche, école, centre social, centre de loisirs, structures d'aide alimentaire, portage de repas à domicile, …) et à l'aménagement des espaces urbains pour lutter contre la sédentarité, (trottoirs, pistes cyclables, mobiliers urbains utilisables pour l'activité physique, parcs, …mais aussi points d'eau)

Santé environnementale

Si la population néo-aquitaine est particulièrement sensibilisée aux enjeux de santé environnementale, près de 90% des habitants interrogés en 2016 par le Baromètre santé environnement pensaient que les expositions environnementales pouvaient causer ou aggraver les problèmes de santé. L'action de l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'axe sur la continuité et le renforcement des actions de sensibilisation et de communication auprès :

- des collectivités territoriales en les dotant d'outils s'appuyant sur les dernières connaissances disponibles, afin de prendre les mesures de gestion adaptées pour protéger la population et lui apporter une information fiable et consensuelle sur les facteurs de risque environnementaux, et pour les aider à améliorer la mesure des expositions environnementales (dans l'air, l'eau, les sols).
- des personnes sensibles et vulnérables en élaborant un plan de communication permettant, lors des pics de pollution et en amont, une meilleure information sur les effets sur la santé de la pollution atmosphérique ainsi que les recommandations sanitaires adaptées.

Un nouveau plan régional déclinant le PNSE 4 sera élaboré en 2022 -2023 ; il devrait permettre de poursuivre la réduction des expositions aux facteurs environnementaux, l'accompagnement des collectivités et favoriser les changements de comportements.

Aussi, l'ARS Nouvelle-Aquitaine souhaite maintenir son engagement auprès des collectivités afin d'intégrer la santé environnementale dans l'ensemble de leurs actions en :

- en promouvant et développant les Etudes d'impacts sur la santé dans les projets d'urbanismes et d'aménagement du territoire. L'Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS) est une démarche d'aide à la décision inscrite dans l'approche des politiques favorables à la santé et dans la lutte contre les inégalités de santé. Ainsi, dans un projet d'urbanisme, l'EIS permet un dialogue entre les parties prenantes (expert EIS, services techniques, élus, habitants) pour formuler des recommandations permettant de diminuer les impacts négatifs et d'optimiser les impacts positifs du projet de la collectivité sur la santé
- en sensibilisant les communes en potentiel radon définies par arrêté, par l'appui au mesurage de l'activité du radon dans l'habitat particulier.

Dépistage des cancers

Si l'année 2021 a été marquée par un rattrapage des dépistages des cancers colorectal (+1,4% par rapport à 2020) et sein (+9,3% par rapport à 2020) en Nouvelle-Aquitaine, les taux de participation bien qu'au-dessus de la moyenne nationale, demeurent insatisfaisants : seul 36,2% des hommes et des femmes de 50 à 74 ans participent au dépistage du cancer

colorectal[3] et près d'une femme sur deux ne participe pas au dépistage organisé du cancer du sein[4.] Les disparités territoriales sont également trop importantes avec des taux de participation variant de 47,5% à 62,3% pour le dépistage du cancer du sein et de 32, à 41,6% pour le dépistage du cancer colorectal.

Concernant le dépistage du col de l'utérus plus récemment mis en place, la Nouvelle-Aquitaine fait état d'une participation de 61,7% des femmes de 25 à 65 ans, participation en dessous des objectifs européens (80%).

Les objectifs ambitieux de participation au dépistage organisé des cancers colorectal, sein et col de l'utérus (soit réaliser 89 687 dépistages en plus à l'horizon 2025) nécessitent de prendre en considération aussi bien l'égalité d'accès à l'offre de soins dans l'ensemble du territoire que les déterminants socio-économiques afin de réduire le gradient social et géographique de participation au dépistage.

En effet, la participation aux dépistages des cancers est intrinsèquement liée à la démographie médicale qui est, au regard des exigences de la réglementation, le premier recours au dépistage. La Nouvelle-Aquitaine compte cinq départements particulièrement fragilisés dans le champ de la démographie médicale (médecins généralistes) : la Creuse, la Corrèze, la Charente, le Lot-et-Garonne et la Dordogne. Ainsi, près de 11% de la population en Nouvelle-Aquitaine se trouvent dans une zone d'intervention prioritaire définies par arrêté DGARS du 13 novembre 2017. Ainsi, l'Agence Régionale de Santé souhaite définir un zonage permettant d'identifier les zones sensibles où les dépistages sont un enjeu majeur de santé publique.

De même, la part des sénologues[5] qui varie de 48% en Vienne et Haute-Vienne à 84% en Charente met également en exergue la fragilité de l'offre médicale. Cela implique une nécessaire réflexion sur le rôle des professionnels de santé dans le dépistage des cancers et sur d'autres modalités d'interventions visant à réduire les inégalités de participation.

Par ailleurs, l'impact des déterminants socio-économiques ne doit pas être négligé dans les actions de prévention et promotion des dépistages des cancers et plus globalement dans les programmes de santé publique. Pour exemple, l'analyse de l'Enquête Santé et protection sociale[6] a démontré que l'absence de dépistage par FCU chez la mère était associée à une moindre vaccination HPV chez la fille. Ces jeunes filles risquent de ne bénéficier d'aucune des

[3] Données CRCDC-NA-Taux de participation INSEE au DOCCR-2021
[4] Données CRCDC-NA- Taux de participation INSEE au DOCS-2021
[5] Données CRCDC-NA -2019- part des radiologues formés à la sénologie
[6] Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Analyse de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012

deux mesures de prévention du cancer du col, laissant présager un impact limité des programmes de santé publique.

Il est donc impératif de « fluidifier cette filière du dépistage organisé » par la mobilisation des CPTS et des MSP ainsi que poursuivre la mobilisation des établissements de santé sur les actions de dépistage. Il est également crucial de décliner la stratégie régionale en plans d'actions territoriales opérationnelles axées sur des actions réussies autour des déterminants de santé et de l'accès au dépistage des cancers. Enfin, la simplification de l'accès au dépistage est une mesure phare du volet prévention de cette feuille de route dont le préalable en Nouvelle-Aquitaine sera d'identifier les zones sensibles où les enjeux de santé publique sont impérieux (forte densité de population, incidence des cancers, faible taux de participation, démographie médicale fragile) et d'expérimenter de nouvelles modalités d'accès dans le cadre d'expérimentation validées.

Au regard du contexte néo-aquitain, l'Agence Régionale de santé souhaite également engager des actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé autour :

- du cancer du poumon dont l'incidence touche en moyenne par an 28 614 hommes et 11 021 femmes en Nouvelle-Aquitaine avec une survie nette à 5 ans faible : 19 % pour l'homme et 20 % pour la femme.
- des mélanomes cutanés, le département de Gironde enregistrant une surmortalité et une sur incidence.

2.2 BILAN EN MATIERE D'OFFRE DE SOINS

a) Points marquants

Dans le cadre des actions menées, l'organisation et le suivi de l'offre de soins et de traitement des cancers sur les territoires a représenté un axe essentiel. (cf. ANNEXE 2).

Chaque département de la région Nouvelle Aquitaine dispose de l'ensemble des autorisations chirurgicales d'organe, radiothérapie et chimiothérapie. A ce jour les filières de prise en charge par organe ne sont pas toujours parfaitement décrites mais pour certains départements moins bien pourvus sont du registre inter-départemental (exemple : Creuse et Haute Vienne). Pour les cancers dit à pronostic défavorable, la construction des filières doit être réalisée.

L'identification des filières d'organe pour la prise en charge des patients atteints de cancer nécessite d'être optimisée à l'occasion de la publication des nouveaux décrets de 2022 qui décrivent les modalités de prise en charge en proximité (mention A), en recours (mention B) et

en expertise régionale ou supra-régionale. Ce sera alors l'occasion de définir plus précisément le parcours intra ou interdépartemental, des patients atteints d'un cancer dont ceux de mauvais pronostic, pris en charge dans des établissements soumis à autorisation ou non pour les activités de chirurgie, de radiothérapie et de chimiothérapie.

La poursuite du déploiement du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), dossier numérique sécurisé permettant aux professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, impliqués dans la prise en charge de patients atteints de cancer, de partager et d'échanger des données médicales est exemplaire.
En Nouvelle-Aquitaine, c'est le DCC K-Process, édité par le réseau ONCO-NA, qui est utilisé. Il s'agit d'une plateforme web sécurisée, utilisée par les professionnels de santé, secrétariats RCP et Centres de Coordination en Cancérologie (3C). Les données sont hébergées par un Hébergeur de Données de Santé agréé (HDS).

Dans le cadre des nouvelles thérapeutiques des établissements de santé répondant aux critères pour réaliser l'activité de prélèvement et d'administration relative aux médicaments de thérapie innovante dits Car-T cells sont été identifiés au nombre de 3 en Nouvelle-Aquitaine : CHU de Bordeaux (adulte et enfants), CHU de Limoges et CHU de Poitiers. Si le nombre de prises en charge reste encore embryonnaire, l'évolution prévisible pour les prochaines années sera considérable et vraisemblablement étendue aux tumeurs solides.

b) Eléments à approfondir et difficultés persistantes

La prise en charge des enfants / adolescents atteints de cancer est hautement spécialisée, très hospitalière pendant les phases de traitement, et régie par un cadre réglementaire précis. Celui-ci identifie les centres de référence (3 pour la région Nouvelle-Aquitaine : services d'hémato-oncologie pédiatrique des CHU de Bordeaux, Poitiers et Limoges), les centres de proximité (16 pour la région), les acteurs du domicile, et une coordination par un réseau. Du fait de la rareté et de la spécificité, le parcours du patient se fait donc nécessairement à l'échelle régionale experte et non pas territoriale, comme chez l'adulte. Pour certaines pathologies complexes relevant d'une expertise suprarégionale, le parcours patient se fait dans une Organisation Inter Régionale, elle aussi en création, avec l'Occitanie.
L'objectif est que tout enfant/adolescent atteint d'un cancer puisse bénéficier dans les meilleurs délais, d'une prise en charge de qualité, tenant compte de ses besoins médicaux, psychologiques et sociaux, et chaque fois que possible au plus près de son lieu de vie.
L'ARS et le réseau ONCO NA accompagneront en 2022 et 2023 la régionalisation du recours aux OIR dans leur nouvelle configuration définie réglementairement selon un nouveau cahier des charges des missions.

La prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer est un enjeu important et les UCOG favorisent les actions en partenariat (ex : 3C, DAC-PTA…). La réalisation d'un état des lieux régional des ressources et activités en oncogériatrie dans les établissements de santé (2020) a été réalisé.
Le réseau ONCO NA en lien avec l'ARS NA encourage, via le DCC K-Process et des actions de sensibilisation des participants aux RCP, le dépistage des fragilités gériatriques (G8 ou FOG) et l'orientation si besoin des patients vers une évaluation gériatrique.
Les UCOG assurent des actions de formation/information sur les territoires et font la promotion de projets de recherche (ex : MOOC soignants, campagne de sensibilisation au des cancers…) pour assurer et favoriser la lutte contre les inégalités d'accès pour la prévention et le soin en cancérologie.

Les évolutions à venir intégreront des actions visant à soutenir les aidants de patients atteints de cancer afin de favoriser l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs proches. Elles s'appuieront notamment sur les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) mis en place dans les différents départements en articulation avec l'INSTRUCTION N° DGCS/SD3A/3B/2021/104 du 14 mai 2021 relative à la révision du cahier des charges des PFR et à la poursuite de leur déploiement dans le cadre de la stratégie de mobilisation et de soutien des proches aidants 2020-2022. Celles-ci visent désormais un public cible élargi aux personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes quel que soit leur âge. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) apporteront leur appui pour favoriser le parcours de santé.

Le développement de la chimiothérapie en HAD pour les patients atteints de cancer reste encore insuffisant. Elle est souvent privilégie en HDJ pour des raisons de valorisation financière de formation inadaptée des professionnels y exerçant. En 2020, le nombre de séjours de patients atteints de cancer en chimiothérapie était de 32 860 dont 63% pour la chimiothérapie anti cancéreuse, 36% pour la surveillance post chimio anticancéreuse et moins de 1% pour les surveillances d'aplasie et de radiothérapie.
On note une augmentation croissante depuis 10 ans et significative de 18% entre 2019 et 2020 pour les prises en charge en chimiothérapie anticancéreuse des patients accueillis en HAD.

Le contexte de crise sanitaire 2020 – 2021 n'a pas permis de mettre en œuvre l'ensemble des actions régionales définies dans le précédent PAPRAPS visant l'amélioration de la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale incluant notamment la meilleure observance des patients. Ces actions seront donc poursuivies en 2022 et 2023. Ce contexte de crise a par ailleurs permis de mettre en exergue un certain nombre de problématiques retracées dans le cadre d'un RETEX lié à l'épidémie de COVID remis à l'INCA en 2021 (cf : ANNEXE 3).

L'ARS et le réseau régional de cancérologie auront donc, dans la continuité des actions déjà engagées, l'ambition pour l'avenir de développer les actions suivantes :

- Assurer, dès 2022, le suivi des actions mises en œuvre, par la mise en place d'un Comité de pilotage régional de suivi de la feuille de route cancer 2022-2025 (COPIL – FRC) de la Stratégie décennale cancer ;
- Déployer le dispositif des nouveaux décrets de prise en charge en cancérologie en optimisant la prise en charge des cancers de mauvais pronostic.
- Mieux intégrer et plus largement les professionnels de santé du secteur ambulatoire pour les prises en charge en cancérologie (URPS médecins – pharmaciens – infirmiers) ;
- Prendre en considération le rôle prépondérant joué par les IDE de coordination en cancérologie (IDEC) ou IDE de pratiques avancées (IPA) pour garantir la fluidification des prises en charge personnalisées des patients atteints de cancer.

c) Des actions du PRS non finalisées et qui doivent trouver leur prolongement dans la stratégie décennale cancer

Parmi les actions du PRS dans le chapitre relatif à « Garantir à tout patient atteint d'un cancer un parcours de santé personnalisé et adapté » certaines d'entre elles ont été totalement réalisées, d'autres partiellement et certaines restent à développer dont les suivantes :

- Mobiliser les IDEC pour améliorer l'interface ville-hôpital et assurer la continuité des parcours patients, et les plateformes territoriales d'appui (PTA) dans l'accompagnement des patients en situation complexe ;
- Développer les soins de suite et de réadaptation (SSR) avec mention onco-hématologie et cancérologie pour garantir des solutions d'aval adaptées et en fonction des prochains décrets ;
- Suivre le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie ;
- Harmoniser la prise en charge des Adolescents-Jeunes Adultes en région ;
- Suivre l'accès aux essais cliniques sur les territoires de la région.

3. PLAN DE CONCERTATIONS REGIONALES

3.1. METHODOLOGIE GENERALE

Dans le cadre de la stratégie décennale cancer 2021-2030, l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine doit établir des feuilles de route pour la période 2022-2025, puis pour la période 2026-2030. Pour cela, l'ARS doit sélectionner les actions prioritaires à décliner en

Nouvelle-Aquitaine au regard des orientations nationales et des spécificités, enjeux et besoins régionaux et territoriaux.

La stratégie décennale se décline en 234 actions, dont 85 sont susceptibles d'être déclinées au niveau régional. Les orientations stratégiques sont traduites au travers de 4 axes :

- Axe 1 : Améliorer la prévention
- Axe 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie
- Axe 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostic
- Axe 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous

L'ensemble de la stratégie décennale cancer est pilotée par le Direction de l'offre de soin (DOS) de l'ARS-NA. L'axe 1 est piloté par la Direction de la Prévention des soins et de l'autonomie (DPSA).

a) Rétro planning de la démarche

- Septembre 2021 à Avril 2022 : Phase de concertations sur le volet prévention associant les différents professionnels impliqués dans la prévention (associations, professionnels et établissements de santé, institutions et des acteurs de la recherche)
- Janvier à mars 2022 : Phase de concertations sur le volet offre de soins avec les différents acteurs régionaux de la cancérologie
- Janvier-avril 2022: Consultation des Comités territoriaux (volet prévention)
- 8 mars 2022 : Consultation des Conseils Territoriaux de Santé (CTS)
- Mars - Avril 2022 : Identification des actions prioritaires et choix des pilotes
- Avril – Mai 2022 : Rédaction de la feuille de route régionale cancer Nouvelle-Aquitaine
- 25 avril 2022 : Rencontre des directions de l'ARS / Région
- 10 mai 2022 : Présentation à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
- 31 Mai 2022 : Transmission à l'INCa la feuille de route régionale 2022-2025

b) Méthodologie

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a mandaté pour le volet prévention, le Centre régional de coordination des dépistages des cancers sur la rédaction d'un plan régional de prévention et de dépistages des cancers. Dans ce cadre, les quatre objectifs du mandat au CRCDC sur le volet prévention (primaire et secondaire) ont porté sur :

- Le recensement des objectifs en termes de prévention primaire et secondaire et par programme de dépistage ;
- La formalisation des stratégies d'actions et modalités d'adaptation des organisations aux enjeux concernant le déploiement des dépistages organisés en région ;
- La définition au niveau régional des messages de promotion et prévention des

dépistages ;

- La définition des modalités d'évaluation et des outils régionaux d'évaluation de l'impact en santé de cette politique régionale.

Une démarche de consultations successives a été entreprise pour les domaines de la prévention et de l'offre de soins (ANNEXE 4) :

CONSULTATION REGIONALE				CONSULTATION TERRITORIALE
PROFESSIONNELS DE SANTE / PRISE EN CHARGE	**EPIDEMIOLOGIE / RECHERCHE / DEPISTAGE**	**INSTITUTIONS**	**ASSOCIATIONS DE PATIENTS**	**Conseils territoriaux de santé (CTS) / Comités**
Réseau ONCO NA 3 CHU – CLCC 3C et personnels représentatifs ES URPS médecins – infirmiers – sages-femmes OMEDIT NA Ordre des PS Fédérations : FEHAP – FHF – FHFP – FEHAD – UNICANCER Acteurs de la recherche et de	Santé publique France Registre général des cancers (Gironde, ex région Limousin, ex région Poitou-Charentes) Registre des hémopathies malignes (Gironde) Registre des tumeurs primitives du	Assurance maladie (DCGDR, ARCMSA) CONSEIL REGIONAL CRSA	France Asso santé Ligue contre le cancer Réseau D.E.S - France Association Jeune&Rose Association Oncocoon Association Maison Rose	12 départements de Nouvelle-Aquitaine

Les objectifs de ces concertations étaient de recueillir auprès des acteurs, un avis général sur la stratégie décennale cancer, un avis plus spécifique sur des spécificités ou besoins ou enjeux régionaux et/ou territoriaux en cancérologie, et enfin recueillir des actions prioritaires à mettre en œuvre au niveau régional et territorial.

Un RDV auprès du Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine a été sollicité afin de présenter les conclusions de ces concertations et le contenu de la feuille de route au regard du contexte régional. Les consultations réglementaires ont eu lieu en Mai 2022, auprès de la CRSA. L'avis de la CRSA Nouvelle-Aquitaine adopté par la commission permanente à la majorité des voix le 30/05/2022 est disponible en ANNEXE 5.

c) Principes généraux pour la réalisation des concertations

La définition et l'organisation des filières d'organe représentent une priorité régionale majeure.

De plus, certains principes généraux doivent être pris en compte par les délégations départementales de l'ARS pour les orientations territoriales :

- Prendre en compte les points faibles en termes d'incidence et de mortalité par cancer;
- Identifier les faiblesses de l'offre qui freinent le dépistage (exemple : insuffisance de coloscopies / manque de ressources en gastroentérologues) ;
- Garantir la cohérence des parcours de prise en charge des patients atteints de cancer **de la prévention/dépistage, à la prise en charge thérapeutique et à l'après-cancer** (exemple : tabac – autorisation cancer du thorax – filière de prise en charge cancer du poumon de l'annonce du diagnostic au plan personnalisé de soins sur le territoire et à la filière adaptée à la situation clinique ...)
- Définir des actions opérationnelles qui devront bénéficier d'un suivi par indicateur et dont le recueil est réalisable et reproductible

d) Priorisation des actions

- ❖ Prévention : une action a été priorisée par l'ARS au regard des expériences réussies ou actions identifiées comme prioritaires lors des concertations régionales et territoriales. Une priorisation a également été réalisée à partir d'une revue des actions probantes de Santé Publique France.

- ❖ Offre de soins : une action a été priorisée par l'ARS au niveau régional si plus de 50% des acteurs ou des CTS des départements ont identifié l'action comme prioritaire lors des concertations.

3.2. INDICATEURS, SUIVI ET PILOTAGE DE LA FEUILLE DE ROUTE

La méthodologie à prioriser pour la sélection des indicateurs, la construction et l'exploitation d'indicateurs de suivi, de pilotage et d'impact est définie dans la note DGS/DGOS/DGCS/DSS/SGMCAS/INCA du 18 mars 2022 relative au pilotage et au suivi de la feuille de route régionale de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

Deux catégories d'indicateurs sont proposées :

- Des indicateurs socles issus de sources nationales uniformisées Ils seront transmis aux ARS par les autorités nationales concernées. Ils sont considérés comme essentiels par la solidité de leur source, leur disponibilité et leur déclinaison territoriale et il est demandé aux ARS de les intégrer dans leurs feuilles de route. Un indicateur socle est identifié pour chaque thématique de la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

- Des indicateurs complémentaires issus de sources non uniformisées au niveau national. Ils pourront faire l'objet d'un développement et d'un recueil régional ad hoc par les ARS selon leur choix.

La feuille de route régionale intègre automatiquement les indicateurs socles définis dans la note du 18 mars 2022. Les valeurs des indicateurs seront systématiquement transmises aux ARS par le niveau national.

Le plus grand nombre des actions régionales sera suivi par l'ARS et l'INCA par des indicateurs socles.

Pour les actions opérationnelles envisagées, elles seront développées et suivies par l'ARS à l'aide d'indicateurs complémentaires.

Les indicateurs retenus par les ARS pour le suivi, le pilotage et l'évaluation de leur feuille de route ont vocation à faire l'objet d'un suivi par l'application 6PO, outil partagé de pilotage des plans, programmes, projets et parcours. Ce principe, établi dans l'instruction du 16 juillet 2021 relative à l'élaboration de feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, a vocation à s'appliquer à l'ensemble des indicateurs retenus par les ARS. Ces indicateurs forment partie des éléments de reporting qui seront demandés chaque année à l'automne, pour contribuer au rapport sur l'avancement de la stratégie décennale qui doit être remis annuellement au mois de février.

3.3. INSTANCE REGIONALE DE SUIVI DE LA FEUILLE DE ROUTE CANCER

Un comité régional de suivi de la feuille de route cancer (COPIL – FRC) piloté par la DOS, sera mis en place au premier semestre 2022, et se réunira deux fois par an.

Le COPIL rassemblera les financeurs (Assurance maladie – MSA), le réseau ONCO NA, les centres hospitaliers universitaires de la région et le CLCC, les représentants des établissements de santé publics et privés, des MSP, et des CPTS, les instituts de recherche et de formation, les représentants et associations de patients, Sante publique France, ORS, référents des registres de cancer, URPS médecins, pharmaciens et infirmiers, et le CRCDC.

Les directions de l'ARS suivantes participeront à ce COPIL : DPSA – DD ARS – Pôle études et statistiques, Pôle financements.

Les objectifs du COPIL seront les suivants :

- Assurer le suivi des indicateurs de la feuille de route cancer
- Evaluer les forces, faiblesse et freins
- Définir les opportunités d'actions
- Bilan annuel régional des actions mises en œuvre

L'ARS s'appuiera notamment, en tant que de besoins sur les contributions apportées par le CRCDC et d'autre part, par le réseau ONCO Nouvelle-Aquitaine au regard des priorités qui lui seront fixées dans le cadre de son nouveau contrat d'objectifs et de moyens.

4. RESULTATS DES CONCERTATIONS : PREOCCUPATIONS ET PRIORITES D'ACTIONS REGIONALES EN NOUVELLE-AQUITAINE

4.1. COHERENCE AVEC LES PLANS REGIONAUX

L'articulation avec les différents plans régionaux doit s'opérer de la façon suivante :

- L'articulation avec les différents plans régionaux (PRST – PRSE)
- L'articulation avec le plan régional d'accès aux soins décliné par département/territoire en Nouvelle-Aquitaine.

Les défis à relever qui avaient été soulignés durant le **dernier PRS 2018 - 2028** doivent figurer dans les préoccupations et s'inscriront donc dans le **prochain SRS 2023 - 2028** pour un souci de cohérence :

- **Le vieillissement de la population** : 14% des Néo-Aquitains auront 75 ans et + en 2027, contre 11% en 2018,
- **Le développement des maladies chroniques** : 17 % des Néo-Aquitains souffrent d'une maladie chronique, soit 1 million de personnes,
- **L'évolution démographique de la population** : plus 320 000 habitants en 2028 en Nouvelle-Aquitaine, l'équivalent du Lot-et-Garonne, **et des professionnels de santé** : 1/3 des médecins généralistes Néo-Aquitains ont plus de 60 ans, (Comment faire ?)
- Une offre de santé **trop orientée vers les soins au détriment de la prévention**, (point qui me semble se corriger clairement en NA désormais !)
- **La nécessité d'une prise en charge mieux coordonnée et plus personnalisée** (développement à poursuivre et à développer sur le volet numérique notamment !)

Par ailleurs, les orientations de la feuille de route devront s'intégrer et être pris en compte dans les plans de santé départementaux déjà élaborés.

4.2. PREVENTION

20 actions régionales ont été priorisées par les différents acteurs sur l'axe « Améliorer la prévention » de la Stratégie décennale cancer prenant en compte les déterminants de santé et la promotion des dépistages des cancers.

Le suivi des actions sera réalisé au regard d'indicateurs socles définis par l'INCA et d'indicateurs complémentaires définis par l'ARS.

Quatre thématiques régionales phares de la feuille de route :

1. Agir sur les déterminants de santé dans les milieux de vie / milieux de soins
2. Cibler les populations vulnérables (précarité et handicap)
3. Réduire les iniquités d'accès au dépistage
4. Promouvoir une vision partagée de la prévention des cancers (plan de formation/plan de communication)

Les actions opérationnelles en lien avec ces thématiques sont détaillées dans les pages suivantes. L'ensemble des actions priorisées de la région Nouvelle-Aquitaine sont présentées (ANNEXE 6).

1. Agir sur les déterminants de santé dans les milieux de vie / milieux de soins

Thématique	*N° action*	*Libellé de l'action*	*Actions opérationnelles*	*Pilotes des actions*	*Etat d'avancement*	*Calendrier*	*Indicateur ARS*	*Cible indicateur ARS*	*indicateurs Socles INCa*
Éducation à la prévention	I.9.6	Engager des actions vers l'enseignement	Promouvoir en milieu scolaire et universitaire le rattrapage vaccinal de l'HPV ainsi que le dépistage du col de l'utérus pour les jeunes femmes de 25 ans et plus	ARS – Universités – Education Nationale	Action à déployer	2023	Nombre de personnes vaccinées	60 % de la couverture vaccinale	Taux de dispositifs d'éducation à la prévention créés et proposés rapporté à la population des moins de 18 ans
Tabac	I.3.2	Etendre les espaces sans tabac	Déployer les lieux de santé sans tabac dans les Etablissements de santé et auprès des professionnels du 1er recours	ARS-RESPADD-COREADD	Actions à renforcer	2022-2025	Nombre de lieux de santé sans tabac labellisés le RESPADD	100% des établissements de santé ayant une autorisation obstétrique /gynéco/ ou service onco labellisés conformément au PNLCT 2018-2022	Prévalence du tabagisme
							Nombre de points LAST labellisés en NA	1000 points LAST (1er recours) en 2025	

Thématique	*N° action*	*Libellé de l'action*	*Actions opérationnelles*	*Pilotes des actions*	*Etat d'avancement*	*Calendrier*	*Indicateur ARS*	*Cible indicateur ARS*	*indicateurs Socles INCa*
Nutrition	I.5.6	Encourager les collectivités à développer des plans et initiatives nutrition et à promouvoir l'activité physique	Déploiement du dispositif d'intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité en région	ARS – CT	Action à renforcer	2023-2025	Nombre de départements déployant ICAPS	Cible 2025 : 100% des départements	Prévalence du surpoids (obésité incluse)
			Promouvoir l'adhésion aux chartes "collectivités actives du PNNS"	ARS – CT	Action à renforcer	2023-2025	Part des CLS avec un volet nutrition signataire de la charte « Acteurs PNNS H22»	Cible 2025 : 70%	
Environnement	I.7.3	Aider les collectivités à intégrer la santé dans l'ensemble de leurs actions	Promouvoir et développer les Etudes d'impact sur la santé (EIS) sur des projets d'urbanisme et d'aménagement du territoire dans le cadre de l'action 8 du PRSE	ARS, IREPS (porteur du disposition d'appui COMODEIS) Collectivités Mobilisées pour le Développement des EIS , collectivités, bureau d'études	Action à renforcer	2022-2025	Nombre d'EIS /an	2/an	

2. Cibler les populations vulnérables (précarité et handicap)

Thématique	*N° action*	*Libellé de l'action*	*Actions opérationnelles*	*Pilotes des actions*	*Etat d'avancement*	*Calendrier*	*Indicateur ARS*	*Cible indicateur ARS*	*indicateurs Socles INCa*
Accès au dépistage	I.12.1	Développer des approches proposant un dépistage après une intervention de prévention ou de soins non programmés	Favoriser l'intervention de sages-femmes pour vaccination, dépistage du col de l'utérus et accompagnement au dépistage du cancer du sein des PASS	ARS - Fédérations- Organismes gestionnaires	Action à déployer	2023-2025	Nombre de PASS impliquées dans le DO	6% d'augmentation chaque année sous réserve de financement	Nombre de personnes participant aux dépistages
			Mobiliser les ESMS PH adultes par l'intégration du dépistage des cancers dans les projets de soins de leurs usagers (cancer du sein, colo-rectal, col de l'utérus) en partenariat avec les professionnels de santé du territoire (cabinets, MSP, CPTS, consultations dédiées) et les équipes mobiles (Handigynéco)	ARS - Fédérations- Organismes gestionnaires	Action à déployer	2024-2025	Nombre d'usagers ayant bénéficié d'un dépistage (indicateurs CPOM) Nombre d'ESMS adulte sur leur territoire ayant une convention avec les professionnels de santé de son territoire pour faciliter l'accès au dépistage Nombre d'équipes « handigynéco » ayant déployé des dépistages en Nouvelle-Aquitaine	+10%/an 100% des ESMS en 2025 100% des équipes ont engagé des actions de dépistage	
	I.12.3	Simplifier l'accès au dépistage	Expérimenter l'action probante des autotests de prélèvement HPV pour les femmes éloignées du soin	ARS- CRCDC-NA	Action à déployer	2023-2025	Nombre de femmes dépistées	+10% par rapport à l'année N	

3. Réduire les iniquités d'accès au dépistage

Thématique	*N° action*	*Libellé de l'action*	*Actions opérationnelles*	*Pilotes des actions*	*Etat d'avancement*	*Calendrier*	*Indicateur ARS*	*Cible indicateur ARS*	*indicateurs Socles INCa*
Accès au dépistage	I.12.1	Développer des approches proposant un dépistage après une intervention de prévention ou de soins non programmés	Inciter les professionnels du soin à promouvoir le dépistage dans les CPTS, les MSP et les établissements de santé (ex : vacation de professionnels combiné à des campagnes de rappel des populations cibles par l'assurance maladie)	ARS/DCGDR/FNAMPOS/Etablissements de santé/Agoralib/CRCDC-NA	Action à renforcer	2022-2025	Nombre de CPTS/MSP/établissement de santé ayant déployé une action de dépistage Nombre de consultations de téléexpertise	5/an +10% par rapport à l'année N	Nombre de personnes participant aux dépistages
			Faciliter l'accès au kit de dépistage en s'appuyant sur les lieux ressources (ex: Maisons France Service) présents dans les zones de revitalisation rurale pour un accompagnement à la commande de kits de dépistage du cancer colorectal	ARS/préfecture / AM	Action à déployer	2023	Nombre de lieux de ressources qui remettent des kits	+20% /an	
			Mobiliser les CeGIDD sur la prévention et le dépistage des cancers "féminins"	ARS	Action à déployer	2023-2025	Nombre de CeGIDD ayant intégré des actions de dépistage des cancers intégrant l'auto prélèvement	100% en 2025	

4. Promouvoir une vision partagée de la prévention des cancers

Thématique	*N° action*	*Libellé de l'action*	*Actions opérationnelles*	*Pilotes des actions*	*Etat d'avancement*	*Calendrier*	*Indicateur ARS*	*Cible indicateur ARS*	*indicateurs Socles INCa*
Accompagnement en prévention	I.10.2	Mobiliser les acteurs des secteurs santé, social, médicosocial comme des relais de prévention	Définition d'un socle pédagogique régional (initial, continue) dans les secteurs de la santé, du médicosocial et du social à la prévention des cancers du sein, colon et col de l'utérus	CRCDC-NA – Universités	Action à déployer	2024-2025	INDICATEURS SUIVI PAR LE CRCDC-NA		Evolution des dépenses de prévention cancer par habitant
Accès au dépistage	I.12.4	Envisager des partenariats pour réaliser des opérations de sensibilisation	Construire une stratégie de communication impliquant l'ensemble des acteurs et utilisant notamment le marketing social pour toucher le public cible de façon très affinitaire	CRCDC- Ligue contre le cancer	Action à déployer	2023	Nombre de plans de communication territoriaux	12	

4.3. OFFRE DE SOINS

a) Préoccupations et remarques des professionnels

Lors de la démarche de concertation mise en place en région et sur les territoires auprès des différents représentants régionaux, des professionnels de santé, et des acteurs de la cancérologie mais aussi des conseils territoriaux de santé, il a été évoqué les délais contraints dans lesquels leur contribution pour la réalisation de cette feuille de route cancer a été effectuée.

Il ressort notamment des échanges avec les professionnels, une très forte inquiétude relative aux effectifs médicaux insuffisants notamment en oncologie médicale. La question des ressources et des capacités d'hospitalisation doit être prise en compte. Il faut veiller à maintenir des capacités d'accueil quelque soient les circonstances et notamment dans le cadre de la continuité des prises en charge de patients suivis pouvant nécessiter parfois un accueil d'urgence.

Les patients vivent plus longtemps et nécessitent d'hospitalisations durables d'où la nécessité de conserver un capacitaire en oncologie suffisant. Il faut donc se projeter sur l'avenir et prévoir des besoins en lits avec des DMS longues.

Le rôle du médecin traitant représente une priorité majeure en terme d'enjeux de suivi des patients atteints de cancer mais aussi de formation des professionnels à déployer dans le cadre du DPC, quant aux rôle attendu de ceux-ci en proximité. C'est un enjeu notable en particulier pour les territoires isolés.

Les patients atteints de cancer doivent être pris en charge quel que soit leur statut social, l'accessibilité financière doit notamment être garantie sur l'ensemble du territoire, par l'ensemble des acteurs aussi bien à l'hôpital public que privé. Tous les patients doivent pouvoir bénéficier de la même information concernant les innovations existantes et les essais thérapeutiques. Une demande impérieuse de disposer d'un registre des essais cliniques est faite.

Les professionnels de certains établissements sont aussi préoccupés par l'absence de remboursement pour les patients de certains examens anatomopathologiques ou d'oncogénétique spécifiques (actes hors nomenclature).

La période COVID a apporté de nombreux enseignements en région Nouvelle Aquitaine. Le réseau Onco-Nouvelle-Aquitaine a mis à disposition les recommandations et les contenus

fiables des sociétés savantes et agences sur les conduites à tenir pour les professionnels de santé et les patients concernant la prise en charge des patients atteints de cancer et de la COVID-19. Toutefois, il est souhaitable désormais que la réflexion relative à la gestion de crise s'intègre systématiquement et par anticipation, dans le cadre de la réforme des organisations en cancérologie, au sein des procédures (éviter la diminution de l'activité et les augmentations des délais de prise en charge, etc.). Il convient que la prise en charge de ces patients en Nouvelle-Aquitaine soit sanctuarisée au regard de leur vulnérabilité.
Un grand nombre d'acteurs interrogés a souligné que le déploiement de la stratégie décennale cancer doit s'accompagner de financements nouveaux.

b) Résultats des priorités

Vingt-six **actions régionales** ont été priorisées par les différents acteurs sur les axes 2, 3, 4 de la Stratégie décennale cancer et se déclinent de la façon suivante :

- 6 actions priorisées suite aux concertations régionales
- 7 actions priorisées suite aux concertations territoriales (CTS)
- 13 actions priorisées suite aux concertations régionales et territoriales

Des **actions territoriales** (32 actions) ont été priorisées par les CTS. Ces actions seront à consolider pour être mises en œuvre uniquement dans les départements qui les auront priorisées (moins de 6 départements concernés pour chaque action). Elles n'intègrent donc pas la feuille de route régionale destinée à l'INCa.

Le plus grand nombre des thématiques de la stratégie décennale cancer sera suivi par l'ARS et l'INCa par des indicateurs socles. Pour les actions opérationnelles envisagées, elles seront développées et suivies par l'ARS à l'aide d'indicateurs complémentaires.

Six thématiques régionales ont été définies comme essentielles pour l'offre de soins et feront l'objet d'évolutions majeures en cancérologie durant les prochaines années :

1. **Filière d'organe en cancérologie (OQOS et hors OQOS)**
2. Enfants et AJA
3. Patients et aidants
4. Coordination ville-hôpital
5. Essais cliniques et traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)
6. Lutter contre les inégalités et les territoires isolés

Les actions opérationnelles en lien avec ces thématiques sont détaillées dans les pages suivantes et sont considérées comme ultra prioritaire. L'ensemble des actions priorisées de la région Nouvelle-Aquitaine sont présentées ANNEXE 6. La mise en œuvre régionale de certaines des actions opérationnelles est conditionnée à l'obtention de financements nationaux dédiés pour leur réalisation au bénéfice de tous les patients.

ENJEUX REGIONAUX de la Feuille de Route

Les filières de prise en charge des patients atteints de cancer nécessitent d'être définies, organisées et formalisées par organe afin d'améliorer la qualité des prises en charge et du parcours patient pour tous conformément aux nouveaux décrets de 2022 qui décrivent les modalités de prise en charge en proximité (mention A), en recours (mention B) et en expertise régionale ou suprarégionale.

Pour ce faire, l'ARS va engager une réflexion sur la structuration de ces filières sur la base de cahiers des charges définissant les attendus par filières d'organe. Celles-ci devront, notamment, contribuer à la bonne mise en œuvre des actions prioritaires de la feuille de route.

Ce sera ainsi l'occasion de définir plus précisément le parcours des patients atteints d'un cancer dont ceux de mauvais pronostic, pris en charge dans des établissements soumis à autorisation ou non pour les activités de chirurgie, de radiothérapie et de chimiothérapie.

Outre les filières par organe, une filière spécifique enfants-AJA devra être formalisée en Nouvelle Aquitaine.

En sus de la meilleure structuration des filières, un accent particulier sera mis sur la formation continue des professionnels, notamment dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

1. Filière d'organe en cancérologie (OQOS et hors OQOS)

Libellé de l'action	Actions opérationnelles	Pilotes des actions	Etat d'avancement	Calendrier	Indicateur ARS	Cible indicateur ARS	indicateurs Socles INCa
Mettre en place des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée accélérée dans le parcours et les évaluer (III.2.3)	S'assurer d'une première prise en charge rapide pour tout patient ayant bénéficié d'un dépistage organisé (DO) et l'évaluer	CRCDC	en cours/à poursuivre	2023	délai d'accès entre dépistage et première consultation spécialisée	référentiel /organe	Pourcentage de la population à plus de 30 min IRM
	Définir les organes prioritaires nécessitant un repérage précoce (référentiel scientifique et publications) et développer une communication adaptée	ARS Siège / Assurance Maladie	à déployer	2023	Fiche spécifique par organe prioritaire / nombre d'actions d'information et de diffusion auprès des professionnels concernés (DPC)	100% diffusion médecins	
	Décrire et créer les filières spécifiques en région : poumon – oncohématologie – SNC - sarcome	ARS Siège	à déployer	2025	Nombre de filières créées dans le cadre des PMT ou en région	% des ES doté d'une filière / organe	
	Evaluer l'atteinte des seuils pour les prises en charge par filière d'organe selon les autorisations cancers (seins, colon, pancréas, ovaires, etc.)	ARS Siège	en cours/à poursuivre	2022-2025	Nombre de patients pris en charge / cancer	atteinte des seuils INCA / organe	
Améliorer l'accès à l'offre d'imagerie médicale, notamment IRM corps entier, et de médecine nucléaire sur les territoires pour tous les patients atteints de cancer (III.2.4)	Promouvoir le renforcement des équipements IRM sur les sites où les délais d'accès à l'imagerie sont supérieurs à 20 jours en augmentant les sites d'implantation OQOS	ARS Siège	à déployer	2024-2025	délai d'accès à l'IRM pour chaque site dans chaque département	100% < 20 jours	

2. Enfants et AJA

Libellé de l'action	Actions opérationnelles	Pilotes des actions	Etat d'avancement	Calendrier	Indicateur ARS	Cible indicateur ARS	indicateurs Socles INCa
Structurer et consolider une offre de soins d'excellence (enfants) (IV.2.4)	*Voir actions opérationnelles IV.2.11*						Taux de survie chez les enfants
Proposer une offre de soins de support adaptée (enfants) (IV.2.9)	*Voir actions opérationnelles IV.2.11*						
Mettre en place un dispositif de suivi à long terme des enfants et des adolescents et jeunes adultes (IV.2.11)	Organiser la prise en charge des enfants et adolescents dans le cadre des nouvelles Organisations inter-régionales (OIR)	Réseau ONCO-NA pédiatrique	en cours/à poursuivre	2022-2024	Nombre de RCCPI	100% d'enfants pris en charge en RCCPI	
	Mettre en place un comité de pilotage régional pour l'organisation des filières pédiatriques et les modalités de suivi enfants / AJA	ARS Siège et Réseau ONCO-NA pédiatrique	en cours/à poursuivre	2022-2024	Nombre de réunions du COPIL Nombre d'actions d'information et de sensibilisation adaptée réalisées	4 réunions/an	
	Définir l'outil de suivi à privilégier en s'appuyant sur l'existant pour la continuité des prises en charge des enfants et des AJA (sous réserve de financement INCA)	ARS Siège – Réseau ONCO-NA pédiatrique	à déployer	2022-2024	Nombre d'enfants bénéficiant des dispositifs de suivi à long terme crée	10 % la 1ère année / +10% par an	

3. Patients et aidants

Libellé de l'action	Actions opérationnelles	Pilotes des actions	Etat d'avancement	Calendrier	Indicateur ARS	Cible indicateur ARS	indicateurs Socles INCa
Offrir aux aidants un soutien, en termes psychologiques, de lieux de répit, d'information (II.10.3)	*voir actions opérationnelles III.3.5*						Taux d'emploi après la maladie
Assurer aux patients un accompagnement renforcé reposant sur le repérage des fragilités (III.3.5)	Réaliser des inspections – contrôle flash des 3C pour évaluer la mise en place du dispositif d'annonce dans les établissements de santé autorisé au traitement du cancer et la réalisation de l'identification des fragilités	ARS siège - DD ARS	à déployer	2022-2025	nombre de 3C inspectés en NA	100% des 3C inspectés	Proportion de patients atteints d'un cancer dont le délai entre le diagnostic et le premier traitement est inférieur à 6 mois (indicateurs disponibles pour le cancer du sein et le cancer colorectal)
	Identifier les besoins des patients en termes de rééducation fonctionnelle (neuropsychologue, kiné, orthophoniste, ergothérapeute …..) dans les filières concernées	ARS Siège	en cours/à poursuivre	2022-2023	nombre de patients atteints de cancer pris en charge en SSR par rapport à l'incidence sur chaque territoire	Moyenne régionale	
	Informer les professionnels des outils à utiliser pour le repérage des fragilités	Réseau ONCO NA	à déployer	2022-2023	nombre d'actions d'information, de sensibilisation	100% des professionnels	
	Garantir que les associations de patients agrées ou partenaires et d'usagers intègrent des filières d'organe pour la mise en place de temps d'échange avec les familles de patients (sous réserve de financement)	ARS Siège / DD ARS	en cours/à poursuivre	2022-2023	Taux de filières intégrant une association	100% des filières intègrent une association	
	Suivre les résultats de l'appel à candidature régionale des patients partenaires en cancérologie	ARS	en cours/à poursuivre	2022-2024	Nombre de patients accompagnés par les patients partenaires	Labellisation ARS / nombre de patients accompagnés	

4. Coordination ville-hôpital

Libellé de l'action	Actions opérationnelles	Pilotes des actions	Etat d'avancement	Calendrier	Indicateur ARS	Cible indicateur ARS	indicateurs Socles INCa
Optimiser la coordination entre les acteurs pour fluidifier les parcours et réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques pour tous les patients (III.3.3)	Associer les oncologues et les radiologues dans l'organisation avec les CPTS pour améliorer le lien ville/hôpital, fluidifier les prises en charge, rationnaliser les demandes	DD-ARS	à déployer	2024	Pourcentage de CPTS associant des oncologues	50% des CPTS	
	Développer des formations spécialisées territoriales aux médecins traitants sous le pilotage du réseau ONCO NA (sous réserve d'agrément DPC du réseau ONCO NA)	Réseau ONCO NA et URPS	à déployer	2024	nombre de professionnels formés au DPC pour la cancérologie	5% des médecins formés par territoire	
Mettre en place une gradation du suivi ville / hôpital des patients, s'inscrivant dans une ambition nationale « coordination » (II.9.1)	S'appuyer sur les DAC pour optimiser la coordination et structurer des parcours spécifiques d'organe selon les territoires.	DD-ARS	à déployer	2023	nombre de DAC traitant au moins une filière en cancérologie	100%	Dépendances SSR
	Développer l'usage de l'outil PAACO GLOBULE en cancérologie	ARS-Siège et ESEA	en cours/à poursuivre	2024	Nombre de territoires utilisateurs en cancérologie	50% en 1ère année / +20% par an	

5. Essais cliniques et traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)

Libellé de l'action	Actions opérationnelles	Pilotes des actions	Etat d'avancement	Calendrier	Indicateur ARS	Cible indicateur ARS	indicateurs Socles INCa
Accompagner les professionnels de ville sur la chimiothérapie orale afin qu'ils apportent informations et conseils aux patients (II.8.1)	Structurer l'accompagnement des professionnels de ville (médecins et pharmaciens) par les professionnels hospitalier dans les suivis des patients sous thérapie orale pour les filières sélectionnées (pressenties : sein, poumon, rein)	UNICANCER ou Université agrée DPC en lien avec ARS NA et OMEDIT NA / URPS	en cours/à poursuivre	2023-2024	Nombre de formations réalisées / type de professionnel	au moins une par type / département	
Rendre la médecine de précision accessible à tous et aider au consentement éclairé (II.3.3)	Développer un outil régional d'accès aux essais précoces interconnecté avec le DCC (sous réserve de financements)	Réseau ONCO NA	à déployer	2023	Nombre de professionnels utilisant l'outil régional pour les essais via le DCC	100% des médecins utilisant le DCC	
Encourager l'innovation en diagnostic et en thérapies médicales notamment ciblées, radiothérapie, chirurgie, techniques interventionnelles sous imagerie (II.3.4)	Impulser une dynamique d'évolution des pratiques diagnostiques et thérapeutiques au regard de l'état des lieux régional par rapport aux équipements socles (minimum territorial) pour l'innovation (sous réserve de financement)	DD ARS / ARS Siège	à déployer	2023	nombre de nouveaux sites concernés par dispositif innovant (cartographie)	100% des sites équipés du minimum territorial	
	Identifier les lieux d'usage de nouvelles thérapeutiques (chimio coûteuses - immunothérapies dont Car T Cells ..) et les accompagner dans le cadre du bon usage et des bonnes pratique à mettre en œuvre	ARS Siège et OMEDIT NA	en cours/à poursuivre	2022-2024	Nombre de patients CAR T Cells pris en charge en NA	moyenne nationale	

6. Lutter contre les inégalités et les territoires isolés

Libellé de l'action	Actions opérationnelles	Pilotes des actions	Etat d'avancement	Calendrier	Indicateur ARS	Cible indicateur ARS	indicateurs Socles INCa
Limiter le renoncement aux soins des personnes (IV.3.5)	Favoriser le recours au dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les personnes éloignées du soin (cf. action prévention I.12.3 / action 17 du plan régional)	ARS-Siège (DPSA)	à déployer	2023	Taux de participation au dépistage organisé cancer du col de l'utérus selon l'indice de dé favorisation sociale FDEP	Moyenne nationale	Taux de participation au dépistage organisé cancer du col de l'utérus selon l'indice de défavorisation (FDEP)
	S'assurer systématiquement que tout patient atteint de cancer repéré par sa fragilité spécifique et ses difficultés sociales dans un établissement de santé bénéficie des soins et du suivi adapté à sa situation	ARS Siège et DD ARS	à déployer	2024	Nb patients défavorisés (CMU-CMUC) pris en charge / nb total de patients ; nb de patients bénéficiaires de la téléméd. et téléconsult.	Moyenne régionale	
Assurer l'équité d'accès des personnes aux soins tout au long du parcours (IV.4.4)	S'assurer qu'au travers des centres de coordination en cancérologie (3C), tout patient atteint de cancer bénéficie de l'ensemble de l'offre y compris en matière d'innovation et d'essais cliniques.	ARS-Siège	en cours/à poursuivre	2023	Nombre de 3C impliqués / nombre total de 3C	100%	Taux de fuite hors région
Développer l'attractivité des territoires pour les patients et pour les professionnels (soutien au numérique, recherche, formation, installation…) (IV.4.5)							

4.4. RECHERCHE ET INNOVATION

L'enjeu de la recherche sur les cancers de mauvais pronostic est de développer des solutions innovantes en Nouvelle Aquitaine pour améliorer le diagnostic rapide et la prise en charge plus précoce des patients. Les grandes orientations de la stratégie sont développées dans les actions suivantes : II.3.3/ II.3.4 /II.4.7/ II.3.5.

- Rendre la médecine de précision accessible à tous :

Meilleure précision diagnostique et pronostique : champ translationnel biologique (signatures protéoniques ou autres, marqueurs urinaires, marqueurs sanguins...), champ de l'Intelligence artificielle/machine Learning pour génération d'algorithmes d'amélioration du pronostic individuel à l'aide d'analyses de larges cohortes (collaboration UroCCR-SophiaGenetics) ;

- Innovations en matière de diagnostic, de thérapies médicales ciblées, radiothérapie, chirurgie et techniques interventionnelles sous imagerie :
    - Chirurgie guidée par l'image (Réalités virtuelle et augmentée) pour améliorer la qualité et la reproductibilité de la chirurgie robotique;
    - Exemple du Projet de RHU Digital Urology 3D;
    - Exemple du Projet de Robotic Training Center (RTCBx)
- Quelles modalités proposeriez-vous pour développer les soins ambulatoires au domicile ? Y aurait-t-il déjà des axes de recherche en région envisagés :

Parcours de soins innovants avec coordination infirmière et outil numérique de télésurveillance, d'amélioration de l'efficience de la coordination infirmière et de collecte de données de qualité de vie (ePROMS/PREMS)

- Projet UroConnect
- Projet InnovUro / « Episode de soin Néphrectomie »

- En quoi l'innovation peut-elle contribuer à la désescalade thérapeutique et à l'amélioration de la qualité de vie et de la diminution des séquelles :
    - Chirurgie conservatrice/partielle vs Chirurgie totale;
    - Chirurgie mini-invasive robotique / vs chirurgie par voie ouverte;
    - Stratégies de traitements néoadjuvants ou adjuvants basées sur l'amélioration de la classification pronostique des patients.

5. CONCLUSION

La mise en place du comité de pilotage régional pour assurer le suivi de la mise en œuvre de feuille route concernant la stratégie décennale cancer est un enjeu majeur pour l'amélioration des prises en charge. Il est à noter que la construction des filières d'organe nécessitera impérativement des coopérations interprofessionnelles / inter-établissements sur les territoires.

ANNEXE 1 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL

ANNEXE 2 : BILAN ANNUEL FEUILLE DE ROUTE CANCER 2021

ANNEXE 3 : RETEX COVID 2021

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN CONCERTATIONS (FEDERATIONS/CTS …)

ANNEXE 5 : AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE (CRSA) NOUVELLE-AQUITAINE

ANNEXE 6 : PRIORITES D'ACTIONS REGIONALES EN NOUVELLE-AQUITAINE 2022 – 2025