

STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS 2021-2030

| FEUILLE DE ROUTE 2022 - 2025
| HAUTS-DE-FRANCE

PREAMBULE

La région Hauts-de-France est la première région de France Métropolitaine en termes d'incidence et de mortalité par cancer. Pour faire face à cette situation alarmante, la politique de lutte contre les cancers est identifiée comme une priorité régionale au sein du Projet Régional de Santé.

Dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, l'ARS Hauts-de France souhaite porter une politique régionale ambitieuse et renouvelée à la hauteur des enjeux de la région.

Cette politique régionale a été co-construite avec les acteurs impliqués en région à l'issue d'un travail de concertation qui a permis de dresser le bilan des Plans cancers précédents mais qui a également permis de pointer les forces et les faiblesses en matière de lutte contre les cancers.

Un constat a été particulièrement mis en exergue : même si la densité de médecins oncologues et de radiothérapeutes tend à augmenter, on constate que les Hauts-de-France restent dans la situation la plus défavorable en densité de ces professionnels comparativement aux autres régions (voir figure page 28). En effet, avec une densité régionale s'élevant à 1,2 oncologues médicaux en moyenne pour 100 000 habitants contre 1,9 en France Métropolitaine en 2021, la région est particulièrement en retrait ; l'Île-de-France progressant de 2,1 à 2,9 sur la période 2015-2021. Ce constat indique sans équivoque que la capacité de prise en charge des malades dans les Hauts-de-France est inéquitable comparée aux autres régions alors même que les Hauts-de-France sont les plus frappés par le cancer. **Par conséquent, la politique de lutte contre les cancers doit s'accompagner d'une politique régionale de révision forte de la démographie médicale des professionnels de santé, particulièrement en tension dans notre région, notamment dans le domaine de l'oncologie.**

Or, l'ARS Hauts-de-France ne peut porter une politique régionale forte sur la démographie médicale, si la région est dénuée de toute marge dans l'adaptation de son appareil de formation. Ainsi, sans adaptation et inflexion sur les modalités d'ouverture de postes aux épreuves classantes nationales, en formations spécialisées transversales, sans réflexion sur le nombre d'universitaires en région à même d'accompagner et de former nos futurs professionnels, la politique régionale ne sera pas en mesure de répondre aux objectifs affichés par la stratégie décennale de lutte contre les cancers et aux enjeux pourtant prégnants en région.

L'ambition que porte cette feuille de route implique donc une refondation des modalités de formation en région Hauts-de-France pour lequel des arbitrages nationaux sont attendus et nécessaires, en faveur des Hauts-de-France.

Les arbitrages nationaux attendus reposent sur trois piliers :

En premier lieu, pour augmenter nos capacités de formation, la question des postes universitaires doit être abordée frontalement. La répartition de ces postes est aujourd'hui déconnectée des besoins de formation ou du volume populationnel de chaque subdivision. Les subdivisions de Lille et d'Amiens ne représentent que 5% des postes universitaires, quand nous formons plus de 9% des praticiens nationaux. Les subdivisions sont ainsi limitées dans leurs ambitions de projections capacitaires, et ne peuvent qu'à la marge augmenter le nombre d'étudiants admis en deuxième année ; limitant ainsi les effets escomptés par la suppression du *numerus clausus*. Cette limite n'offre par ailleurs aucune capacité d'universitariser des terrains de stage en centre hospitalier périphérique. Or ce faisant, nous pourrions, avec plus de facilité, proposer des postes en dehors des CHU aux docteurs juniors. Cette orientation est un levier pour diffuser les compétences et favoriser ainsi l'installation des futurs professionnels sur les territoires les plus en tension.

En deuxième lieu, il est essentiel de pouvoir augmenter le nombre de postes d'internes à former dans les spécialités participant à la prise en charge du cancer notamment en pneumologie, en chirurgie viscérale et digestive, en hépato-gastro-entérologie, en hématologie, radiologie, en imagerie médicale et en gynécologie obstétrique.

Pour atteindre cette ambition et être en capacité de satisfaire les objectifs, il est essentiel que les ARS puissent disposer d'une plus grande marge dans l'attribution de ces postes. Pour l'heure, force est de constater que l'avis de l'ARS Hauts-de-France n'est pas pris en considération dans ces répartitions. Sans une véritable régionalisation dans les postes à ouvrir, il sera impossible d'adapter notre appareil de formation aux difficultés visées par notre région.

En troisième lieu, il importe de pouvoir repenser la politique de post-internat à l'aune des évolutions induites par la réforme du troisième cycle. Le dispositif des chefs de cliniques universitaires et des chefs de cliniques en région permet de diffuser les compétences et de fidéliser les professionnels en région. Or, ces dispositifs ne sont plus autant attractifs qu'ils n'ont pu l'être par le passé : ils sont, d'une part, concurrencés par des politiques de recrutement plus « agressives » et, d'autre part, si ces dispositifs permettent à leurs bénéficiaires de se projeter en secteur 2, la réforme du troisième cycle et la création du statut du docteur junior rend en partie caduque cette motivation. Il devient essentiel de repenser ces dispositifs de statuts hospitalo-universitaires non titulaires.

Pour répondre à ces problématiques, l'ARS Haut de France, les deux Facultés de Lille et d'Amiens ont élaboré un plan d'actions en faveur de la démographie médicale. Ce plan d'actions repose sur huit objectifs dont deux sont soumis à l'arbitrage national :

- **Accroître le nombre de postes ouverts dans les deux subdivisions d'internes de spécialités d'organes impliquées en cancérologie, pour les oncologues médicaux et les radiothérapeutes ainsi qu'en post-internat.**

Au regard des besoins identifiés en région, il est attendu un arbitrage en faveur de l'augmentation du nombre de postes :

- Pour la subdivision de Lille :

- DES pneumologie : passer de 6 à 8 internes
- DES hémato : passer de 3 à 4 internes
- DES chirurgie viscérale : passer de 6 à 7 internes
- DES Hépato-gastro-entérologie : passer de 8 à 9 internes
- DES Gynécologie-obstétrique : passer de 13 à 15 internes, puis à 16 en 2023
- DES Radiologie et imagerie médicale : passer de 19 à 20 internes
- DES MIR : passer de 7 à 9 internes
- DES Néphrologie : passer de 4 à 5 internes
- DES Oncologie : passer de 7 à 8 internes

- Pour la subdivision d'Amiens :

- DES Chirurgie maxillo-faciale : passer de 1 à 2 internes
- DES Chirurgie thoracique et cardiovasculaire : passer de 0 à 1 internes
- DES Chirurgie vasculaire : passer de 1 à 2 internes
- DES Chirurgie viscérale et digestive : passer de 2 à 3 internes
- DES MIR : passer de 3 à 4 internes
- DES Médecine vasculaire : passer de 1 à 2 internes
- DES Oncologie : passer de 3 à 4 internes

➤ **Soutenir en révision HU le besoin de postes supplémentaires dédiés à la cancérologie d'organes et à l'oncologie.**

- Révision des effectifs HU de 2022 :
 - un poste de PUPH en hématologie à Lille
 - un poste de PUPH en génétique avec une part de soins en oncogénétique à Lille
 - un poste de MCUPH en oncologie médicale à Lille
 - un poste de MCUPH en urologie orientation cancer à Lille
 - un poste de PHU en médecine palliative à Lille
 - Pas de recrutement HU en oncologie à Amiens en 2022.

- Prévisions 2023-2025 pour Lille :
 - un poste de MCUPH en cancérologie thoracique
 - un poste de MCUPH en cancérologie gynécologique
 - un poste de PHU ou MCUPH en cancérologie endocrinologie
 - un poste de PHU ou MCUPH en cancérologie hépatologie

- Prévisions 2023-2025 pour Amiens :
 - un poste de PU-PH en hématologie
 - un poste de MCU-PH en oncologie médicale
 - un poste de PU-PH en radiothérapie
 - un poste de MCU-PH en HGE, orientation endoscopie et gastroentérologie

Le plan d'actions en faveur de la démographie médicale est annexé à la présente feuille de route.

Ce plan d'actions constitue la pierre angulaire pour la déclinaison de la stratégie décennale de lutte contre les cancers et pour la mise en œuvre opérationnelle des ambitions portées par l'ARS Hauts-de-France. Il est d'autant plus important que les déterminants de santé, et notamment les déterminants sociaux, sont très en défaveur dans notre région. Seul le principe d'une équité de traitement prenant en compte ces inégalités de distribution des moyens au regard de notre population est susceptible de réduire, à terme, l'écart de la surmortalité par cancer observé en Hauts-de-France.

SOMMAIRE

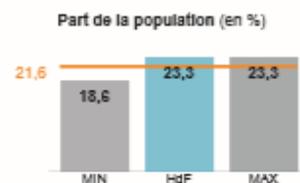
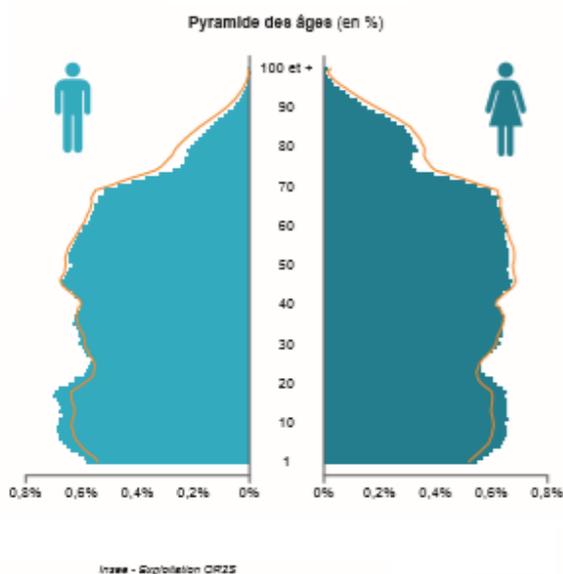
LE CONTEXTE REGIONAL.....	6
1. LA SITUATION SOCIO DEMOGRAPHIQUE EN HAUTS-DE-FRANCE.....	6
1.1. LA STRUCTURE DEMOGRAPHIQUE.....	6
1.2. LA SITUATION SOCIALE.....	7
2. LE PANORAMA DES CANCERS EN HAUTS-DE-FRANCE.....	8
2.1. L'INCIDENCE REGIONALE.....	9
2.2. LA MORTALITE REGIONALE.....	9
2.3. LES CANCERS LES PLUS FREQUENTS.....	10
2.4. DES DISPARITES TERRITORIALES DE MORTALITE IMPORTANTES.....	11
2.5. FOCUS SUR CERTAINS CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTICS.....	12
2.6. FOCUS SUR LES CANCERS FAISANT L'OBJET D'UN DEPISTAGE ORGANISE.....	16
2.7. LES PATIENTS ADMIS EN ALD CANCER.....	19
3. LES FACTEURS DE RISQUES LIES AUX CANCERS DANS LA REGION.....	21
4. LES DEPISTAGES DES CANCERS EN REGION.....	23
4.1. LE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN.....	23
4.2. LE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL.....	24
4.3. LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	25
5. ÉTAT DES LIEUX DES RESSOURCES EN REGION.....	26
5.1. LE PANORAMA DES ACTEURS DE LA CANCEROLOGIE.....	26
5.2. L'OFFRE DE SOINS ET LES PRISES EN CHARGE.....	27
LES ENJEUX.....	31
6. LE BILAN DES PRECEDENTS PLANS CANCER.....	31
6.1. LES PRINCIPALES AVANCEES ET LES INITIATIVES REMARQUABLES.....	31
6.2. LES ÉLÉMENTS A APPROFONDIR DANS LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS.....	32
6.3. LES PRIORITES D' ACTIONS DANS LA REGION.....	32
LES ACTIONS.....	34
7. LE PLAN D' ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES CANCERS HAUTS-DE-FRANCE.....	34
7.1. AXE 1 : AMELIORER LA PREVENTION.....	35
7.2. AXE 2 : LIMITER LES SEQUELLES ET AMELIORER LA QUALITE DE VIE.....	43
7.3. AXE 3 : LUTTER CONTRE LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC.....	50
7.4. AXE 4 : S' ASSURER QUE LES PROGRES BENEFICIENT A TOUS.....	53
8. LE PLAN D' ACTIONS EN FAVEUR DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE.....	59
LE SUIVI DE LA FEUILLE DE ROUTE.....	61
9. LA GOUVERNANCE REGIONALE.....	61
10. LES INDICATEURS DE SUIVI.....	62

1. LA SITUATION SOCIO DEMOGRAPHIQUE EN HAUTS-DE-FRANCE

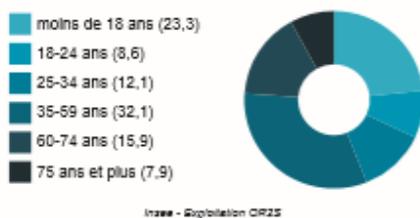
La région comptabilisait 6 004 108 habitants en 2018 avec une densité de population importante de plus de 188 habitants au km², supérieure à la moyenne nationale (119 h/km²). Les Hauts-de-France arrivent au troisième rang des régions les plus peuplées de France hexagonale après l'Île-de-France et la région Auvergne-Rhône-Alpes, et au deuxième rang pour la densité après la région francilienne.

1.1. LA STRUCTURE DEMOGRAPHIQUE¹

La pyramide des âges fait ressortir une population plutôt jeune par rapport au reste du pays. La population des 75 ans et plus est en très nette augmentation dans l'Hexagone. Dans les Hauts-de-France, cette augmentation est également importante mais reste en deçà de la moyenne française.



Population par groupe d'âge (en %)



Accroissement de la population aux différents recensements par rapport à la population de 1975 (en %) 75 ans et plus



¹ Sources OR2S, années 2018

1.2. LA SITUATION SOCIALE²

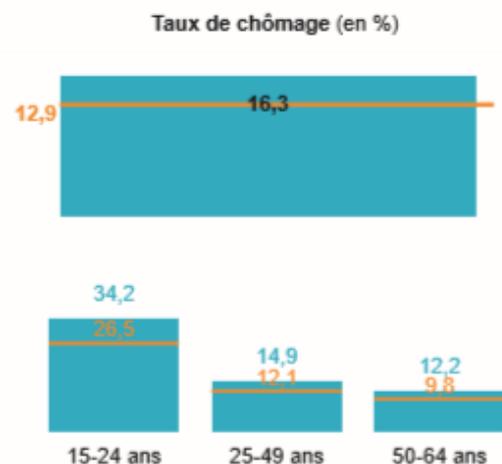
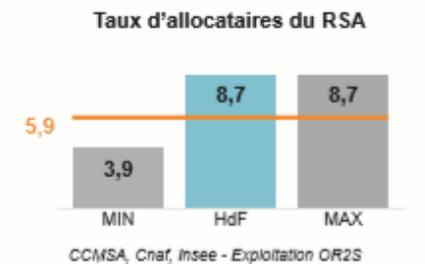
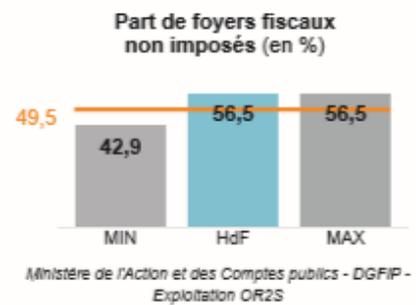
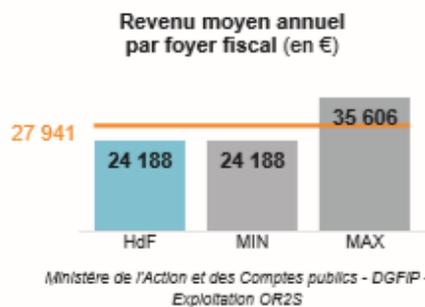
La situation socio-économique a un impact sur l'incidence et la mortalité par cancer. En effet, plusieurs études ont mis en évidence l'impact des disparités sociales dans le recours au dépistage³ mais également dans l'incidence de certains cancers notamment les cancers du poumon et des lèvres-bouche-pharynx⁴. Des inégalités de survie des patients atteints de cancer sont également observées : les patients les plus défavorisés ayant des probabilités de survie généralement inférieures aux patients les plus favorisés⁵.

Enfin, la situation sociale a également un impact sur la qualité de vie des malades et les séquelles liées à la maladie⁶ :

La fragilité sociale peut se mesurer à partir de différents indicateurs : l'accès à l'emploi, les revenus, le niveau de diplôme ou encore la perception de diverses allocations.

La région des Hauts-de-France cumule des indicateurs sociaux de vulnérabilité sociale :

- le revenu moyen annuel est le plus faible des régions de France métropolitaine ;
- le taux de chômage est particulièrement élevé notamment chez les jeunes ;
- les taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) sont les plus élevés des régions de l'Hexagone.



- Hauts-de-France (HdF)
- France hexagonale (Fra)
- Minimum des régions de France hexagonale (MIN)
- Maximum des régions de France hexagonale (MAX)

² Sources OR2S, années 2018

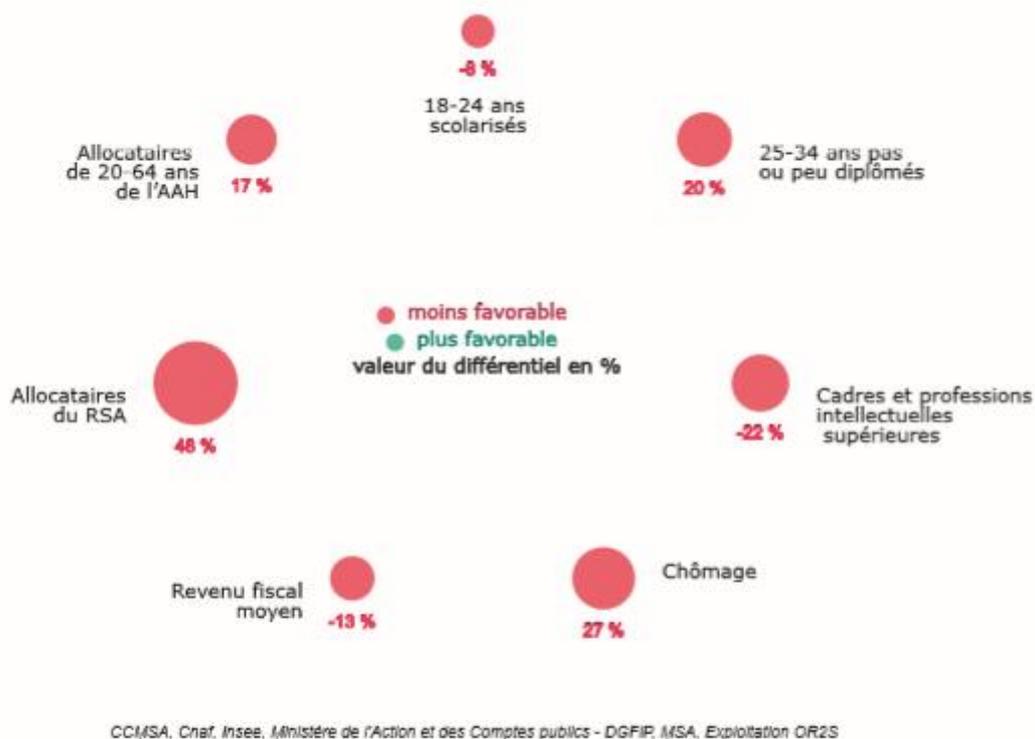
³Revue de la littérature « Inégalités sociales et recours au dépistage du cancer du sein en France », Agnès Rogel, Thérèse Deborde, Santé publique France Paris, 4 février 2020

⁴ Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France, BEH février 2017

⁵ Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France, étude Francim, BEH avril 2017

⁶ Enquête VICAN 5. La vie 5 ans après un diagnostic de cancer, INCa, Juin 2018

Comparativement à la France métropolitaine, la région est dans une situation défavorable pour la majorité des indicateurs sociaux comme le résume le graphique ci-dessous :



Aide à la lecture

Une couleur : pour savoir si le territoire analysé est dans une situation plus favorable ou non en regard de la zone de comparaison sélectionnée

Une taille : pour mesurer l'écart entre les situations du territoire et la zone de comparaison, plus la taille du cercle est importante plus le différentiel entre les deux zones est élevé

2. LE PANORAMA DES CANCERS EN HAUTS-DE-FRANCE⁷

Le cancer représente la première cause de décès prématurés en France. Il est également la première cause de décès chez l'homme et la deuxième cause chez la femme. On estime à 157 400 le nombre de décès annuels par cancer et à 382 000 le nombre de nouveaux cas annuels de cancers diagnostiqués. A ce jour, près de 3,8 millions de personnes vivent avec des antécédents de cancers en France.

En France, entre 2010 et 2018, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté mais on observe une diminution des taux d'incidence chez l'homme de -1,4% et une stabilisation des taux d'incidence chez la femme de +0,7%. On constate également une diminution des taux de mortalité de -2% par an chez les hommes et de -0,7% par an chez les femmes.

Ces évolutions favorables traduisent la baisse de l'incidence de certains cancers de mauvais pronostic tels que le cancer du poumon chez l'homme ainsi que les efforts menés en matière de prévention et de dépistage des cancers. Elles sont également liées à des améliorations thérapeutiques permettant des plus grandes chances de guérison.

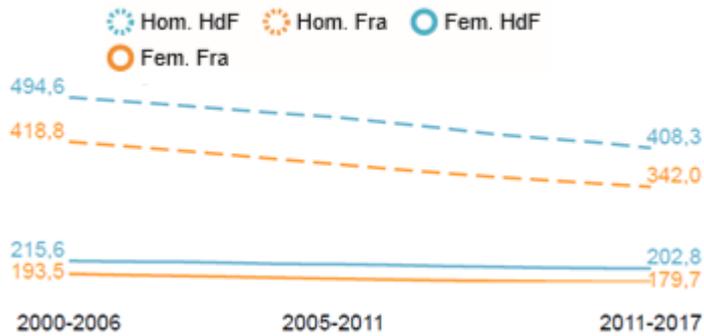
Dans les Hauts-de-France, une baisse du taux de mortalité est également constatée mais elle reste en deçà des évolutions nationales.

⁷ Les données et les commentaires utilisés sont issus du rapport SPF : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016, Janvier 2019.

Toutes les mentions *NS signifient « Non Significatif »

Les données relatives à la survie sont issues de l'étude INCa SPF : Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018, juillet 2021

Évolution du taux standardisé de mortalité par cancers (pour 100 000 personnes)

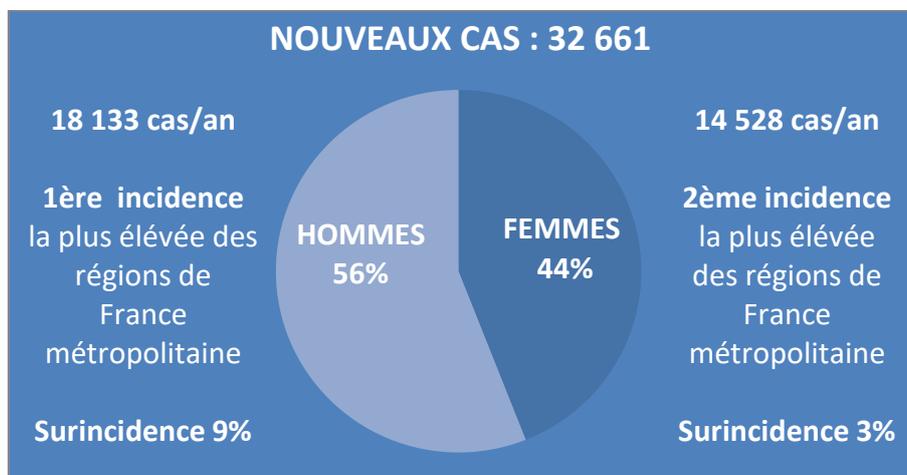


Le différentiel de mortalité ne se réduit pas en région mais tend à s'accroître comparativement à la France Métropolitaine.

2.1. L'INCIDENCE REGIONALE

La région comptabilise 8,6% des nouveaux cas de cancer en France.

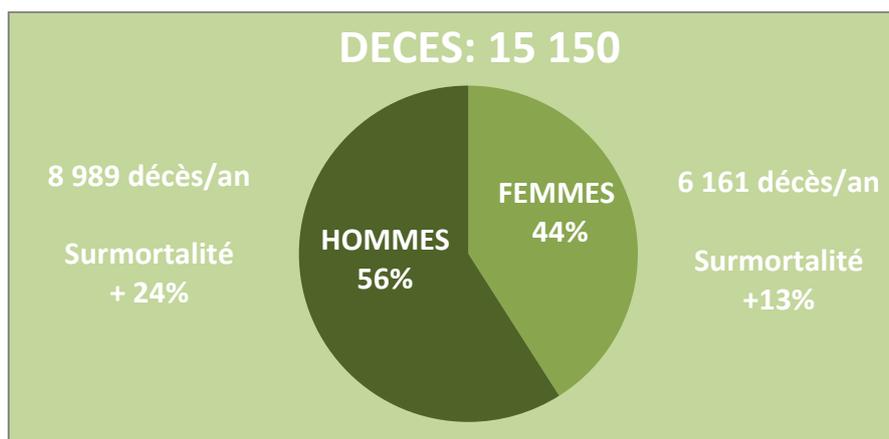
Une incidence importante chez les hommes et chez les femmes



2.2. LA MORTALITE REGIONALE

Le cancer est responsable de 29% des décès dans la région.

1^{ère} région en termes de mortalité pour les hommes et les femmes



Part des décès survenant avant 65 ans

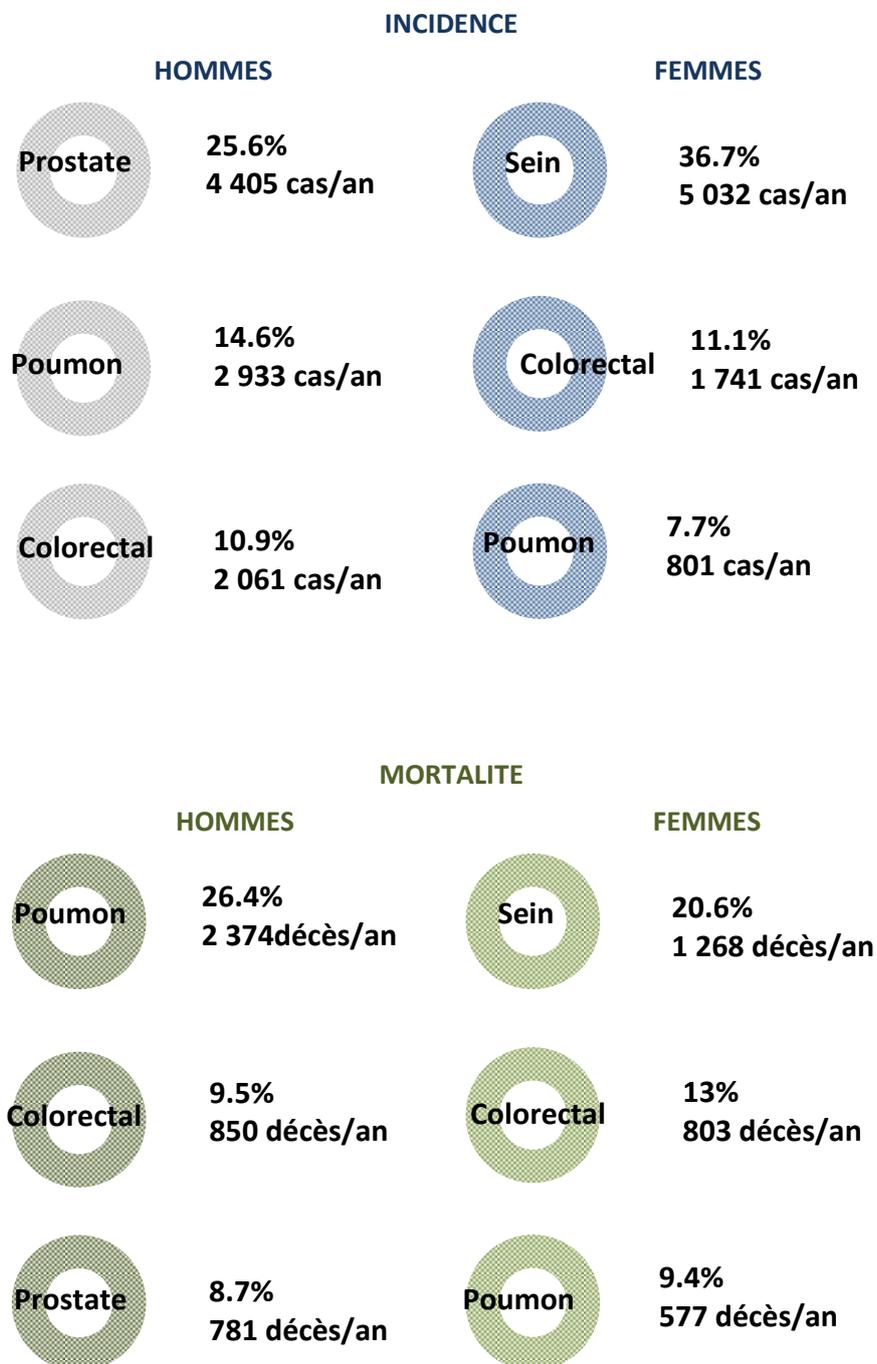
	Hauts-de-France	France
FEMMES	27%	24%
HOMMES	33%	27%

La part de décès prématurés est importante notamment chez les hommes comparativement à la France métropolitaine.

2.3. LES CANCERS LES PLUS FREQUENTS

La répartition des cancers les plus fréquents en Hauts-de-France est comparable à celle du niveau national tant pour l'incidence que la mortalité.

Seul le cancer du poumon chez la femme se différencie en termes de mortalité par cancer : le cancer du poumon est la deuxième cause de mortalité par cancer chez la femme au niveau national (15% des décès par cancer) devant le cancer colorectal mais la troisième cause en Hauts-de-France (9,4% des décès par cancer).



2.4. DES DISPARITES TERRITORIALES DE MORTALITE IMPORTANTES

Concernant l'incidence et la mortalité par cancer, toutes localisations confondues, on relève des disparités départementales au sein de la région.

Tous cancers, situation infra-régionale, Hauts-de-France : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

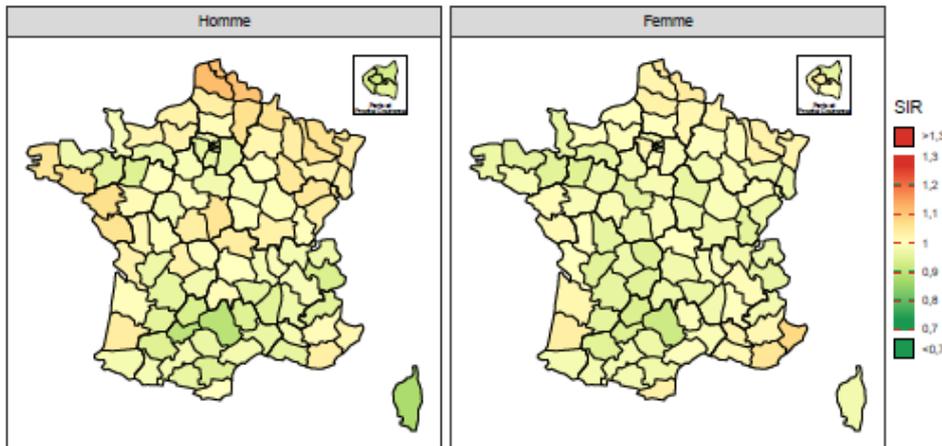
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Homme						
Aisne-02	1810[1 730 ;1894]	386,2[369,1;404,3]	1,07[1,03;1,11]	881[861;902]	166,1[161,9;170,4]	1,17[1,14;1,20]
Nord-59	7610[7308;7929]	401,9[385,9;418,8]	1,12[1,08;1,16]	3723[3680;3765]	179,8[177,7;182,0]	1,26[1,25;1,27]
Oise-60	2261[2165;2364]	355,5[340,2;371,7]	1,01[0,97;1,05]	1053[1 031 ;1 076]	150,9[147,5;154,3]	1,08[1,06;1,10]
Pas-de-Calais-62	4666[4476;4866]	407,2[390,6;424,8]	1,13[1,08;1,17]	2441[2407;2475]	194,5[191,6;197,4]	1,35[1,33;1,37]
Somme-80	1786[1708;1869]	369,5[353,1;386,8]	1,04[1,00;1,08]	891[871;912]	161,4[157,4;165,5]	1,14[1,12;1,17]
Femme						
Aisne-02	1390[1322;1462]	269,9[256,3;284,3]	1,02[0,98;1,06]	607[590;625]	84,8[81,9;87,8]	1,12[1,09;1,15]
Nord-59	6228[5956;6515]	274,3[262,3;287,1]	1,05[1,01;1,09]	2576[2541;2612]	84,6[83,2;86,0]	1,13[1,12;1,15]
Oise-60	1799[1714;1889]	262,5[249,9;275,9]	1,00[0,96;1,04]	732[713;750]	80,9[78,5;83,3]	1,09[1,07;1,12]
Pas-de-Calais-62	3647[3484;3820]	269,8[257,6;282,7]	1,02[0,98;1,07]	1617[1589;1645]	87,6[85,8;89,4]	1,15[1,13;1,17]
Somme-80	1465[1394;1540]	273,5[259,9;288,0]	1,03[0,99;1,07]	629[612;647]	85,8[83,0;88,8]	1,13[1,10;1,16]

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

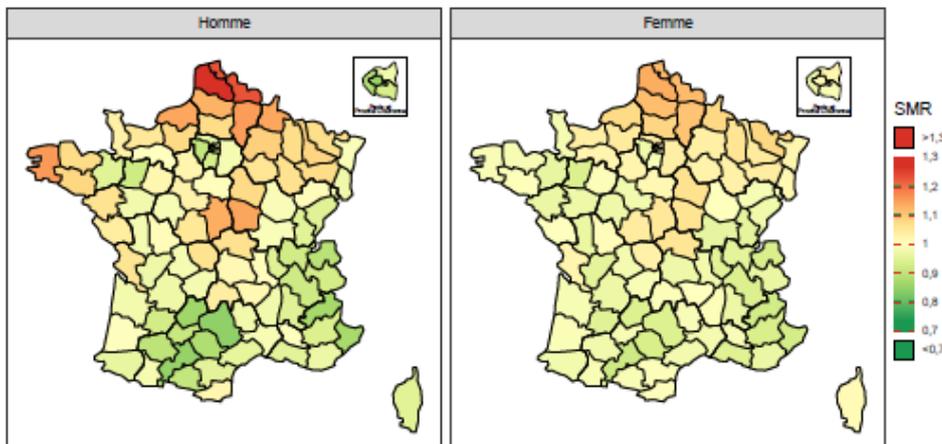
Tous cancers : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



- Chez l'homme, seul le département de l'Oise présente une incidence proche de la France métropolitaine. Les autres départements présentent tous une sur-incidence.
- Chez la femme, seul le département du Nord présente une sur-incidence.

(b) Mortalité 2007-2014



- La surmortalité par cancer affecte tous les départements et les deux sexes.
- Chez l'homme, la surmortalité varie de 14% dans la Somme à 35% dans le Pas-de-Calais
- Chez la femme, la surmortalité varie de 12% dans l'Aisne à 15% dans le Pas-de-Calais.

Le Nord et le Pas-de-Calais sont les départements où la sur-incidence et la surmortalité par cancer sont les plus

importantes, particulièrement chez les hommes.

2.5. FOCUS SUR CERTAINS CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTICS⁸

Le taux de survie à cinq ans s'améliore pour les principaux cancers, mais il reste très variable selon les localisations cancéreuses. Les cancers de mauvais pronostics sont les cancers pour lesquels la survie nette à 5 ans dépasse rarement les 33 %⁹.

• Les cancers de l'œsophage

L'épidémiologie du cancer de l'œsophage est très contrastée sur le territoire national avec une sur-incidence de ce cancer et une surmortalité observées chez les hommes dans le Nord-Ouest de la France, en particulier en dans la région Hauts-de-France et en Bretagne.

Son incidence diminue depuis de nombreuses années chez l'homme mais progresse chez la femme.

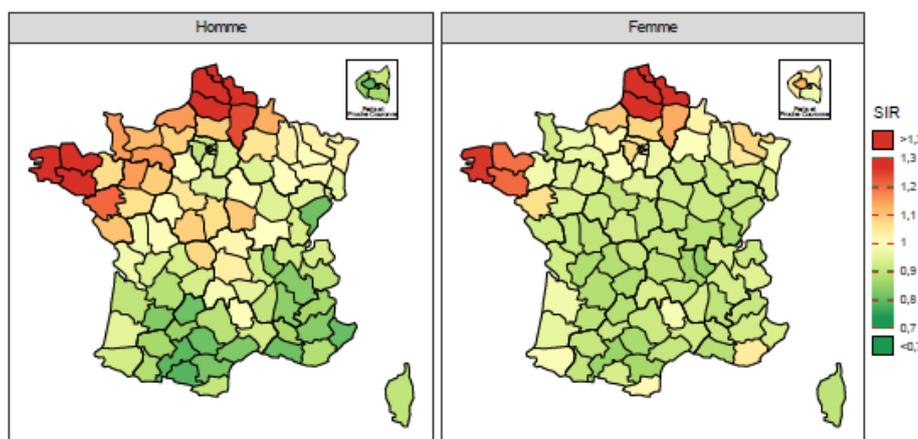
En région, 668 nouveaux cas annuels de cancer de l'œsophage, soit 528 cas incidents chez l'homme et 140 chez la femme, sont estimés et 523 décès annuels sont recensés. La région des Hauts-de-France est celle qui présente la plus forte incidence et la plus forte mortalité par cancer de l'œsophage de France métropolitaine

Les facteurs de risques associés aux cancers de l'œsophage sont le niveau socio-économique, le tabagisme chronique, la consommation excessive d'alcool ainsi que le reflux gastro-œsophagien et l'obésité. L'OMS a également reconnu comme cancérigènes les rayons X et gamma. Une alimentation riche en fruits et légumes serait quant à elle protectrice de ces cancers.

La survie nette est faible : elle s'élève à 17% à 5 ans.

Œsophage : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



HOMMES

528 cas/an Sur incidence + 52%

- Aisne : + 27%
- Nord : + 61%
- Oise: NS*
- Pas-de-Calais : + 74%
- Somme : + 40%

FEMMES

140 cas/an Sur incidence + 43%

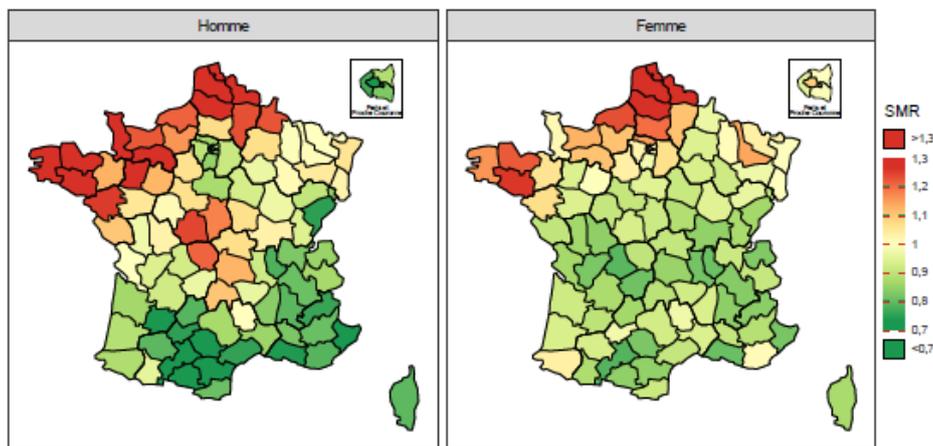
- Aisne : NS*
- Nord : + 52%
- Oise: NS*
- Pas-de-Calais : + 61%
- Somme : + 30%

- En Hauts-de-France, une sur-incidence importante du cancer de l'œsophage est observée à hauteur de 52% chez l'homme et 43% chez la femme par rapport à la France métropolitaine.
- Au niveau départemental, on observe une sur-incidence importante pour les deux sexes dans le Nord, le Pas-de-Calais et la Somme et une sur-incidence uniquement chez l'homme dans l'Aisne.

⁸ Seuls les cancers présentant une surincidence ou une surmortalité importante en HDF sont détaillés dans l'état des lieux.

⁹ Rapport Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018, SPF INCa, juillet 2021

(b) Mortalité 2007-2014



- Les Hauts-de-France affichent une forte surmortalité par cancer de l'œsophage importante de 64% chez l'homme et de 53% chez la femme.

Au niveau infrarégional, une surmortalité préoccupante est observée :

- Chez l'homme, elle s'élève à 98% dans le Pas-de-Calais, 73% dans le Nord et 51% dans la Somme ;
- Chez la femme, elle s'élève à 66% dans le Pas-de-Calais, 65% dans le Nord et 52% dans la Somme.

HOMMES
416 décès/an Sur mortalité +64%

- Aisne : +26%
- Nord : +73%
- Oise : NS*
- Pas-de-Calais : +98%
- Somme : +51%

FEMMES
107 décès/an Sur mortalité +53%

- Aisne : NS*
- Nord : +65%
- Oise : +25%
- Pas-de-Calais : +66%
- Somme : +52%

• Les cancers du foie

Le cancer du foie est un cancer plus fréquent en France qu'en Europe. Il représente 3,5% des cas incidents de cancer chez l'homme. Chez l'homme, la mortalité est en baisse depuis 1995 mais une tendance inverse est observée chez la femme au niveau national.

Les facteurs de risques du cancer foie sont nombreux : consommation d'alcool, virus des hépatites B et C, obésité, diabète, tabac. L'exposition à certains composés chimiques est également identifiée.

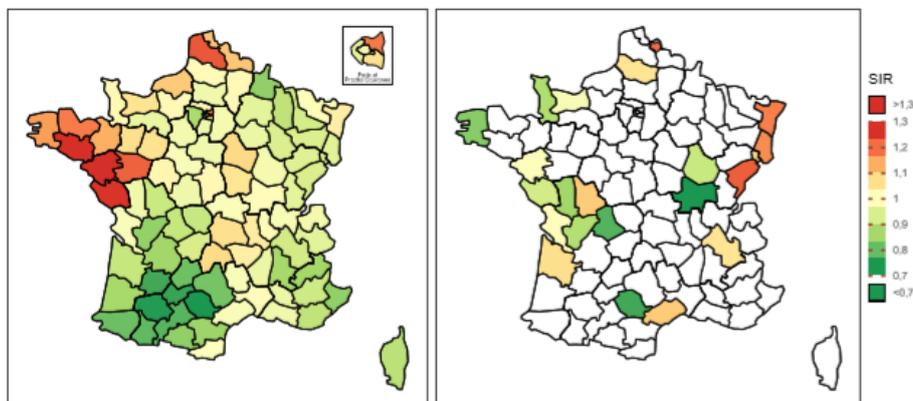
La survie nette à 5 ans des malades diagnostiqués est estimée à 15%.

Pour les Hauts-de-France, 651 nouveaux cas du cancer du foie sont estimés chez l'homme en moyenne par an. La région enregistre 792 décès par cancer du foie par an en moyenne. La région se situe ainsi au 3^{ème} rang des régions derrière les Pays de la Loire et la Bretagne en termes de mortalité par cancer du foie.

Foie : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR), par sexe

(a) Hommes : incidence lissée 2007-2016, départements de France métropolitaine

(b) Femmes : incidence observée 2007-2014, départements couverts par un registre des cancers



HOMMES
651 cas/an Sur incidence +11%

- Aisne : NS*
- Nord : NS*
- Oise: NS*
- Pas-de-Calais : +25%
- Somme : NS*

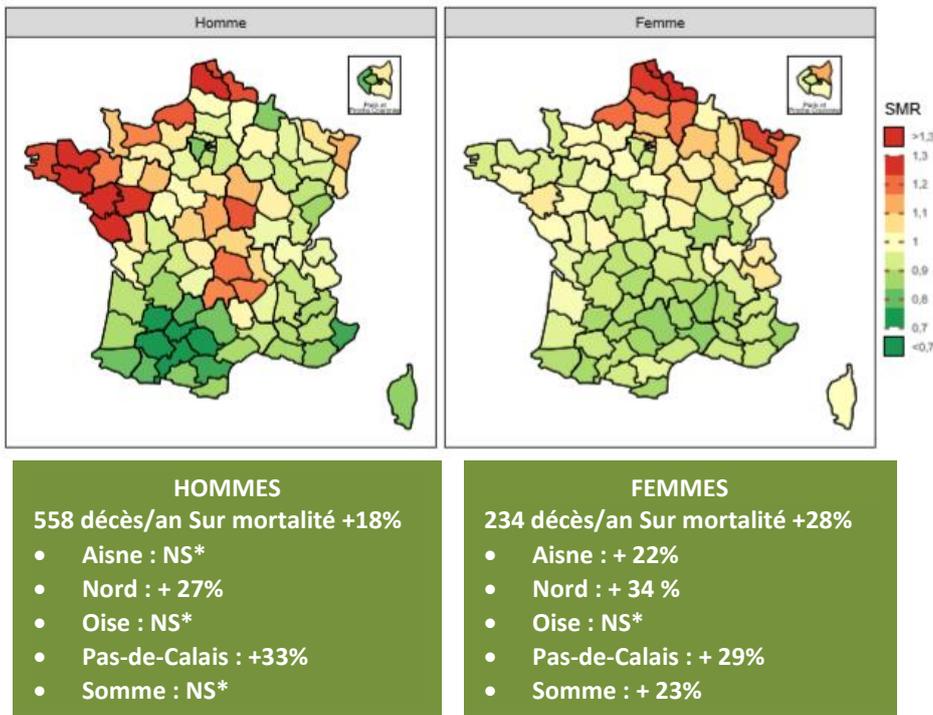
FEMMES

- Données non disponibles

- Chez l'homme, seul le département du Pas-de-Calais présente une sur-incidence importante de +25%. Les autres départements présentent une incidence proche de la France métropolitaine.

- Chez la femme, les données d'incidence disponibles ne permettent pas de réaliser des projections.

(c) Mortalité lissée 2007-2014, départements de France métropolitaine



- Dans la région des Hauts-de-France la surmortalité par cancer du foie est de 18% chez l'homme et de 28% chez la femme.

Au niveau infrarégional, on constate une surmortalité variable selon le sexe et les départements :

- Chez l'homme, seuls les départements du Nord et du Pas-de-Calais affichent une surmortalité.
- Chez la femme, la surmortalité concerne tous les départements hormis l'Oise.

• Les cancers de la Lèvre-Bouche-Pharynx (LBP)

La France est l'un des pays européens présentant les taux d'incidence des cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx les plus élevés.

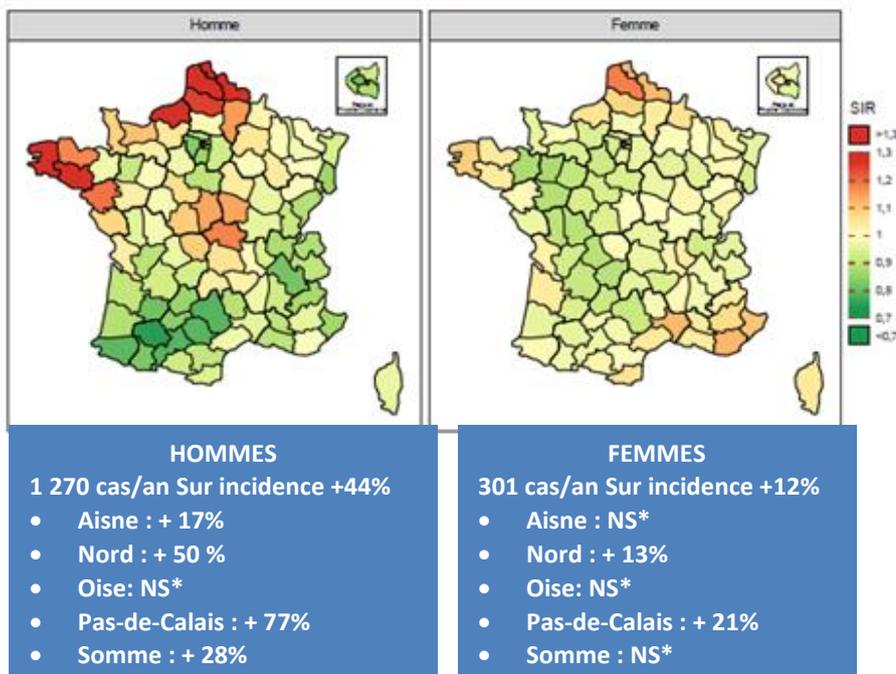
Les facteurs de risque majeurs de la plupart de ces cancers sont la consommation d'alcool et de tabac ; l'exposition conjointe à ces deux facteurs ayant un effet synergique. Des virus du groupe HPV ont été aussi identifiés comme responsables de certains cancers de l'oropharynx, notamment ceux survenant chez des sujets relativement jeunes.

La survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées est de 45% avec des variations importantes selon la localisation cancéreuse : les cancers de la lèvre ont un pronostic favorable (89 %) tandis que les cancers de l'hypopharynx présentent une survie nette à 5 ans qui se situe à 26 %.

1 571 nouveaux cas en moyenne par an sont estimés dans les Hauts-de-France et 541 décès sont enregistrés. Les taux d'incidence et de mortalité particulièrement élevés des cancers placent les Hauts-de-France en 1^{ère} position parmi les régions aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Lèvre-bouche-pharynx : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

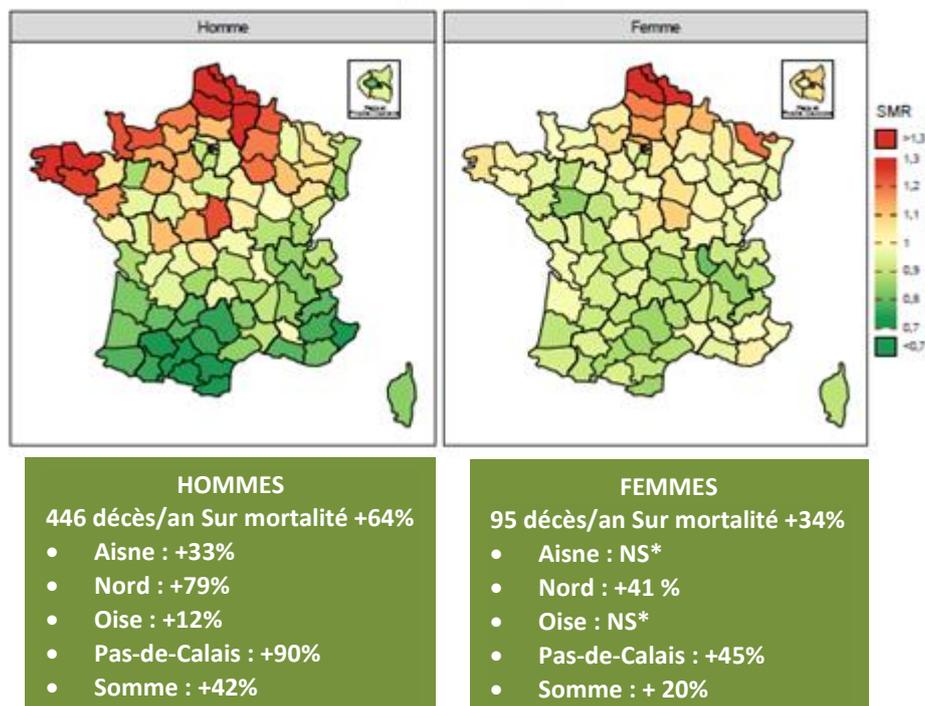
(a) Incidence 2007-2016



- Dans la région Hauts-de-France, pour les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx, les estimations d'incidence montrent une sur-incidence importante de 44% chez l'homme et 12% chez la femme par rapport à la France métropolitaine.

- On observe également une sur-incidence importante de ces cancers pour les deux sexes dans le Nord et le Pas-de-Calais.

(b) Mortalité 2007-2014



- Au niveau infrarégional, on constate une surmortalité variable selon le sexe et les départements.
- Une surmortalité de 64% est observée chez les hommes.
- Les départements du Nord et du Pas-de-Calais affichent une situation particulièrement préoccupante avec une surmortalité chez l'homme évaluée à 90% dans le Pas-de-Calais et 79% dans le Nord.

• Les cancers du poumon

Le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent dans le monde en incidence et en mortalité. Il s'agit du 3^{ème} cancer le plus fréquent en France et de la 1^{ère} cause de décès par cancer en France.

En France, pour les hommes, l'incidence est quasiment stable depuis 1980 avec une tendance à la baisse depuis 2005 et la mortalité diminue de 1,6% par an depuis 2010. En revanche, chez les femmes, l'incidence et la mortalité sont en forte augmentation depuis les années 80, en lien notamment avec l'augmentation de leur consommation tabagique. L'augmentation de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon chez la femme est préoccupante.

3 734 nouveaux cas de cancers du poumon sont diagnostiqués dans les Hauts-de-France chaque année dont 2 933 chez les hommes et 801 chez les femmes. On recense 2 951 décès dont 2 374 chez les hommes et 577 chez les femmes.

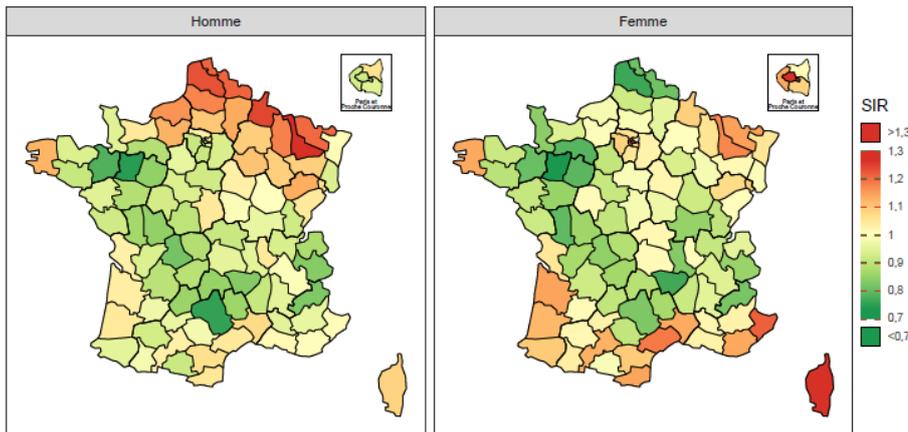
Les Hauts-de-France sont au 1^{er} rang des régions de France métropolitaine pour le cancer du poumon chez l'homme aussi bien pour l'incidence que pour la mortalité. En revanche, les Hauts-de-France présentent une sous-incidence et une sous-mortalité par cancer du poumon chez la femme plaçant la région en dernière position pour l'incidence et avant dernière position pour la mortalité par cancer du poumon chez la femme.

Le principal facteur de risque reste la consommation tabagique responsable de 80% des cancers du poumon. Des facteurs professionnels tels que l'exposition à l'amiante, et environnementaux comme l'exposition au radon ou la pollution atmosphérique, sont également reconnus.

La survie nette est de 20% à 5 ans.

Poumon : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



HOMMES
2 933 cas/an Sur incidence +21%

- Aisne : +15%
- Nord : +24%
- Oise : +11%
- Pas-de-Calais : +26%
- Somme : +20%

FEMMES
801 cas/an Sous incidence -18 %

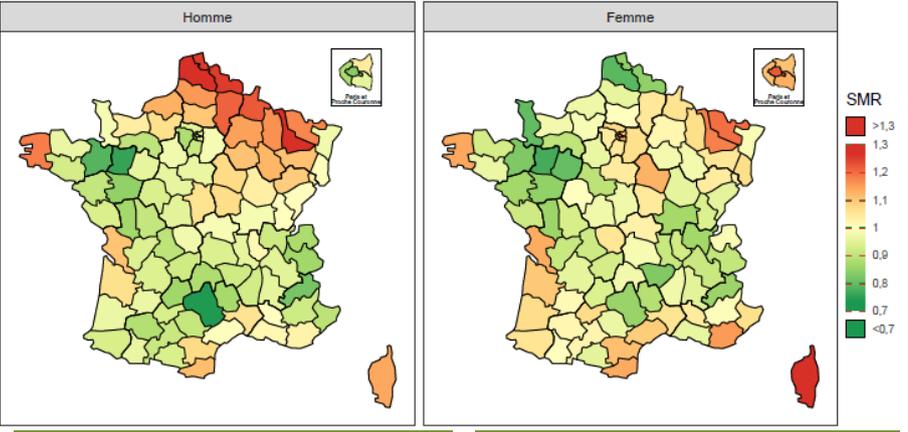
- Aisne : NS*
- Nord : -21%
- Oise : NS*
- Pas-de-Calais : -27%
- Somme : -9%

- La région présente une sur-incidence importante chez les hommes par rapport à la France métropolitaine de 21% et une sous-incidence importante chez les femmes de 18%.

Au niveau infrarégional :

- Chez l'homme tous les départements présentent une sur-incidence allant de 11% dans l'Oise à 26% dans le Pas-de-Calais.
- Chez la femme, deux départements présentent une sous-incidence importante : -21% dans le Nord et -27% dans le Pas-de-Calais.

(b) Mortalité 2007-2014



HOMMES
2 374 décès/an Sur mortalité +27%

- Aisne : +24%
- Nord : +29%
- Oise : +11%
- Pas-de-Calais : +39%
- Somme : +17%

FEMMES
577 décès/an Sous mortalité -13%

- Aisne : NS*
- Nord : -18%
- Oise : NS*
- Pas-de-Calais : -24%
- Somme : NS*

- La région des Hauts-de-France présente une surmortalité chez l'homme de 27% par rapport à la moyenne nationale et une sous-mortalité chez la femme de -13%.
- Chez l'homme, tous les départements présentent un excès de mortalité important par cancer du poumon allant de +11% dans l'Oise à +39% dans le Pas-de-Calais.
- Chez la femme, deux départements présentent une sous-mortalité importante : -18% dans le Nord et -24% dans le Pas-de-Calais.

2.6. FOCUS SUR LES CANCERS FAISANT L'OBJET D'UN DEPISTAGE ORGANISE

• **Les cancers du sein**

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes. Il est également la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

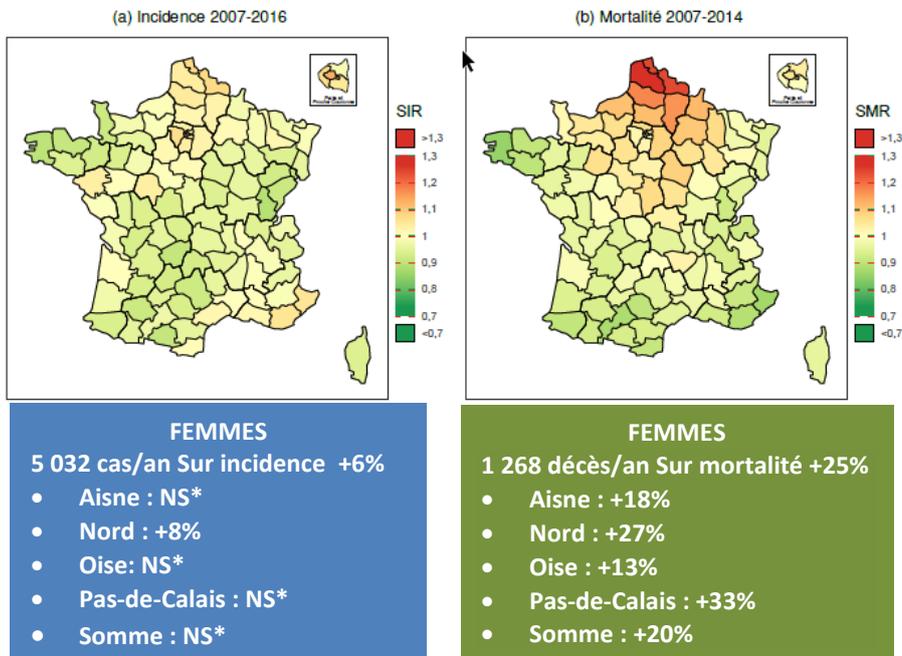
Les principaux facteurs de risque connus sont liés aux facteurs hormonaux et reproductifs (puberté précoce, ménopause tardive, âge élevé au premier enfant, faible nombre d'enfants, absence d'allaitement, prise de traitement hormonal). D'autres facteurs de risque sont reconnus dont la consommation d'alcool, l'obésité après la ménopause, l'activité physique réduite et le tabagisme. Des prédispositions génétiques seraient également responsables de 5 à 10% des cancers du sein, essentiellement par le biais d'une altération des gènes BRCA1 et

BRCA2.

Le cancer du sein est de pronostic favorable avec 88 % de survie nette à 5 ans chez les femmes diagnostiquées.

5 032 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués en moyenne chaque année dans les Hauts-de-France. On recense en moyenne 1268 décès par an dans la région.

Sein : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés par département de France métropolitaine



- Dans les Hauts-de-France, il n'existe pas de sur-incidence importante du cancer du sein chez les femmes par rapport à la France métropolitaine.
- En revanche, on observe une surmortalité importante de 25% par rapport à la moyenne de la France métropolitaine.
- Cette surmortalité est observée dans tous les départements allant de 13% dans l'Oise à 33% dans le Pas-de-Calais.

• **Les cancers colorectaux**

Le cancer colorectal est l'un des trois cancers les plus fréquents en France. Il s'agit de la deuxième cause de décès par cancer en France.

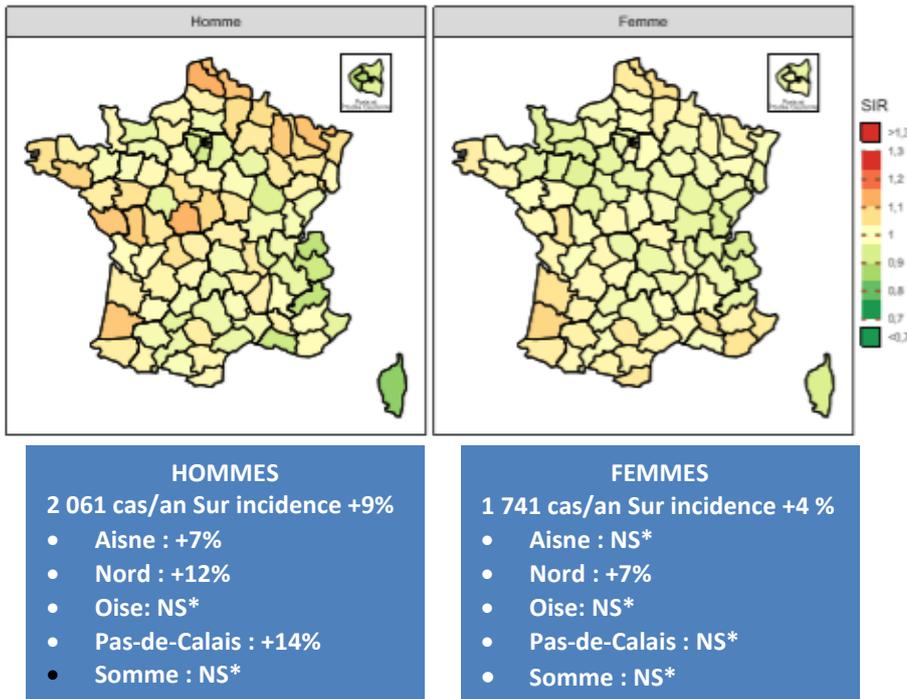
Les déterminants liés au mode de vie qui ont un impact sur le risque de survenue du cancer colorectal sont l'alimentation, notamment la consommation fréquente de viandes rouges ou de viandes transformées, une faible consommation de fibres alimentaires, la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité et l'obésité. Les antécédents personnels ou familiaux d'adénome ou de cancer colorectal ainsi que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sont également des facteurs de risque identifiés.

Le taux de survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées est de 63%.

Le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé à 3 802 dans les Hauts-de-France en moyenne par an. Le nombre moyen de décès annuels s'élève à 1 653.

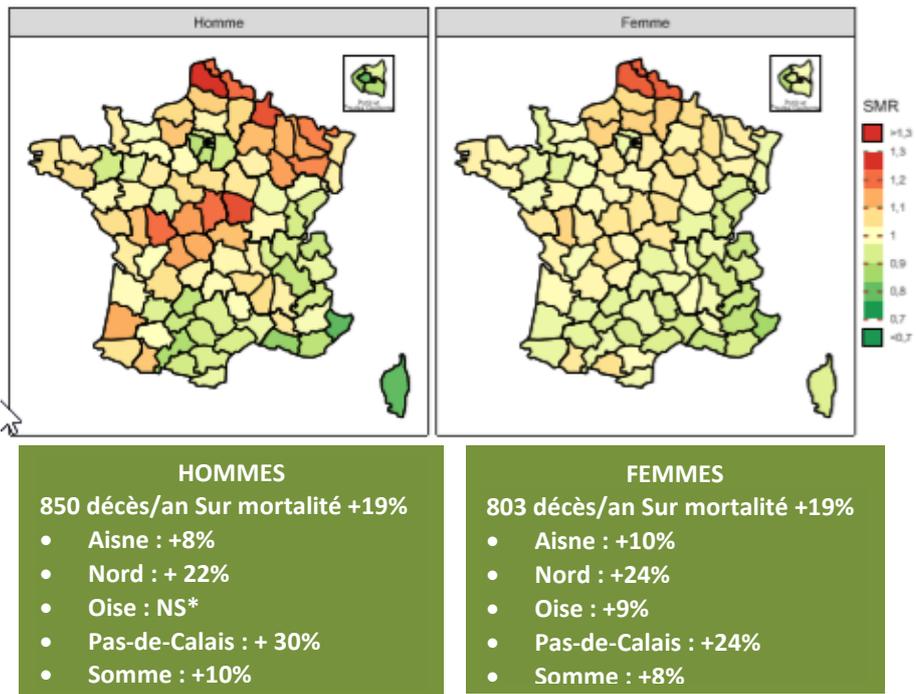
L'incidence et la mortalité du cancer colorectal dans la région sont les plus élevées de France Métropolitaine.

(a) Incidence 2007-2016



- Dans les Hauts-de-France, les estimations indiquent une sur-incidence du cancer du colorectal de 9% chez l'homme et de 4% chez la femme.
- Deux départements ont une sur-incidence importante comparée au niveau national : le Nord (+12%) et le Pas-de-Calais (+14%).
- Il n'existe pas de disparités départementales d'incidence pour les femmes en région.

(b) Mortalité 2007-2014



- Les Hauts-de-France présentent une surmortalité par cancer colorectal de 19% chez l'homme et chez la femme.

Des disparités territoriales sont observées selon le sexe :

- Chez l'homme, on constate une surmortalité importante de 30% dans le Pas-de-Calais et 22% dans le Nord.
- Chez la femme, la surmortalité est particulièrement importante dans le Pas-de-Calais et le Nord (+24%).

• Les cancers du col de l'utérus

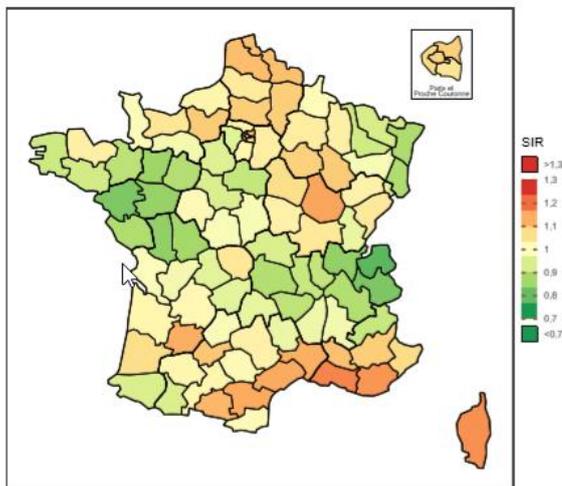
Le cancer du col de l'utérus est un cancer évitable en ce sens qu'il est dû à la persistance au niveau du col utérin d'une infection sexuellement transmissible à papillomavirus humain à haut risque oncogène (HPV-HR). Or, on estime que 90 % des cancers du col de l'utérus peuvent être évités grâce au dépistage des lésions précancéreuses. La vaccination permet également de se protéger contre les papillomavirus humains (HPV).

On sait également que le tabagisme actif, l'existence d'autres infections génitales, l'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux ainsi qu'un déficit immunitaire acquis peuvent favoriser la persistance de l'infection ou l'évolution vers un cancer.

Des évolutions favorables sont observées pour ce cancer avec un recul conjoint de son taux d'incidence et de mortalité au niveau national.

Dans les Hauts-de-France, 321 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués en moyenne par an¹⁰. Le taux d'incidence standardisés monde (TSM) s'élève à 7,6 pour 100 000 personnes et place les Hauts-de-France en 3^{ème} position des régions de France métropolitaine les plus touchées par ce cancer.

Col de l'utérus : rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés 2007-2016 par département de France métropolitaine



FEMMES
320 cas/an Sur incidence +11 %

- Aisne : NS*
- Nord : NS*
- Oise: NS*
- Pas-de-Calais : NS*
- Somme : NS*

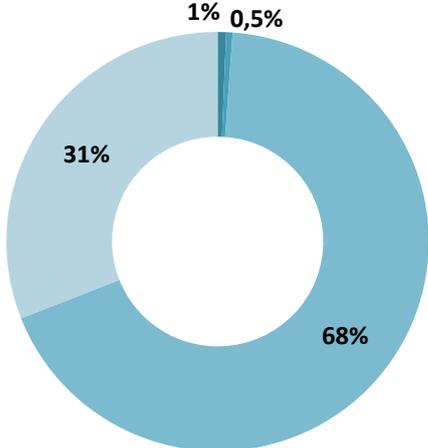
- Dans les Hauts-de-France, une sur-incidence du cancer du col de l'utérus de 11% est observée.
- Il n'existe pas de sur incidence significative entre les départements de la région.

2.7. LES PATIENTS ADMIS EN ALD CANCER

En 2019, on comptabilisait 235 482 malades en ALD cancers dans la région.

Nombre de patients en ALD cancer en 2019			
Moins de 18 ans	18-24 ans	25-74 ans	75 ans et plus
1 528	1 145	159 885	72 924

Répartition des patients en ALD cancer par âge en 2019



■ -18 ans ■ 18-24 ans ■ 25-74 ans ■ 75 ans et plus

31% des malades en ALD cancer ont plus de 75 ans.

32 053 patients ont été admis en ALD cancer en 2019 Hauts-de-France dont 52% d'hommes et 48% de femmes.

Nombre annuel moyen d'admission en ALD pour cancers



¹⁰ Les données de mortalité sont calculées à partir des certificats de décès. Or, il existe une proportion importante et variable de certificats de décès qui ne différencie pas la localisation du cancer entre le col et le corps utérin. De ce fait, les décès et les taux de mortalité par cancer du col de l'utérus ne peuvent être calculés de manière fiable et ne sont pas diffusés dans cet état des lieux.

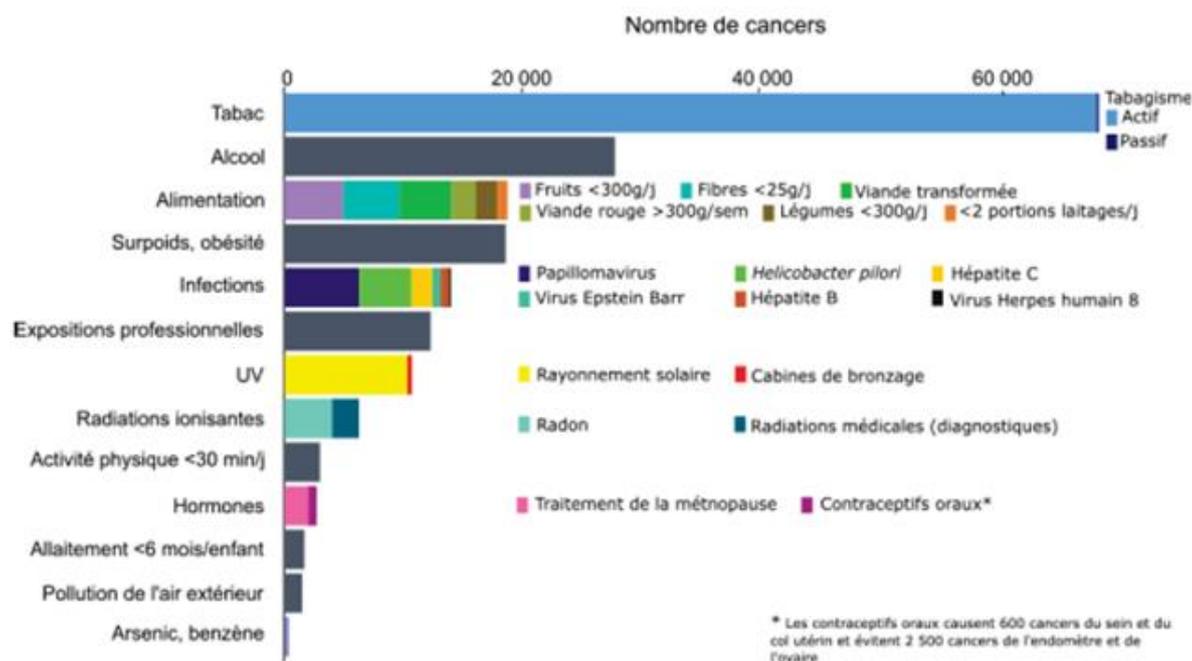
SYNTHESE DE L'EPIDEMIOLOGIE REGIONALE

- 32 661 nouveaux cas de cancer sont estimés en moyenne par an dont 55% chez l'homme
- Les trois cancers les plus fréquents, responsables chaque année d'un peu plus de la moitié des nouveaux cas de cancer sont :
 - Chez l'homme : le cancer de la prostate, du poumon et du côlon-rectum ;
 - Chez la femme : le cancer sein, du côlon-rectum et du poumon.
- 15 150 décès par cancer en moyenne sont estimés par an dont 59% chez l'homme.
- Une situation particulièrement défavorable est constatée chez l'homme et la femme par rapport à la France métropolitaine :
 - 1^{ère} région en termes d'incidence du cancer chez l'homme et la 2^{ème} chez la femme ;
 - 1^{ère} région en termes de mortalité par cancer pour les hommes et pour les femmes.
- De nombreux cancers présentent une sur-incidence et une surmortalité préoccupante notamment le cancer de la lèvre-bouche-pharynx, de l'œsophage et du poumon chez l'homme.
Certains de ces cancers ont un lien marqué avec les comportements de santé notamment la consommation d'alcool et de tabac.
- Des disparités départementales sont observées :
 - Parmi les cinq départements de la région, le Nord et le Pas-de-Calais présentent souvent une situation plus défavorable comparativement aux autres départements ;
 - L'Oise présente une situation plus proche de celle de la France métropolitaine ;
 - La Somme et l'Aisne se trouvent globalement dans une situation intermédiaire.
- Plus de 230 000 malades sont suivis pour un cancer en Hauts-de-France dont 31% ont plus de 75 ans.

3. LES FACTEURS DE RISQUES LIÉS AUX CANCERS DANS LA REGION

41% des nouveaux cas de cancer pourraient être évités des changements de comportement et de mode de vie¹¹.

Nombre de nouveaux cas de cancer attribuables aux facteurs liés au mode de vie et à l'environnement en France en 2015 parmi les adultes de 30 ans et plus



- Le tabac est le facteur de risque de cancer le plus important : 20% des nouveaux cas de cancer sont attribuables au tabac en France.
- Après le tabac, les trois principaux facteurs de risques sont l'alcool (8 %), l'alimentation (5,4%), le surpoids et l'obésité (5,4%).
- La part imputable à l'activité professionnelle dans la survenue des cancers varie de 4 à 8,5 % selon les études.¹²

Les Hauts-de-France présente une situation globalement défavorable vis-à-vis des principaux facteurs de risque, mais avec des expositions aux principaux facteurs de risque différenciées selon le sexe, comme le montre la synthèse des facteurs de risques en région¹³.

¹¹ Rapport IARC (2018). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Lyon: International Agency for Research on Cancer

¹² Source Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)

¹³ Sources de données : Tabac. Bulletin de santé publique Hauts-de-France. janvier 2019 ; Alcool. Bulletin de santé publique Hauts-de-France. janvier 2020 ; Surpoids, obésité et insuffisance pondérale en Hauts-de-France, étude OR2S 2018 ; Alimentation et activité physique en Hauts-de-France, étude OR2S 2018 ; Etude ESTABAN, 2015 ; Etude OBEPI 2020 ; Enquête SUMER 2017 ; INRS ; PNST 4 ; La santé au travail dans les Hauts-de-France Atlas 2020.

SYNTHESE DES EXPOSITIONS AUX FACTEURS DE RISQUE EN HAUTS-DE-FRANCE

LE TABAC

Une prévalence du tabagisme quotidien supérieure à la moyenne nationale : 30,5% de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans versus 26,9% en moyenne .

Une différence marquée selon le sexe : 34,2% des hommes sont fumeurs quotidiens en région contre 24,2% au niveau national.

Un tabagisme quotidien à 17 ans inférieur au niveau national (23,7 % versus 25,1 %), mais une consommation intensive de tabac plus importante.

L'ALCOOL

Une consommation d'alcool supérieure à la moyenne nationale : 11,5% de consommateurs quotidiens chez les 18-75 ans versus 10% en moyenne.

17,7% des hommes sont des consommateurs quotidiens contre 15,2% au niveau national.

15% consomment 6 verres ou plus au moins une fois par mois.

83,7 % des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie et 14,3 % consomment 6 verres ou plus en une seule occasion au moins 3 fois par mois.

SURPOIDS - OBESITE

Une prévalence de la surcharge pondérale supérieure à la moyenne nationale : un peu plus de la moitié (52,4%) des habitants des Hauts-de-France de 18 ans et plus se trouve en situation de surpoids.

La part d'adultes en surpoids est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (55,5% versus 49,4 %).

Une personne sur cinq (19,9 %) présente une obésité dans la région.

Un cinquième des jeunes de 18-24 ans est en surpoids dans la région.

ALIMENTATION / ACTIVITE PHYSIQUE

Moins d'une personne sur huit ne consomme pas de fruits et/ou de légumes chaque jour.

41,3 % des habitants des Hauts-de-France déclarent consommer des produits sucrés (aliments et/ou boissons) plus d'une fois par jour .

22,6 % des habitants des Hauts-de-France ont l'habitude de consommer quotidiennement des aliments « gras et salés » une fois par jour.

Plus d'un tiers (36,4 %) des personnes interrogées déclare pratiquer une activité sportive.

La pratique d'une activité sportive diminue avec l'âge et de manière plus importante pour les hommes avec des variations allant de 50 % pour les 18-39 ans à 26,6 % pour les 60 ans et plus.

EXPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES ET PROFESSIONNELLES

L'exposition aux produits chimiques, à l'amiante et aux poussières de bois sont les principales causes d'expositions professionnelles liées au cancer en France.

12,8% des salariés des Hauts-de-France sont exposés à au moins un produit cancérigène.

Plus de 1 700 cancers générés par l'exposition professionnelle à des produits chimiques sont reconnus par les régimes général et agricole annuellement en France.

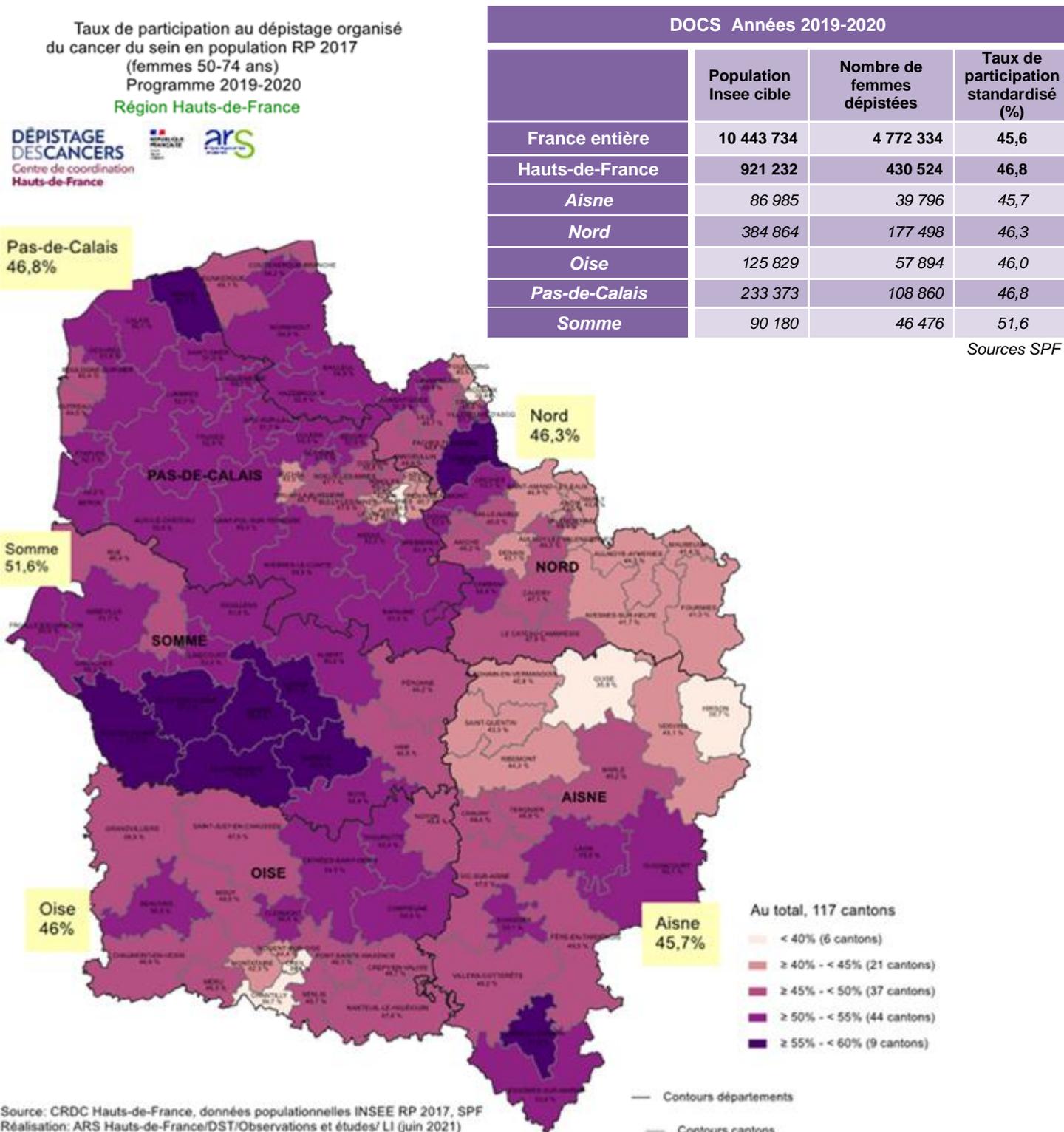
Plus de 250 cancers professionnels sont reconnus par les régimes général et agricole en Hauts-de-France en moyenne au cours des dix dernières années dont 78% sont liés à l'amiante.

Les pathologies liées à l'amiante sont la deuxième maladie professionnelle en Hauts-de-France et sont deux fois plus fréquentes comparativement au niveau national.

4. LES DEPISTAGES DES CANCERS EN REGION

4.1. LE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN

Les taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale : 46,8% de participation en région contre 45,6% au niveau national pour la période 2019-2020¹⁴. Ces taux de participation cachent cependant des disparités départementales et infra-territoriales prononcées avec un différentiel de participation de près de 24 points entre les cantons des Hauts-de-France¹⁵.



¹⁴ Source SPF

¹⁵ A noter que la crise sanitaire a impacté la participation au dépistage organisé avec un recul des taux de participation sur l'année 2020. Sur la période 2018-2019, les taux de participation au DOCS s'élevaient à 49,7% en Région et à 49,2% en moyenne France.

4.2. LE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL

Les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal sont proches de la moyenne nationale : 28,1% de participation en 2019-2020 en région contre 28,9% au niveau national pour la période 2019-2020¹⁶. Des disparités départementales et infra-territoriales sont constatées avec un différentiel de participation s'élevant à près de 16 points entre les cantons des Hauts-de-France¹⁷.

Taux de participation au dépistage organisé
du cancer colorectal en population RP 2017
(hommes + femmes 50-74 ans)
Programme 2019-2020

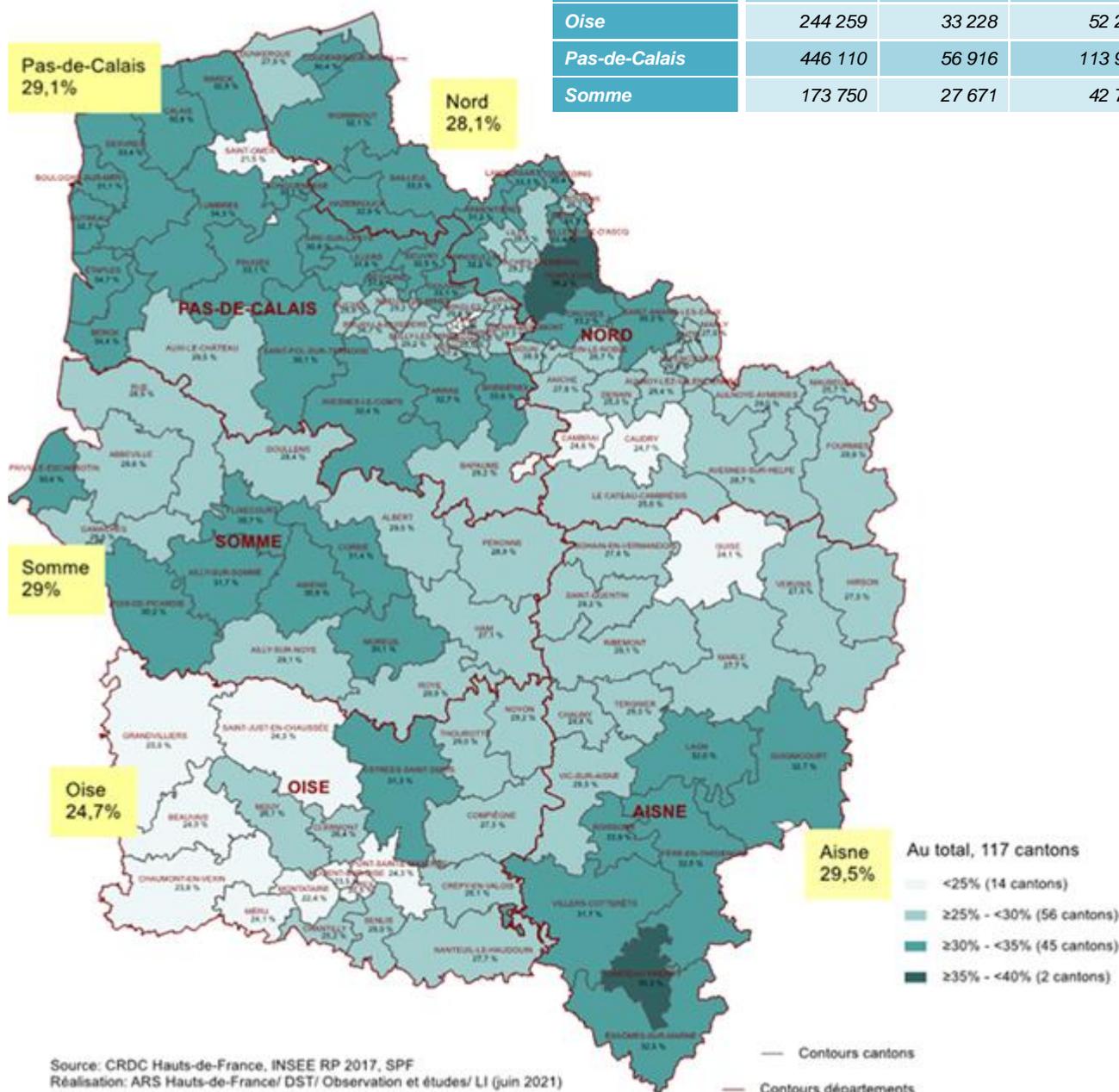
Région Hauts-de-France

DÉPISTAGE
DES CANCERS
Centre de coordination
Hauts-de-France



DOCCR Années 2019-2020				
	Population Insee cible	Nombre de personnes exclues	Nombre de personnes dépistées	Taux de participation standardisé (%)
France entière	20 253 906	2 828 436	5 075 943	28,9
Hauts-de-France	1 761 227	256 942	424 974	28,1
Aisne	168 902	25 120	42 831	29,5
Nord	728 205	114 008	173 227	28,1
Oise	244 259	33 228	52 222	24,7
Pas-de-Calais	446 110	56 916	113 970	29,1
Somme	173 750	27 671	42 724	29,0

Sources SPF



Source: CRDC Hauts-de-France, INSEE RP 2017, SPF
Réalisation: ARS Hauts-de-France/ DST/ Observation et études/ LI (juin 2021)

¹⁶ Source SPF

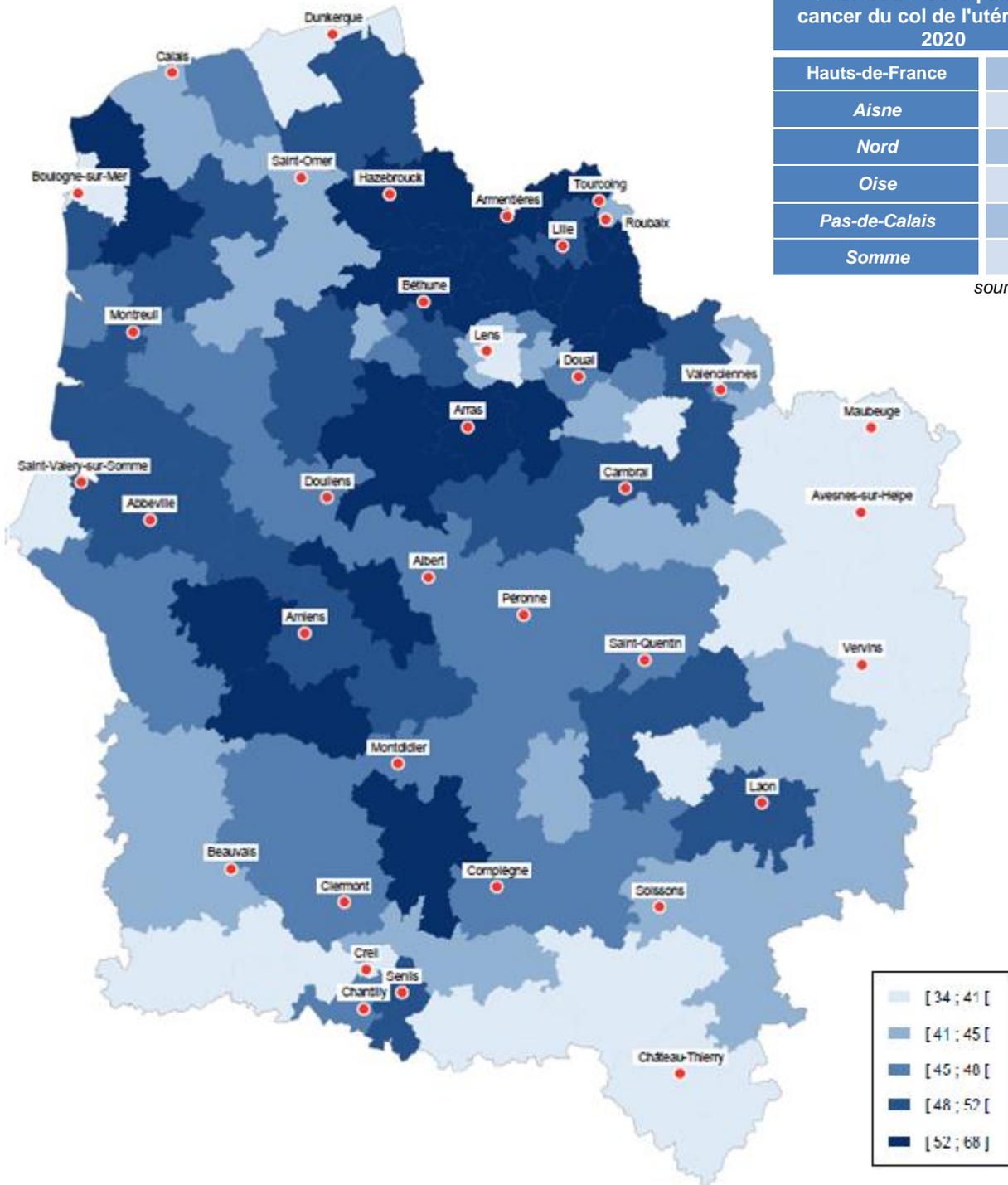
¹⁷ A noter que la crise sanitaire a impacté la participation au dépistage organisé avec un recul des taux de participation sur l'année 2020. Sur la période 2018-2019, les taux de participation au DOCCR s'élevaient à 29,4% en Région et à 30,5% en moyenne France.

4.3. LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus sont légèrement inférieurs à la moyenne nationale mais bien en deçà des objectifs nationaux fixés : 58,2% des femmes de 25-65 ans avaient fait au moins un frottis au cours des trois dernières années sur la période 2018-2020 en Hauts-de-France pour un objectif de santé publique fixé à 80%.

Des disparités départementales et infra-territoriales sont également constatées avec un différentiel de femmes ayant recours au frottis oscillant entre 55,5% et 60,4% selon les départements et entre 44% et 76% selon les cantons.

Part des patientes de 25 à 65 ans ayant réalisé au moins un frottis durant la période 2018-2020



Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus 2018-2020	
Hauts-de-France	58,2%
Aisne	56%
Nord	60,4%
Oise	55,5%
Pas-de-Calais	57,1%
Somme	57,3%

sources Géodes

[34 ; 41 [
[41 ; 45 [
[45 ; 48 [
[48 ; 52 [
[52 ; 68]

0 25 50 km

Source : ARSOS1/ObservatoireS3/Julien/Chivres 2022

Concernant les professionnels réalisant des frottis¹⁸ : 59% des médecins généralistes¹⁹ réalisent des frottis en région, 82% des médecins gynécologues et 79% des sages-femmes. Ces données présentent également des disparités infra-territoriales importantes traduisant des pratiques différenciées.

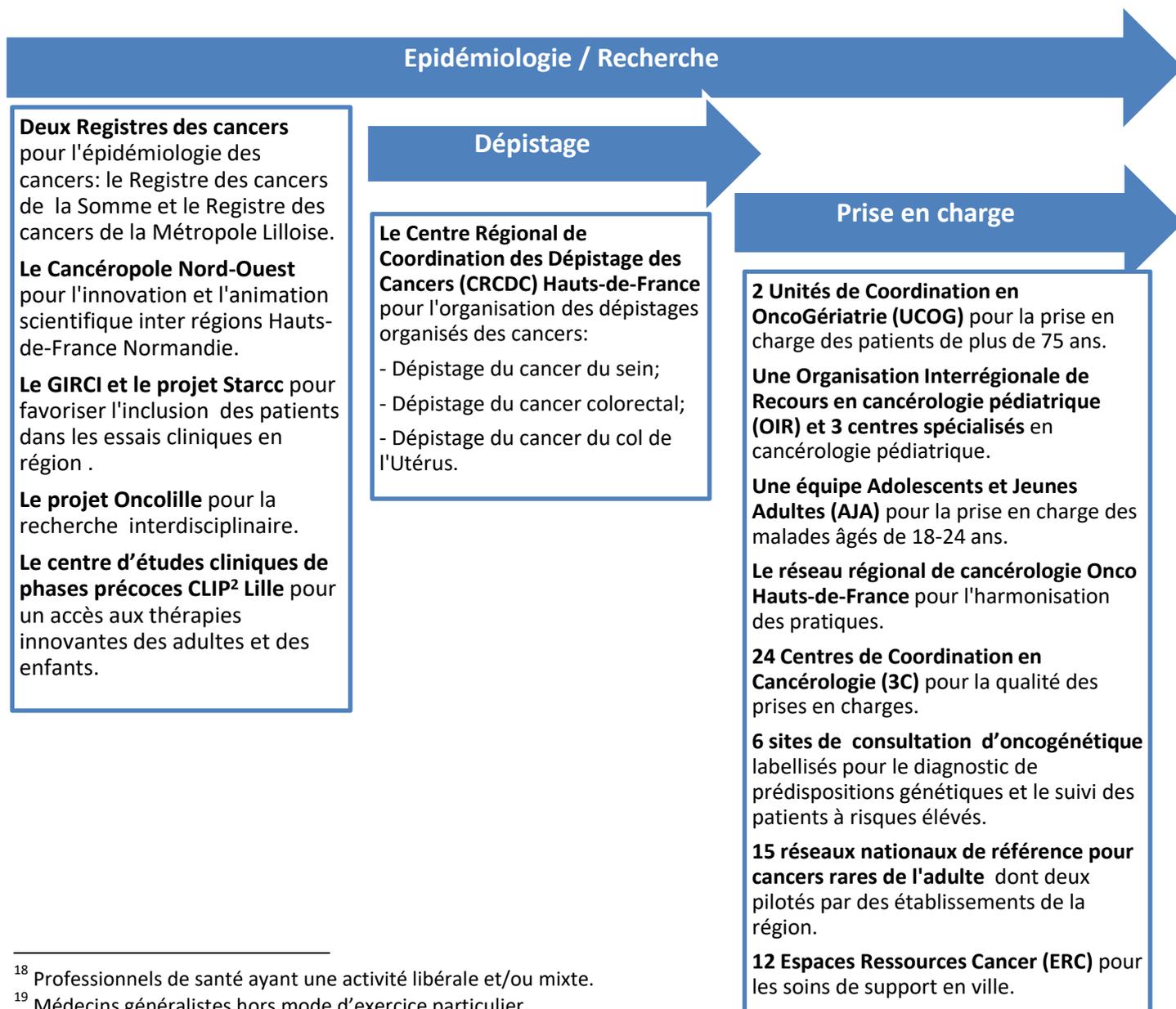
	Part des professionnels réalisant des frottis		
	Médecins généralistes	Médecins gynécologues	Sages-femmes
Hauts-de-France	59%	82%	79%
Variations départementales	50% à 82%	67% à 89%	76% à 81%
Variations cantonales	14 à 100%	33% à 100%	13% à 100%

Vaccination contre le HPV : avec une couverture vaccinale de 34,5% pour les filles de plus de 16 ans en 2019 contre 27,9% au niveau national, les Hauts-de-France font partie des régions ayant le taux de vaccination complète parmi les plus importants¹.

5. ÉTAT DES LIEUX DES RESSOURCES EN REGION

5.1. LE PANORAMA DES ACTEURS DE LA CANCEROLOGIE

De nombreux acteurs sont impliqués dans la lutte contre les cancers. Le panorama des acteurs présenté ci-dessous n'est pas exhaustif mais recense uniquement les structures faisant l'objet d'une labellisation ou répondant à un cahier des charges régional et/ou national.



¹⁸ Professionnels de santé ayant une activité libérale et/ou mixte.

¹⁹ Médecins généralistes hors mode d'exercice particulier.

5.2. L'OFFRE DE SOINS ET LES PRISES EN CHARGE

• La démographie des professionnels de santé

La région a une démographie médicale inférieure à la moyenne nationale particulièrement pour les médecins spécialistes : parmi les régions hexagonales, les Hauts-de-France affichent la densité de médecins spécialistes la plus faible notamment en médecine libérale.

La densité de médecin oncologues médicaux et de radiothérapeutes en région est parmi les plus faibles de France.

	Nombre de professionnels	Densité HDF	Densité France
Oncologue médical	78	1,3	2,0
Radiothérapeute	74	1,2	1,5
Médecin généraliste	8 516	141,8	150,8
Gynécologue médicale ²⁰	179	9,4	10,8
Gynécologue obstétrique	426	22,3	26,0
Sage-femme libérale ²¹	335	17,5	25,9
IDEL	10 152	169,1	182,5
Gastro-entérologue	307	5,1	5,8
Radiologue	719	12,0	13,3
Pharmacien (officine de ville)	2 567	42,8	43,4
Biologiste médicale	211	3,5	4,7
Anatomo-cytopathologiste	101	1,7	2,5

Densité pour 100 000 habitants

La répartition des professionnels en région n'est pas homogène avec un différentiel important entre les zones rurales, qui détiennent l'offre de médecine libérale la moins dense, comparativement aux zones urbaines. Certains territoires sont particulièrement en tension pour certaines spécialités²².

- En oncologie médicale : 78 oncologues médicaux recensés avec une la densité variant de 0 à 3,95 médecins pour 100 000 habitants selon les zones de proximité ;
- En oncologie radiothérapie : 74 radiothérapeutes recensés avec une densité variant de 0 à 4,89 médecins pour 100 000 habitants selon les zones de proximité.

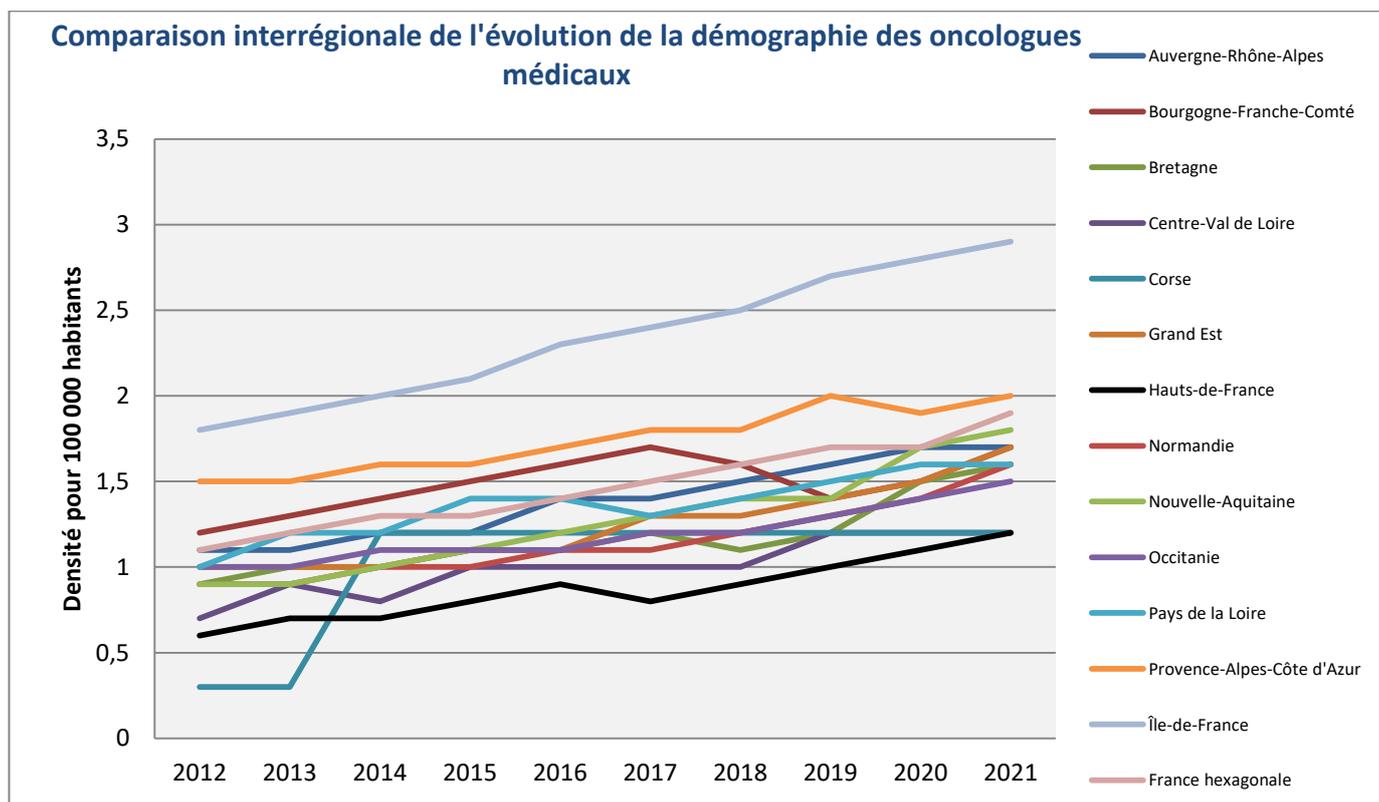
Même si la densité de médecins oncologues et radiothérapeutes tend à augmenter, on constate que les Hauts-de-France restent dans une situation particulièrement défavorable comparativement aux autres régions. L'évolution de la densité des oncologues médicaux au cours des dix dernières années reflète la situation régionale.

Région	Densité de médecins oncologues médicaux pour 100 000 habitants									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Auvergne-Rhône-Alpes	1,1	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7
Bourgogne-Franche-Comté	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,6	1,4	1,5	1,7
Bretagne	0,9	1	1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,5	1,6
Centre-Val de Loire	0,7	0,9	0,8	1	1	1	1	1,2	1,2	1,2
Corse	0,3	0,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Grand Est	1	1	1	1,1	1,1	1,3	1,3	1,4	1,5	1,7
Hauts-de-France	0,6	0,7	0,7	0,8	0,9	0,8	0,9	1	1,1	1,2
Normandie	0,9	0,9	1	1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,6
Nouvelle-Aquitaine	0,9	0,9	1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,7	1,8
Occitanie	1	1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5
Pays de la Loire	1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8	2	1,9	2
Île-de-France	1,8	1,9	2	2,1	2,3	2,4	2,5	2,7	2,8	2,9
France hexagonale	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,9

²⁰ Densité pour densité gynécologues médicaux et obstétriques pour 100000 femmes de 15 à 64 ans

²¹ Densité pour densité sages-femmes et gynécologues pour 100000 femmes de 15 à 64 ans

²² Données RPPS 1^{er} janvier 2021



La région est bien dotée en centres pluridisciplinaires avec un maillage territorial organisé autour de²³ :

- 200 Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) reconnues et 98 centres de santé en région dont 91 polyvalents ;
- 142 cabinets de radiologie participant au dépistage organisés des cancers.

Les Hauts-de-France comptabiliseront également 12 Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) au 01 juillet 2022 pour la coordination des parcours complexes.

• Les équipements d'imagerie médicale

La région a un taux d'équipement en imagerie médicale supérieur à la moyenne nationale.

Equipements d'imagerie médicale en Hauts-de-France en 2021 ²⁴				France
Equipement	Nombre d'autorisation ²⁵	Taux d'équipement million habitants	Délais moyen d'accès en jours ²⁶	Taux d'équipement million habitants
IRM	114	19	30	17
TEP	23	5	14	3
Scanner	132	22	14	NC

On constate toutefois des taux d'équipements différenciés et des délais d'accès variant de 13 jours à 54 jours pour l'IRM, de 4,5 à 22 jours pour le scanner et de 2 à 28 jours pour le TEP selon les départements. Même si les causes sont multiples, les inégalités d'accès aux équipements sont principalement dues à la saturation des équipements et à l'allongement des délais d'accès. La révision du SRS en 2022 a pour objectif de rééquilibrer ces inégalités constatées.

²³ Etat des lieux au 31 janvier 2021

²⁴ Données issues de l'enquête nationale imagerie, DGOS, Extraction ARGHOS 15/10/21

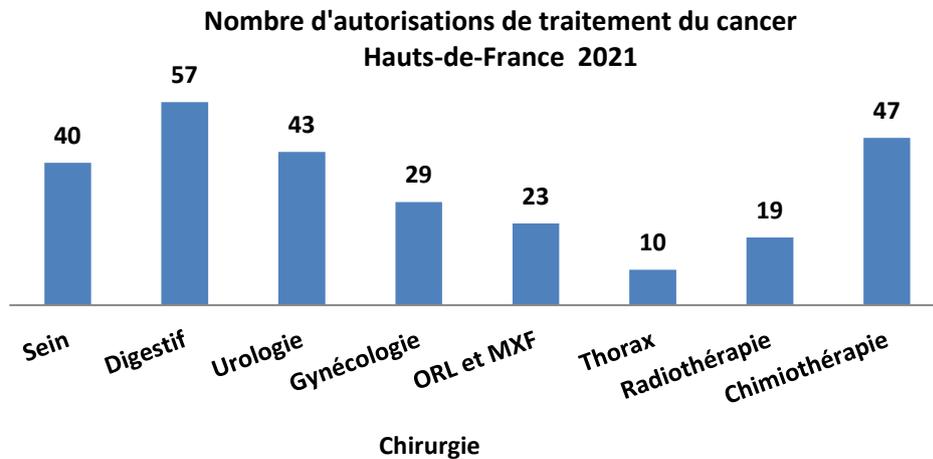
²⁵ La révision du SRS Hauts-de-France 2022 prévoit +22 IRM, +22 scanners et +2 TEP. Ne sont pas encore mis en service au 31/12/2021 : 6 scanners, 5 IRM et 4 TEP.

²⁶ Données déclaratives issues de l'enquête Imagerie réalisée par l'ARS en 2020 sur l'activité 2019

- **L'activité de soins**

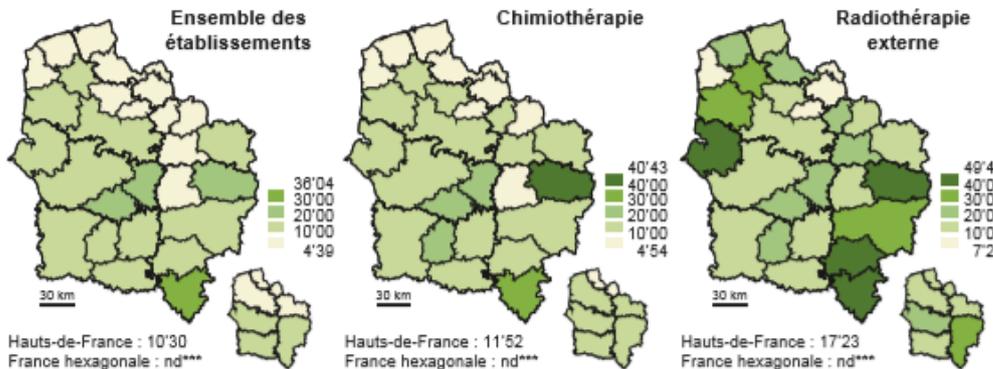
L'offre de soins en cancérologie dans les Hauts-de-France est relativement dense.

- 80 établissements sont autorisés à l'activité de traitement du cancer en Hauts-de-France répartis de la manière suivante :



Globalement les délais d'accès sont inférieurs en région comparativement à la moyenne de la France métropolitaine. Des variations sont toutefois observées selon les territoires et les spécialités : les temps d'accès les plus longs sont observés dans les territoires de l'Aisne.

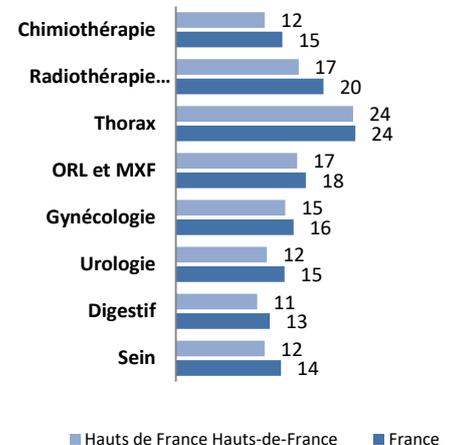
TEMPS D'ACCÈS THÉORIQUE* AUX ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS À TRAITER LES CANCERS AU 31 DÉCEMBRE 2015, SELON LA PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE**



* moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un établissement autorisé à traiter les cancers, pondéré par la population
 ** établissements de santé (publics ou privés), y compris les centres de radiothérapie libéraux
 *** non disponible

Sources : INCa, ARS des Hauts-de-France, Insee - Exploitation OR25

Temps d'accès aux établissements autorisés à l'activité de traitement du cancer (en minutes)



L'activité de soins en cancérologie est également importante en région et se traduit par²⁷ :

- 51 743 patients différents pris en charge annuellement dont 391 en oncopédiatrie ;
- 67 272 hospitalisations avec un diagnostic principal de cancer, soit 3,7% de l'activité hospitalière ;
- 37 533 chirurgie du cancer soit 6,9% de l'activité hospitalière ;
- 252 018 séances et séjours liés à une chimiothérapie ;
- Plus de 90 000 passages en RCP par an ;
- 40% des HAD de la région ont une activité d'administration des chimiothérapies à domicile mais avec une activité faible : 0,8 % des journées en région contre 2,1% en moyenne France ;
- 17 programmes d'ETP en cancérologie et près de 800 patients pris en charge.

²⁷ Données d'activité 2019.

- **Les soins de support**²⁸

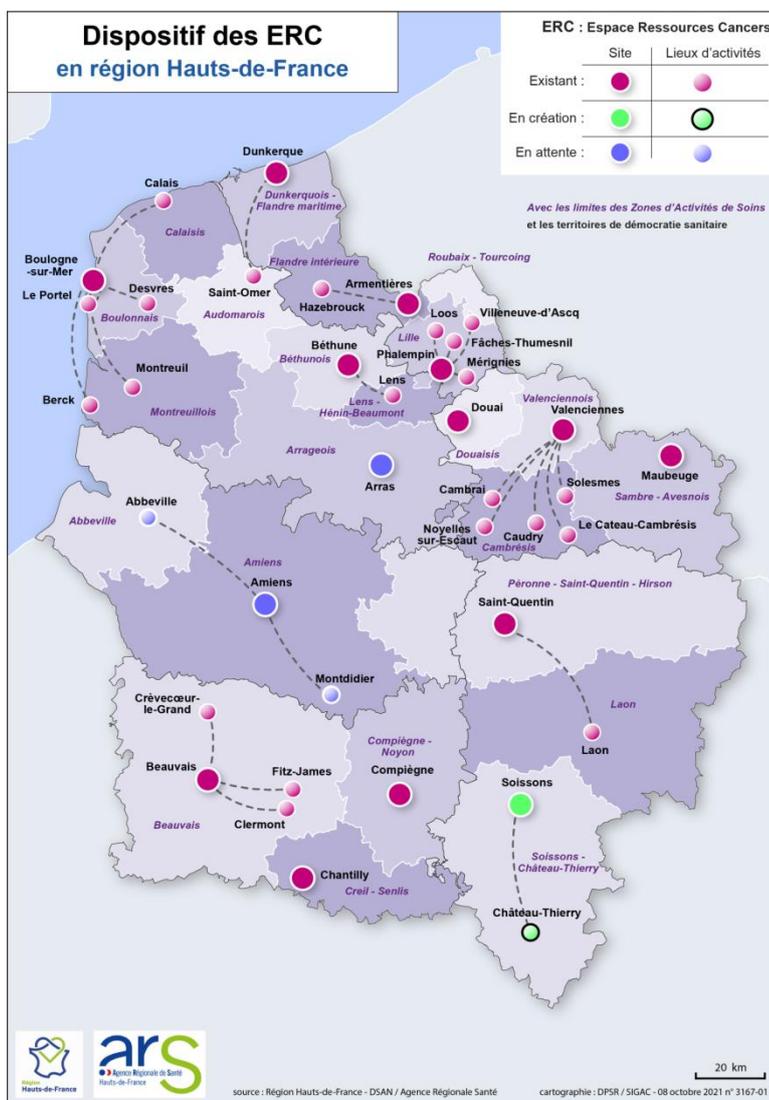
En Hauts de France, 149 structures²⁹, parmi lesquelles 32 associations, proposent des soins oncologiques de support dont :

- Accompagnement psychologique des malades : 106 structures ;
- Prise en charge diététique et nutritionnelle : 85 structures ;
- Aide sociale et administrative : 96 structures ;
- Activité Physique adaptée (APA) : 59 structures ;
- Sevrage tabagique : 34 consultations d'addictologie ;
- Prise en charge de la douleur : 24 sites de consultations douleurs labellisées ;
- Prise en charge des troubles de la sexualité : 8 structures ;
- Préservation de la fertilité pour les patients atteints de cancer : 3 sites de consultations pour la préservation de la fertilité féminine et 2 sites pour la préservation de la fertilité masculine ;
- Prise en charge palliative : 30 Unités de Soins Palliatifs (USP), 32 Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), 2 Equipes Ressources Régionales de Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP), 496 Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) ; 30 HAD³⁰.

En complémentarité de ces structures, des professionnels libéraux interviennent également dans la prise en charge des soins oncologiques de support.

La région bénéficie également de 12 Espaces Ressources Cancer (ERC) qui sont des structures propres aux Hauts-de-France et qui proposent un accompagnement et des soins de support en ville aux malades atteints de cancer et à leurs aidants.

Ils s'adressent en priorité aux patients à la sortie de leur parcours de soins.



²⁸ La DGOS a défini un panier des soins oncologiques de support reposant sur la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, l'accompagnement psycho-social, le suivi nutritionnel, l'activité physique adaptée, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et des aidants, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité ainsi que deux techniques particulières d'analgésie (l'hypnoalgésie, l'analgésie intrathécale).

²⁹ Source : annuaire régional des ressources Réseau régional de cancérologie, mars 2022

³⁰ En Hauts-de-France, la prise en charge palliative est l'activité principale des HAD : en moyenne, 30% des journées sont identifiées mode de prise en charge principal « soins palliatifs ».

6. LE BILAN DES PRECEDENTS PLANS CANCER

6.1. LES PRINCIPALES AVANCEES ET LES INITIATIVES REMARQUABLES

La déclinaison des différents Plans cancer en région et l'inscription d'un objectif visant la réduction des inégalités sociales et territoriales liées aux cancers dans le PRS Hauts-de-France ont permis des avancées et des initiatives pouvant être valorisées autour des 4 ambitions du Plan cancer 3³¹ :

Guérir plus de malades

- Le déploiement du DOCCU en région, un programme de formation en e-learning, une campagne régionale de communication sur le DOCCU
- La démarche d'animation territoriale sur les dépistages des cancers pilotée par l'ARS et l'Assurance Maladie
- Une mobilisation des centres de santé et des MSP sur l'accompagnement aux dépistages organisés des cancers
- Un projet de télé-expertise en dermatologie à l'échelle des Hauts-de-France
- Un projet de recherche appliquée pour étudier les possibilités de repérage des cancers broncho-pulmonaires par une méthode non invasive (PATHACOV) en complémentarité du scanner thoracique
- Le développement des programmes ETP en cancérologie

Investir dans la recherche

- Un répertoire régional des essais cliniques : la plateforme ARCHIMAID
- Le projet STARCC et la mise à disposition d'Attachés de Recherche Clinique (ARC) au sein des établissements autorisés en cancérologie pour accompagner les inclusions dans les essais cliniques
- Une plateforme régionale de séquençage à très haut débit
- La double labellisation du centre d'études cliniques de phases précoces CLIP² Lille en cancérologie adulte et pédiatrique
- Quatre projets article 51 en cancérologie impliquant les établissements des HDF

Préserver la continuité la qualité de vie

- Un annuaire régional des ressources en cancérologie
- Des outils à destination des patients et des professionnels pour accompagner la gestion des effets indésirables des traitements
- Un colloque régional annuel sur les soins oncologiques de support et des journées régionales thématiques
- La régionalisation des ERC et de leurs antennes pour l'accès aux soins de support en proximité
- Le financement de parcours de soins global en oncopédiatrie et pour les AJA
- La reconnaissance d'un observatoire de la fertilité avec un suivi clinique et un volet recherche

Optimiser le pilotage et les organisations

- La création du Réseau régional de cancérologie Onco Hauts-de-France
- La fusion des cinq structures départementales de gestion des dépistages organisés et la création du CRCDC Hauts-de-France
- Une coordination régionale des 3C et la conduite d'audits régionaux de pratique
- La régionalisation et développement des fonctionnalités du DCC
- La mise en place d'un COFIL Dépistage des cancers et d'un COFIL Vaccination

³¹ Le bilan présenté n'est pas exhaustif mais traduit uniquement des actions phares. Ces actions sont présentées en reprenant les quatre ambitions du Plan cancer 3.

6.2. LES ÉLÉMENTS A APPROFONDIR DANS LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS

Malgré des avancées, des difficultés persistent et des axes restent à approfondir. Le bilan des précédents Plans cancer précédents a permis de pointer les axes d'amélioration suivants dans la politique de lutte contre les cancers à mener en région³² :

- La prévention des facteurs de risque, particulièrement la lutte contre le tabac et l'obésité doit être accentuée.
- La réduction des risques environnementaux et professionnels liés aux cancers est un axe peu investi dans les feuilles de route précédentes.
- Les freins à la vaccination HPV et VHB doivent être levés.
- Les inégalités territoriales de participation aux dépistages organisés doivent être réduites.
- L'accès aux dépistages organisés, aux examens de diagnostic et aux soins des personnes en situation de handicap sont des réflexions à engager.
- Les délais d'accès aux examens d'imagerie notamment IRM sont à réduire sur certains territoires notamment par un renfort des équipements.
- Les ruptures de parcours restent à objectiver et à limiter pour certaines filières de prises en charge.
- L'égalité d'accès aux essais cliniques est à consolider sur l'ensemble des territoires.
- L'accompagnement des prises en charge ambulatoires et la coordination ville-hôpital est à structurer.
- L'accès à certains soins de support notamment la préservation de la fertilité, l'onco-sexualité, l'APA, l'hypnoalgésie, l'analgésie intrathécale est à renforcer.
- L'accompagnement des aidants reste à investiguer.
- Le maintien et le retour à l'emploi des malades atteints de cancer est un enjeu à intégrer.

6.3. LES PRIORITES D' ACTIONS DANS LA REGION

Le contexte épidémiologique ainsi que les facteurs de risque en région, les avancées et les manquements dans la mise en œuvre des Plans cancers précédents, permettent de définir des priorités d'actions pour la déclinaison de la stratégie décennale en Hauts-de-France en matière de prévention, de dépistage, de prise en charge et d'accompagnement des malades et de leurs proches.

Quatre enjeux majeurs structurent ces priorités et servent de fil rouge à la déclinaison de la stratégie décennale en Hauts-de-France :

1. Le renforcement de la prévention des facteurs de risque de cancers ;
2. La lutte contre les cancers de mauvais pronostics ;
3. La coordination des parcours sur les territoires ;
4. La réduction des inégalités sociales et territoriales liées au cancer.

³² La crise sanitaire a eu des impacts sur l'accès aux examens de dépistage et de diagnostic avec pour corollaire des diagnostics plus tardifs. La crise sanitaire a également eu un impact sur le parcours de soins des malades avec des situations de renoncements aux soins, des déprogrammations et reports d'actes thérapeutiques mais également des évolutions dans les stratégies thérapeutiques. Enfin, la crise sanitaire a également eu des impacts sur les comportements à risque en région. On notamment été observés un renforcement de la sédentarité et une augmentation des conduites addictives.

De manière transversale, l'ARS en collaboration avec les deux facultés, les CHU et le CLCC, souhaite renforcer la démographie médicale en région particulièrement en tension au regard des besoins de la population avec une double priorité :

- Augmenter le nombre de postes d'internes et de postes hospitalo-universitaire permettant de répondre aux besoins de la région ;
- Construire une politique de fidélisation des internes au sein de la région et des établissements périphériques.

Au regard de l'épidémiologie régionale, quatre cancers sont identifiés comme prioritaires pour la déclinaison des de la feuille de route régionale :

- Le cancer du poumon ;
- Les cancers ORL ;
- Le cancer de l'œsophage ;
- Le cancer du foie.

Les cancers liés à un dépistage organisé feront également l'objet d'une attention particulière :

- Le cancer du sein ;
- Le cancer colorectal ;
- Le cancer du col de l'utérus.

- **PRIORITES RELATIVES A LA PREVENTION DES FACTEURS DE RISQUES**

- Renforcer la politique de lutte contre le tabagisme notamment auprès des adolescents et des jeunes adultes.
- Promouvoir une alimentation favorable à la santé et favoriser l'activité physique et sportive.
- Renforcer la prévention et l'éducation à la santé auprès des populations fragiles.
- Améliorer la vaccination HPV, VHB et le dépistage des hépatites B et C.
- Réduire les expositions environnementales et professionnelles et sensibiliser les acteurs et les usagers sur les risques.

- **PRIORITES RELATIVES AUX DEPISTAGES DES CANCERS**

- Augmenter la participation aux dépistages et réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux dépistages des cancers.
- Faciliter l'accès aux tests et examens de diagnostic et de dépistage des cancers.
- Expérimenter des organisations pour favoriser le repérage précoce et le dépistage des cancers de mauvais pronostics.
- Mettre en place des stratégies d'actions ciblées sur les populations vulnérables de manière prioritaire : les populations socialement défavorisées, les personnes handicapées et les personnes détenues.
- Réduire les délais d'accès aux examens de diagnostic.

- **PRIORITES RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE ET A L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ET DE LEURS AIDANTS**

- Mettre en œuvre les nouveaux décrets d'autorisation relatifs à l'activité de traitement du cancer.
- Structurer des filières de prises en charge sur les territoires pour les cancers de mauvais pronostics de manière prioritaire.
- Organiser des filières de recours pour les cancers rares ou les prises en charge complexes.
- Renforcer l'offre d'ETP en cancérologie.
- Renforcer l'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques et favoriser l'accès aux essais cliniques sur tous les territoires.
- Améliorer la qualité de vie des malades en assurant l'accès à tous les soins de support en proximité pendant et après la maladie.
- Consolider l'offre de soins pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes et les patients âgés.
- Améliorer la coordination ville-hôpital et le suivi des prises en charge ambulatoires.
- Mettre à disposition des systèmes d'information pour la coordination des parcours.

LES ACTIONS

La stratégie décennale de lutte contre les cancers s'inscrit dans la continuité des Plans cancer précédents. Elle s'articule avec les politiques gouvernementales et régionales de manière transversale, notamment :

- Le Programme national nutrition santé (PNNS) ;
- Le Programme National pour l'Alimentation (PNA) ;
- Le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) ;
- Plan national santé environnement (PNSE) ;
- La Stratégie nationale santé sexuelle ;
- Le programme des 1000 jours ;
- Le Plan national de développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes ;
- Le Plan régional de santé au travail (PRST) ;
- Le Plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie ;
- Le Plan régional obésité Hauts-de-France.

La feuille de route régionale s'inscrit par ailleurs en cohérence avec les priorités inscrites dans le PRS2 pour son objectif stratégique relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales liées au cancer.

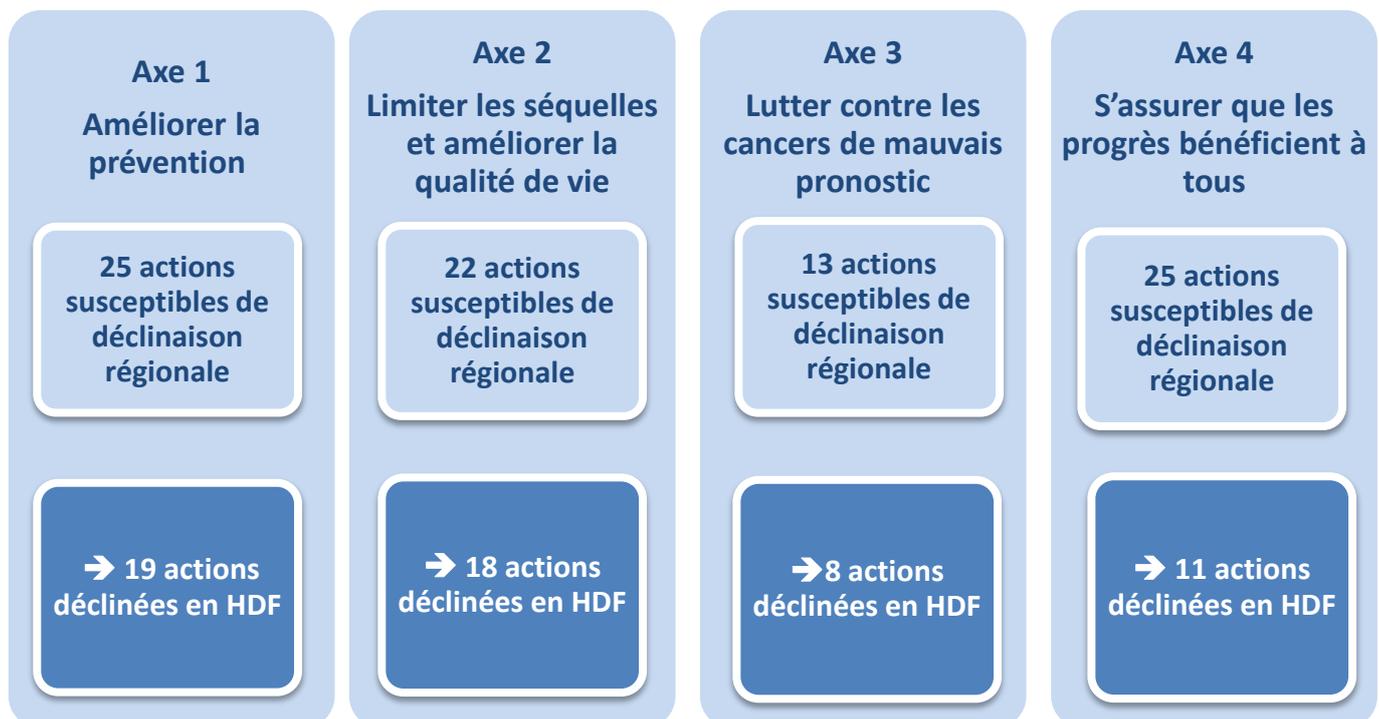
Le plan d'actions de lutte contre les cancers Hauts-de-France ne traduit donc pas l'exhaustivité des actions mises en place en région pour chacune des politiques et des plans d'actions dédiés.

7. LE PLAN D'ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES CANCERS HAUTS-DE-FRANCE

La stratégie décennale de lutte contre les cancers se décline en 234 actions, dont le pilotage est confié aux institutions responsables selon leur champ de compétences. Parmi ces 234 actions, 85 actions sont susceptibles de déclinaison régionale par les ARS.

Au regard du diagnostic régional et des priorités d'actions en région pour la lutte contre les cancers, l'ARS Hauts-de-France a identifié 56 actions qui seront déclinées de manière prioritaire sur la période 2022-2025.

56 actions prioritaires en Hauts de France



7.1. AXE 1 : AMELIORER LA PREVENTION

Fiche action de la stratégie décennale	Actions de la stratégie décennale susceptibles de déclinaison régionale	Descriptif de/des action(s) déployée(s) en région	Pilotes et Partenariats	Avancée
I.2 Prendre ensemble le virage préventif	I.2.1 Engager une stratégie opérationnelle, complète, durable et forte mobilisant tous les leviers, en appui du PNSP			
I.9 Aborder la prévention à l'école de manière pragmatique et cohérente avec les projets de promotion de la santé	I.9.2 Accompagner l'ensemble des acteurs grâce à des dispositifs intégrés	Déployer le parcours éducatif de santé à grande échelle, de la maternelle au lycée dans tous les établissements scolaires d'un territoire	Pilotage ARS Education nationale Partenariat: Mutualité française IRFO Sens du goût, APESAL, Club expert en nutrition alimentation	A renforcer
		Mobiliser le service sanitaire des étudiants en santé pour accompagner le déploiement du parcours éducatif de la maternelle au lycée	Pilotage ARS Comité régional stratégique du service sanitaire en santé Education nationale	En cours
	I.9.3 Développer des interventions impliquant les familles dans les structures de la petite enfance			
	I.9.6 Engager des actions vers le supérieur, notamment sur tabac et alcool			
I.10 Aider nos concitoyens dans leurs efforts quotidiens	I.10.2 Mobiliser les acteurs des secteurs santé, social, médicosocial comme des relais de prévention	Encourager la promotion de l'activité physique et de l'alimentation saine dans le volet prévention des projets de santé des maisons de santé pluridisciplinaires et dans les CPTS	Pilotage : ARS - Assurance maladie Partenariat: URPS	A renforcer
		Accompagner le déploiement du parcours de prévention contre l'obésité infantile (article 77 de la LFSS pour 2022 - ex mission retrouve ton cap) dans les structures d'exercice coordonné	Pilotage : Assurance maladie	En cours
		Assurer la montée en compétences des acteurs via un plan régional de formation pluri-professionnelle autour de la promotion de la santé et de la prévention	Pilotage : ARS Partenariat: URPS	En cours
I.11 Développer une société protectrice de la santé	I.11.2 Accompagner les collectivités à agir notamment par des politiques d'urbanisme adaptées			
	I.11.6 Promouvoir les actions de communication sur l'activité physique			

I.3 Appeler à la mobilisation pour en finir avec le tabac	I.3.2 Etendre les espaces sans tabac et faire respecter l'interdiction de fumer et de vente aux mineurs	Poursuivre et accompagner la démarche Lieu de Santé Sans Tabac (LSST) au sein des établissements sanitaires avec un focus sur les ES autorisés en cancérologie et les services de maternités, des MSP et des établissements médicaux sociaux	Pilotage : ARS Partenariat: Mission d'appui, FHP FEHAP FHP RRC FEMA Fédération Addictions établissements concernés RESPADD	A renforcer
		Déployer les lieux sans tabac: campus sans tabac, entreprises sans tabac, administrations sans tabac, plages et terrasses sans tabac	Pilotage ARS Partenariat : DREETS collectivités territoriales	A initier
	I.3.4 Dénormaliser totalement l'image du tabac	Mettre en œuvre des programmes validés de renforcement des compétences psychosociales hors et en milieu scolaire touchant l'ensemble des tranches d'âges	Pilotage : ARS Partenariats : HDF Addictions ANPAA, fédération addiction	En cours
	I.3.6 Impliquer l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux à l'accompagnement de l'arrêt du tabac	Soutenir des actions locales de prévention promotion de la santé sur la réduction du tabagisme	Pilotage : ARS Partenariat : HDF Addictions	A renforcer
		Poursuivre le déploiement du projet "l'assurance maladie se mobilise contre le tabac"	Pilotage : Assurance maladie	En cours
		Promouvoir le site internet sur le tabac permettant de diffuser des informations et d'assurer une communication entre les acteurs régionaux impliqués dans les actions de prévention: https://www.programme-sante-tabac-hdf.fr/	Pilotage: ARS Partenariat: HDF Addictions	A renforcer
		Soutenir des actions d'accompagnement au repérage et d'aide à l'arrêt du tabac en mobilisant les professionnels du premier recours, les établissements médico-sociaux et les maternités ainsi que les centres d'exams de santé de l'assurance maladie	Pilotage : ARS Partenariat: URPS HDF Addictions ESMS établissements de santé CES CPAM	En cours
		Faire monter en compétence les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux vis-à-vis du tabagisme	Pilotage : ARS Partenariat : URPS HDF Addictions	A renforcer
	I.3.7 Renforcer l'accompagnement des fumeurs en développant la communication et le marketing social	Proposer une campagne de marketing social pluri-mensuelle de lutte contre le tabagisme en complémentarité du Mois sans tabac	Pilotage : ARS Partenariat : HDF Addictions	A initier
		Généraliser un programme de marketing social envers les jeunes sous garantie jeune accompagnés en missions locales	Pilotage : ARS Partenariat : HDF Addictions Assurance maladie	A renforcer
I.4 Réduire les consommations d'alcool à risque	I.4.3 Amplifier les dispositifs de communication et actions de marketing social / le déploiement de cette action devra être conforme au cadre général d'intervention fixé par la DGS dans le cadre du futur Plan national alcool (PNA).	Poursuivre le développement d'actions de communication autour de la journée nationale sur le syndrome d'alcoolisation fœtale	Pilotage : ARS Partenariat : ANPAA	En cours
		Relayer les campagnes de communication de Santé Publique France	Pilotage : ARS Partenariat : SPF	En cours

	I.4.4 Impliquer l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médicosociaux au repérage précoce et à l'intervention brève	Poursuivre l'accompagnement à la mise en œuvre d'actions de prévention promotion de la santé sur la thématique alcool	Pilotage : ARS Partenariat : ANPAA	En cours
		Poursuivre la mise en place d'un parcours de prise en charge de l'intoxication éthylique aiguë des jeunes aux urgences	Pilotage : ARS Partenariat : ANPAA	En cours
		Poursuivre le déploiement du programme addictions-périnatalité	Pilotage : ARS Partenariat : ANPAA	En cours
I.5 Développer une alimentation équilibrée accessible à tous, encourager l'activité physique et diminuer la sédentarité	I.5.5 Rendre accessibles à tous les produits favorables à la santé en proposant des expérimentations / sensibilisation. Le cas échéant, une articulation sera recherchée avec d'autres plans ou déclinaisons régionaux (par exemple le Plan Régional Santé Environnement, la déclinaison du Programme national nutrition santé).	S'appuyer sur le Plan national de développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes pour renforcer les compétences sur le champ du marketing alimentaire	Pilotage : ARS Education nationale Conseils départementaux PMI, DRAJES DRAAF DREETS Partenariat : Assurance maladie	A initier
	I.5.6 Encourager les collectivités à développer des plans et initiatives nutrition et à promouvoir l'activité physique	A l'appui d'un fonds d'intervention régional co-porté par les services de l'Etat, l'ARS, les collectivités territoriales, favoriser l'implication des collectivités territoriales dans une approche globale de l'alimentation et de l'activité physique	Pilotage : Préfecture Partenariat : ARS Conseil régional Collectivités territoriales DRAAF, DRAJES	A initier
		Accompagner les acteurs locaux (élus, CLS) au déploiement d'actions sur l'alimentation et l'activité physique sur leur territoire en assurant leur montée en compétences et la mise à disposition d'outils	Pilotage : ARS Partenariat : DRAAF, DRAJES acteurs locaux, Assurance maladie	En cours
	I.5.7 Promouvoir pour tous et à tous les âges la pratique de l'activité physique et limiter les comportements sédentaires	Accompagner le déploiement des Maisons Sport Santé sur leur territoire en cohérence avec les missions du cahier des charges national	Pilotage ARS DRAJES	En cours
		Déployer le projet intégré « Alimentation, activité physique, lutte contre la sédentarité et santé globale » initialement dédié aux jeunes en missions locales auprès de nouveaux publics ou de milieux de vie	Pilotage : ARS Partenariats : DRAAF, DRAJES CLS collectivités territoriales	A renforcer
		Soutenir des actions locales de promotion de l'alimentation et de l'activité physique auprès des populations vulnérables	Pilotage : ARS Partenariat : CLS fédération des centres sociaux	En cours
		Sensibiliser et outiller les professionnels de santé sur la promotion de l'activité physique, l'évaluation du niveau de sédentarité, les niveaux de limitation et l'aide à la prescription et l'orientation des patients présentant des facteurs de risque et en ALD	Pilotage : ARS Partenariat : URPS	A renforcer
I.6 Prévenir et repérer le risque infectieux	I.6.3 Accompagner les acteurs des secteurs santé social médicosocial grâce à des outils adaptés	Piloter la stratégie régionale de vaccination à l'appui d'un COPIIL réunissant l'ensemble des parties prenantes de la vaccination dont un groupe de travail dédié à la vaccination HPV	Pilotage : ARS - Assurance maladie Partenariat : ensemble des parties prenantes	En cours

			vaccination	
		Développer les compétences des professionnels de 1er recours dans la prévention des risques infectieux au travers d'une approche combinant à la fois la vaccination, les dépistages des cancers et la prévention diversifiée via les services sanitaires des étudiants en santé et un plan régional de formation	Pilotage ARS - Assurance maladie avec l'appui du COPIL régional vaccination centres experts de lutte contre les hépatites et Corevih	A initier
		Développer le label régional "Maison de santé vaccinée" au sein desquelles l'ensemble des professionnels de santé s'engage à promouvoir la vaccination dans tous les actes de prise en charge avec la mise à disposition d'une charge avec boîte à outils dédiée et l'actualisation des carnets de vaccination	Pilotage : ARS - Assurance maladie Partenariat : FEMAS	En cours
		Faciliter l'accès des jeunes de 11-14 ans à la vaccination HPV en incitant les médecins traitants de l'enfant à promouvoir et réaliser la vaccination HPV au même titre que le rappel DTCap dans le cadre de l'examen obligatoire de 11-12 ans et en expérimentant un dispositif intégré de vaccination HPV en milieu scolaire pour les collégiens non vaccinés à 13-14 ans, avec l'appui des professionnels de santé libéraux et/ou des centres de vaccination pour l'acte vaccinal	Groupe de travail vaccination HPV co-piloté ARS - AM issu du COPIL régional vaccination	A initier
		Développer des actions de rattrapage du vaccin HPV chez les jeunes de 15-19 ans dans le cadre de l'examen obligatoire à 16 ans, de la consultation santé sexuelle pour les moins de 26 ans et des prises en charge en CES	Groupe de travail vaccination HPV co-piloté ARS - AM issu du COPIL régional vaccination	A initier
		Expérimenter une consultation vaccinale en complément des séances d'éducation à la santé sexuelle promouvant notamment la vaccination HPV en missions locales	Groupe de travail vaccination HPV co-piloté ARS - AM issu du COPIL régional vaccination	A initier
		Diversifier les modes de dépistage hépatites B et C en poursuivant le déploiement des autorisations TROB VHB-VHC en établissements médico-sociaux et des habilitations TROD VHB-VHC en milieu associatif et en menant une recherche-action sur le dépistage de l'hépatite C en direction des publics souffrant de troubles psychiques, lesquels présentent une prévalence de l'hépatite C plus importante qu'en population générale	Pilotage: ARS Partenariat: l'EPSM de l'agglomération lilloise pour la recherche action	A renforcer
		Déployer le dispositif itinérant de dépistage du VHC à l'appui du Fibroscan dans le cadre du protocole de coopération déléguant la compétence aux IDE	Pilotage : centres experts de lutte contre les hépatites	En cours

		Déployer des consultations d'hépatologie spécialisées hors les murs, notamment dans des structures de proximité (CSAPA, CAARUD, USMP) au bénéfice des publics les plus exposés aux hépatites virales	Pilotage : centres experts de lutte contre les hépatites	A initier
		Etudier les modes de contamination en milieu pénitentiaire et proposer un plan d'actions dédié au milieu pénitentiaire	Pilotage : Corevih	En cours
		Prendre appui sur le Moi(s) sans tabou de promotion de la santé sexuelle pour renforcer les messages de promotion des dépistages et le déploiement d'actions de dépistages VHB-VHC hors les murs tant par les structures de dépistage et de prise en charge (CeGIDD et SSU notamment) que les structures autorisées/habilitées TROD	Pilotage : Corevih Partenariat : Conseil régional	En cours
I.7 Répondre à la préoccupation collective sur l'environnement	I.7.3 Aider les collectivités à intégrer la santé dans l'ensemble de leurs actions	Engager des dynamiques sur l'environnement favorable à la santé dans les territoires par un accompagnement méthodologique, des actions de sensibilisation et de formation des parties prenantes (élus, services techniques, agence d'urbanisme, promoteurs immobiliers etc.)	Pilotage : ARS Partenariats : DREAL, Conseil régional collectivités territoriales agences d'urbanisme CEREMA, ADEME CERDD	A initier
		Caractériser le risque radon sur les territoires avec un potentiel d'exposition 2 ou 3 et accompagner les collectivités et les habitants sur les territoires aux risques avérés	Pilotage: ARS Partenariat : DREAL collectivités territoriales Préfectures ASN Education nationale DREETS IRSN ATMO	A initier
	I.7.4 Mettre en place des actions de prévention permettant de réduire les expositions aux polluants et aux UV en envisageant un plan zéro exposition à l'école			
	I.7.5 Informer les personnes sur les risques, de façon ciblée et accessible, et sur les comportements de précaution possibles	Généraliser sur le territoire régional l'action de prévention contre l'exposition aux perturbateurs endocriniens (Phtalates)	Pilotage: Assurance maladie Partenariat : ARS	A renforcer
		Conduire des actions de sensibilisation sur les risques environnementaux et le risque de cancer auprès du grand public et des malades atteints de cancer	Pilotage: ARS Partenariat : DREAL Ligue contre le cancer Mutualité française APPA	A initier
	Former et outiller les professionnels de la périnatalité et de la santé ainsi que les futurs professionnels (Ecoles de sages-femmes, Facultés de Médecine et de Pharmacie, Ecole de puéricultrices...), sur les expositions aux facteurs cancérigènes et les environnements favorables à la santé dans le cadre du projet "FEES – Femmes Enceintes, Environnement et Santé"	Pilotage: ARS Conseil régional Partenariat: Mutualité française APPA structures de la petite enfance facultés IFSI CPIE URPS	En cours	

		Créer un réseau de référents santé-environnement au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux	Pilotage: ARS Partenariat : établissements de santé Etablissements médicaux-sociaux	En cours
		Accompagner les établissements de santé et les établissements médico-sociaux pour une meilleure prise en compte de leur impact santé environnementale	Pilotage: ARS Partenariat : établissements de santé établissements médicaux-sociaux	En cours
		Mener des actions de sensibilisation sur les risques UV sur les sites de baignade	Pilotage : ARS Partenariat : DREAL Conseil régional	A initier
		Sensibiliser les particuliers sur les risques liés à l'amiante	Pilotage : ARS Partenariats : DREETS DREAL	A initier
		Mettre en place des filières de traitement et d'élimination des déchets liés à l'amiante sur les territoires	Pilotage: Conseil régional Partenariat : ARS DREETS DREAL collectivités territoriales	A initier
		Renforcer les actions d'information/contrôle des entreprises du bâtiment, des établissements de santé et médico-sociaux sur la mise en conformité de la réglementation relative à l'amiante	Pilotage ARS DREETS Partenariat : DREAL branches professionnelles	A renforcer
		Informier et sensibiliser les acteurs de l'entreprise sur les risques chimiques et les moyens de prévention et de protection adéquats	Pilotage: DREETS Partenariat : ARS DREAL, CARSAT branches professionnelles SPST	A initier
		Faire monter en compétence les acteurs de la prévention, notamment les SPST, sur certains risques (amiante, silice) pour permettre un accompagnement des entreprises	Pilotage: DREETS Partenariat : ARS, DREAL CARSAT branches professionnelles SPST	A initier
1.8 Mieux reconnaître les expositions professionnelles pour mieux prévenir les cancers professionnels	1.8.3 Accompagner les acteurs des secteurs santé, social, médicosocial par l'information et la formation	Développer les collaborations entre les centres experts en cancérologie et le Centre Régional des Pathologies Professionnelles et Environnementales (CRPPE) afin d'identifier et de prévenir les cancers professionnels	Pilotage: ARS Partenariat : CRPPE COL CHUL CHUA	A initier
		Renforcer le rôle d'appui du Centre Régional des Pathologies Professionnelles et Environnementales (CRPPE) pour l'accompagnement à la reconnaissance des cancers professionnels	Pilotage: ARS Partenariat : DREETS CRPPE SPST	A renforcer
	1.8.5 Améliorer la prévention en matière d'exposition aux rayonnements ultraviolets	Accompagner les ESAT dans la prévention des risques UV	Pilotage: ARS Partenariats : ESMS	A initier
I.12 Améliorer l'accès aux dépistages	I.12.1 Développer des approches proposant un dépistage après une intervention de prévention ou de soins non programmés	Proposer aux MSP et aux CPTS d'inscrire la promotion des dépistages des cancers dans le projet de santé et à développer des parcours facilités en lien avec les cabinets de radiologie, les effecteurs de frottis en particulier	Pilotage : ARS Assurance Maladie Partenariat: FEMAS URPS CRCDC	A initier

		Mettre à disposition un référentiel des actions de promotion des dépistages et des critères d'efficacité correspondants auprès des MSP et des CPTS	Pilotage: ARS Assurance Maladie Partenariat: FEMAS URPS CRCDC	En cours
		Apporter un soutien méthodologique pour la mise en place d'actions sur les dépistages organisés au sein des MSP, des centres de santé et des CPTS	Pilotage: ARS Assurance Maladie Partenariat: FEMAS URPS Centres de santé CRCDC	En cours
		Diffuser les bonnes pratiques relatives aux dépistages organisés auprès des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes) via différents canaux (DAM, courriers d'information ...)	Pilotage : Assurance maladie Partenariat : ARS CRCDC	En cours
I.12.3 Simplifier l'accès au dépistage (développer des approches de type « aller vers »)	Déployer les nouvelles modalités d'accès au dépistage organisé du cancer du cancer colorectal prévues au cahier des charges national	Pilotage : CRCDC Partenariat: ARS Assurance Maladie URPS	A renforcer	
	Expérimenter des stratégies d'invitation et de relances différenciées pour les dépistages organisés des cancers	Pilotage : ARS Assurance Maladie Partenariat: CRCDC	A initier	
	Renforcer la littératie en santé dans les actions de sensibilisation aux dépistages organisés des cancers	Pilotage : ARS Assurance Maladie Partenariat: CRCDC	A initier	
	Proposer des consultations avancées délocalisées pour le dépistage du cancer du cancer du col de l'utérus sur les territoires en tension	Pilotage : ARS Assurance maladie Partenariat : CRCDC, URPS centres de santé	A initier	
	Accompagner le déploiement du protocole de coopération pour la réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage du cancer du col de l'utérus par les infirmières des centres de santé	Pilotage : ARS Assurance maladie Partenariat : URPS, centres de santé CRCDC	A initier	
	Elaborer un protocole régional de coopération délégrant l'acte de frottis au pharmacien biologiste	Pilotage ARS Assurance maladie Partenariat: URPS CRCDC	A initier	
	Diversifier les lieux de prises en charge en incitant les médecins généralistes, les sages-femmes et les médecins biologistes à réaliser des frottis de suivi	Pilotage: ARS Assurance maladie Partenariat: URPS CRCDC	En cours	
	Recenser l'offre en colposcopistes et créer un DIU de coloscopie pour renforcer la formation des professionnels	Pilotage : CHUL CRCDC Partenariat : ARS, Assurance Maladie URPS CHUA COL CRCDC	A initier	
	Soutenir des actions d'accompagnement vers les dépistages organisés des cancers sur les territoires	Pilotage : ARS Assurance maladie CRCDC	A renforcer	

		Développer des actions de sensibilisation aux dépistages organisés des cancers auprès des populations en situation de vulnérabilité sociale	Pilotage : ARS Assurance maladie CRCDC partenariat: Fédération des centres sociaux AREFIE Ligue contre le cancer	En cours
		Expérimenter des actions pour l'accompagnement vers les dépistages organisés des populations détenues	Pilotage: ARS Assurance maladie CRCDC Partenariat: USMP UHSI comité du Nord de la Ligue contre le cancer	A initier
		Expérimenter des actions pour l'accompagnement vers les dépistages organisés des populations en situation de handicap	Pilotage ARS Assurance maladie CRCDC Partenariat: MDPH, organismes gestionnaires représentants des usagers	A initier
		Créer un réseau de personnes relais formées sur l'ensemble de la région	Pilotage ARS Assurance maladie CRCDC Partenariat: Mutualité française Sauvegarde du Nord ISL Ligue contre le cancer	En cours
		Proposer des campagnes de communication ciblée	Pilotage : ARS Assurance maladie CRCDC	A renforcer
	I.12.4 Envisager des partenariats pour réaliser des opérations de sensibilisation	Soutenir et accompagner la mise en place d'une animation territoriale autour des dépistages organisés sur les territoires	Pilotage : ARS Assurance maladie CRCDC Partenariat : MSP CPTS, collectivités territoriales, acteurs sociaux professionnels de santé	En cours
		Créer une boîte à outils à disposition de l'ensemble des acteurs impliqués dans le dépistage des cancers (SharePoint, cartographie de territoire, actions probantes)	Pilotage ARS Assurance maladie CRCDC	En cours
		Inscrire la prévention primaire, secondaire et tertiaire des cancers dans la formation des étudiants en médecine et en pharmacie, les étudiants sages-femmes, les étudiants en Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale	Pilotage : Facultés Partenariat: ARS Instituts de formation CRCDC, Assurance maladie	A initier
		Formaliser un partenariat avec les comités départementaux de la Ligue contre le cancer	Pilotage: ARS Partenariat : Comités départementaux de la Ligue contre le cancer	A initier

		Identifier des professionnels référents au sein des CPTS pour décliner le projet médical sur les dépistages des cancers	Pilotage : ARS Partenariat: Assurance Maladie URPS CRCDC	A initier
		S'appuyer sur les CLS comme un levier pour mettre en place une dynamique territoriale	Pilotage : ARS Partenariat : collectivités territoriales	A initier
		Organiser une rencontre annuelle "Grands partenaires" regroupant les acteurs impliqués dans les dépistages organisés des cancers	Pilotage ARS Assurance maladie Partenariat : CRCDC MSA URPS Fédérations Ligue contre le cancer Mutualité Sauvegarde URPS CD	A initier

7.2. AXE 2 : LIMITER LES SEQUELLES ET AMELIORER LA QUALITE DE VIE

Fiche action de la stratégie décennale	Actions de la stratégie décennale susceptibles de déclinaison régionale	Descriptif de/des action(s) déployée(s) en région	Pilotes et Partenariats	Avancée
II.3 Faciliter l'accès des personnes aux innovations diagnostiques et thérapeutiques	II.3.3 Rendre la médecine de précision accessible à tous et aider au consentement éclairé			
	II.3.4 Encourager l'innovation en diagnostic et en thérapies médicales notamment ciblées, radiothérapie, chirurgie, RI	Réviser le SRS pour intégrer la réforme des autorisations d'activité de soins de traitement du cancer et mettre en œuvre les nouvelles autorisations	Pilotage : ARS Partenariat : RRC Fédérations hospitalières CHUA CHUL COL	A initier
		Généraliser l'accès aux RCP moléculaires	Pilotage : COL CHUA CHUL Partenariat : ARS RRC établissements autorisés 3C	A initier
		Formaliser l'accès aux plateformes de biologie moléculaire pour les établissements autorisés	Pilotage : COL CHUA CHUL Partenariat : ARS RRC établissements autorisés 3C	A initier
		Mettre en place une étude de screening moléculaire afin de permettre à un plus grand nombre de patients d'obtenir leur profil moléculaire et de leur donner accès à des traitements de précision	Pilotage : CHUL Partenariat : ARS CHUA COL RRC établissements autorisés	A initier
		Communiquer sur les indications des MTI et favoriser l'accès aux RCP de recours d'organes disposant d'un accès aux MTI	Pilotage : COL CHUA CHUL Partenariat : ARS RRC établissements autorisés 3C	A initier

		Renforcer les consultations d'oncogénétique en HDF notamment via les téléconsultations	Pilotage : ARS Partenariat: CHUA CHUL COL établissements autorisés	A renforcer
		Etendre le réseau Proche et proposer des outils de suivis régionaux des patients à risques très élevés sur la base des recommandations nationales	Pilotage COL CHUL CHUA Partenariat: ARS RRC	A renforcer
		Structurer au niveau régional les procédures d'accès aux médicaments en autorisation d'accès compassionnel ou précoce	Pilotage : COL CHUA CHUL Partenariat : ARS RRC établissements autorisés 3C	A initier
		Organiser la numérisation et le partage des images pour les examens d'anatomopathologie	Pilotage : CHUL COL CHUA Partenariat : ARS, Conseil régional, RRC, URPS, établissements de santé	A initier
		Valoriser l'expérimentation Article 51 sur la connaissance de l'utilisation et de la prise en charge des médicaments onéreux administrés par les établissements de santé	Pilotage : COL Partenariat : ARS OMEDIT RRC	En cours
		Réviser la modélisation des financements FIR en cancérologie pour valoriser les activités de recours	Pilotage : ARS	A initier
		Rendre accessible l'adressage au CLIP ² dès la RCP via le DCC	Pilotage : COL CHUA CHUL Partenariat : ARS RRC établissements autorisés 3C	A renforcer
		Structurer l'accès à la CHIP en région	Pilotage : COL CHUA CHUL Partenariat : ARS, RRC, établissements autorisés	A initier
		Déployer sur la région le réseau IMMUNOTOX par l'accès aux RCP, la diffusion des outils, la formation et l'identification de référents sur les territoires pour la gestion de la toxicité de l'immunothérapie	Pilotage : COL CHUL Partenariat : ARS CHUA RRC établissements autorisés 3C	A renforcer
		Etudier la faisabilité de s'inscrire dans la stratégie de biothérapie et bio production en développant la production académique de CART-Cells	Pilotage : CHUL CHUA partenariat : ARS Conseil régional CHU Rouen	En cours
		Obtenir une labellisation SIRIC 2022 pour renforcer la recherche translationnelle	Pilotage : Oncolille Partenariat : ARS COL CHUL CHUA	En cours
	II.3.5 Accompagner les professionnels de santé par une diffusion plus efficace des stratégies thérapeutiques innovantes	Etendre le projet STARCC à l'ensemble des établissements autorisés en cancérologie	Pilotage : GIRCI Partenariat: ARS RRC établissements autorisés 3C	A renforcer
		Intégrer l'annuaire des essais cliniques Archimaid dans le DCC pour favoriser l'orientation des patients vers les essais cliniques ouverts	Pilotage : GIRCI RRC Partenariat: ARS établissements autorisés 3C	En cours

		Sensibiliser les IDE à la recherche clinique pour améliorer la prise en charge des patients inclus dans des essais thérapeutiques	Pilotage : CHUL CHA COL Partenariat : GIRCI RRC établissements autorisés	A initier
		Poursuivre le projet CRONOR pour l'amélioration et l'harmonisation des pratiques en radiothérapie	Pilotage : RRC Partenariat : ARS établissements autorisés	En cours
		Diffuser les pratiques de radiothérapie hypo fractionnée validées (sein, prostate, rectum...)	Pilotage : COL Partenariat : ARS RRC 3C établissements autorisés	A renforcer
		Pérenniser et rendre systématique la participation des établissements aux audits régionaux de pratiques sur les mesures transversales de qualité	Pilotage : ARS RRC Partenariat : 3C établissements autorisés	En cours
		Organiser des journées régionales sur les innovations thérapeutiques	Pilotage : RRC Partenariat : ARS CHUA CHUL COL établissements autorisés Cancéropôle URPS	A initier
		Organiser des journées régionales de radiothérapie	Pilotage : COL Partenariat: ARS établissements autorisés	En cours
II.4 Proposer un programme national de pertinence et de désescalade thérapeutique	II.4.7 Proposer chaque fois que c'est possible aux patients la possibilité de soins ambulatoires, au domicile le cas échéant	Engager une démarche régionale de benchmarking auprès des établissements sur la chirurgie ambulatoire dans le cadre du PAPRAPS	Pilotage : ARS Partenariat: établissements autorisés	A initier
		Reconnaitre les HAD en tant qu'établissements associés pour les chimiothérapies injectables et orales nécessitant une surveillance continue	Pilotage : ARS Partenariat : FNEHAD établissements autorisés	A initier
		Elaborer un programme de formation "Administration et suivi des chimiothérapies à domicile" pour les IDE	Pilotage : RRC Partenariat: FNEHAD URPS OMEDIT	En cours
		Améliorer la connaissance de la chimiothérapie en HAD auprès des médecins prescripteurs	Pilotage : RRC Partenariat: ARS FNEHAD 3C établissements autorisés	A initier
		Organiser une journée annuelle ville-hôpital à destination des professionnels de santé	Pilotage : RRC Partenariat: ARS URPS FNEHAD établissements autorisés	En cours
II.5 Assurer l'accès rapide à une offre de réhabilitation	II.5.1 Organiser un circuit d'accès à la reconstruction	Identifier les établissements ayant une activité de reconstruction en région par spécialité	Pilotage : RRC Partenariat : ARS établissements autorisés 3C	A initier

fonctionnelle et de reconstruction post traitement	II.5.3 Evaluer l'activité de reconstruction dans toutes ses dimensions (délais, causes de non-recours...)	Evaluer les délais et le reste à charge liés à l'activité de reconstruction et mettre en place des mesures correctives le cas échéant	Pilotage : ARS Partenariat : RRC établissements autorisés 3C	A initier
	II.5.5 Renforcer l'information et l'accompagnement psychologique et social des personnes	Renforcer la place des ERC sur l'accompagnement psychologique et social	Pilotage : ARS Conseil régional Partenariat : ERC	En cours
		Créer un réseau entre les assistants sociaux et les acteurs de soins	Pilotage : RRC Partenariat: ARS établissements autorisés 3C URPS collectivités territoriales	A initier
II.6 Garantir la qualité, l'accessibilité et l'évolutivité de l'offre de soins de support	II.6.2 Accompagner les professionnels par des formations et outils d'aide à la pratique, notamment d'évaluation du besoin	Mettre à disposition des outils régionaux informatisés d'évaluation des besoins en soins oncologique de support	Pilotage : RRC Partenariat: ARS établissements autorisés 3C ERC	En cours
		Consolider le dispositif d'annonce en recensant les IDE formés et les ressources nécessaires à la mise en œuvre des consultations d'annonce soignante	Pilotage : RRC ARS Partenariat: établissements autorisés 3C	A initier
		Renforcer l'appui de l'observatoire de la fertilité pour le suivi clinique des patientes et la recherche sur la préservation de la fertilité en région	Pilotage : CHUL ARS Partenariat : RRC établissements autorisés centres expert	A renforcer
		Proposer un programme de formation et des outils auprès des acteurs de terrain et des professionnels pour accompagner les malades au sevrage tabagique	Pilotage: ARS Partenariat : HDF addictions, RRC ERC Ligue contre le cancer établissements autorisés	En cours
		Mettre en place une formation oncodiet et créer un réseau de professionnels formés sur les territoires	Pilotage : RRC SFNCM Partenariat : ARS diététiciens établissements autorisés URPS ERC	A initier
		Identifier et former des référents oncosexualité sur les territoires	Pilotage : RRC Partenariat : ARS facultés établissements autorisés URPSERC	A initier
		Pérenniser la journée régionale annuelle sur les soins oncologiques de support	Pilotage : RRC Partenariat : établissements autorisés URPS ERC associations de patients	En cours

II.6.5 Assurer aux personnes une information éclairée sur les soins de support	Compléter l'annuaire des ressources en cancérologie au regard des recommandations nationales et des structures labellisées en région	Pilotage : RRC Partenariat : ARS établissements autorisés, URPS ERC associations de patients	A renforcer
	Identifier et relayer l'offre d'accompagnement des associations de patients en région	Pilotage : RRC Partenariat : ARS associations de patients établissements autorisés URPS ERC	A renforcer
	Renforcer la communication sur la préservation de la fertilité auprès des patients	Pilotage: RRC Partenariat: ARS, Centre experts, COL CHUA CHUL établissements de santé autorisés association de patients	A renforcer
	Déployer une plateforme digitale de promotion et de référencement grand public de l'offre APA en région : "Quel sport docteur ?"	Pilotage: ARS Partenariat : DRAJES RRC	En cours
II.6.6 Encourager une offre de soins de support en proximité	Développer les Espaces Ressources Cancers et des antennes sur les territoires non couverts	Pilotage : ARS Conseil régional Partenariat : ERC collectivités territoriales MSP	En cours
	Recenser l'offre en soins oncologiques de support au sein des établissements autorisés et rééquilibrer les financements dédiés	Pilotage : ARS Partenariat : RRC 3C établissements autorisés	A initier
	Proposer une offre de soins APA pour les patients atteints de cancer dans les Maisons Sport Santé labellisées	Pilotage: ARS Partenariat : DRAJES MSS ERC établissements autorisés	En cours
	Evaluer la prise en charge des troubles de la sexualité pendant et après les traitements	Pilotage : RRC Partenariat : 3C RRC établissements autorisés	A initier
	Rendre systématique l'avis sur la préservation de la fertilité dans l'évaluation des besoins en SOS et la validation de l'indication en RCP	Pilotage: RRC Partenariat: ARS centres experts COL CHUA CHUL établissements de santé autorisés	A renforcer
	Renforcer et faire connaître l'offre d'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer dans le cadre de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac (LSST)	Pilotage: ARS Partenariat : HDF addictions RRC 3C établissements autorisés	A renforcer

		Accompagner le projet Article 51 "Activité physique adaptée connectée" et le PHRC "e-Mouvoir" pour évaluer l'impact d'un accompagnement personnalisé et à distance pour l'activité physique et sportive auprès de patients	Pilotage : Pôle Lille Métropole Ramsay Santé COL	En cours
II.7 Prévenir, dépister, traiter les séquelles liées à la maladie ou au traitement	II.7.1 Expérimenter un dispositif pluridisciplinaire et intégré de dépistage et de traitement des séquelles			
	II.7.2 Structurer et faire connaître l'offre existante de prise en charge des séquelles	Accompagner des programmes de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) en cancérologie	Pilotage : ARS Partenariat : établissements autorisés	A initier
		Objectiver les besoins en Soins Médicaux de Réadaptation SMR en oncologie médicale et en oncohématologie en vue de la révision du SRS	Pilotage: ARS Partenariat : établissements de santé RRC	A initier
	II.7.5 Former les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, de ville et hospitaliers	Mettre en place des formations/sensibilisations régionales sur les séquelles et leurs prises en charge ouvertes à l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours de soins	Pilotage: Facultés Partenariat : ARS RRC, établissements autorisés URPS	A initier
		Développer les CREX en radiothérapie et/ou RMM pour les traitements systémiques du cancer	Pilotage: RRC Partenariat établissements autorisés 3C	A renforcer
	II.7.6 Améliorer l'information des patients aux temps forts du parcours et développer des programmes d'éducation thérapeutique	Proposer et diffuser des fiches conseils sur les séquelles liées aux traitements et les effets indésirables des anticancéreux	Pilotage: RRC Partenariat: établissements autorisés URPS OMEDIT	En cours
Développer les programmes d'ETP en cancérologie intégrant la gestion des effets indésirables des traitements et les risques de récurrence		Pilotage : ARS Partenariat : établissements autorisés URPS	A initier	
II.8 Rompre l'isolement des personnes	II.8.1 Accompagner les professionnels de ville sur la chimiothérapie orale afin qu'ils apportent informations et conseils aux patients	Faire un état des lieux du parcours patients sous chimiothérapie orale	Pilotage : ARS Partenariat : OMEDIT	En cours
		Accompagner les pharmaciens d'officine à l'entretien pharmaceutique par la mise en place d'un programme de formation et d'outils sur les conduites à tenir	Pilotage : URPS Pharmaciens Partenariat : ARS facultés, COL CHUA CHUL RRC	En cours
II.9 Mettre en place un suivi personnalisé et gradué entre la ville et l'hôpital	II.9.1 Mettre en place une gradation du suivi ville / hôpital des patients, s'inscrivant dans une ambition nationale « coordination »	Accompagner le projet Article 51 relatif à l'expérimentation de suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux pour son déploiement en région	Pilotage COL Partenariat : ARS URPS	En cours
		Expérimenter le financement au parcours en cancérologie dans le cadre de l'Article 51	Pilotage ARS Partenariat: COL CHUA CHUL établissements autorisés URPS	A initier
		Assurer la montée en charge des DAC sur la coordination des parcours complexes	Pilotage : ARS Partenariat: DAC URPS établissements autorisés RRC	A initier

		Accompagner et évaluer la création de postes d'IPA en cancérologie	Pilotage: ARS Facultés Partenariat: établissements autorisés URPS RRC	A renforcer
	II.9.3 Proposer des recommandations et des actions de formation innovantes et communes à l'ensemble des professionnels			
	II.9.4 Améliorer l'accès à certains professionnels de santé le cas échéant par téléconsultation, impliquant les complémentaires santé			
II.10 Soutenir les aidants pour préserver leur santé et leur qualité de vie	II.10.3 Offrir aux aidants un soutien, en termes psychologiques, de lieux de répit, d'information	Ouvrir les ERC à l'accompagnement des aidants	Pilotage : ARS Conseil régional Partenariat : ERC	A renforcer
		Recenser et communiquer sur les dispositifs d'accompagnement et de soutien des aidants	Pilotage : RRC Partenariat : ERC, Ligue contre le cancer, associations de patients	A initier
		Proposer une formation régionale à destination des aidants	Pilotage : Facultés Partenariat : ARS RRC COL CHUA CHUL établissements autorisés Ligue contre le cancer associations de patients	A initier
II.11 Assurer une information utile et simplifier les démarches pour faciliter les parcours	II.11.1 Former les professionnels des secteurs santé, social, médicosocial à l'approche relationnelle avec ces patients	Développer les formations/sensibilisation sur le dispositif d'annonce et l'annonce de mauvaises nouvelles à destination de l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours de soins	Pilotage: RRC COL Partenariat : ARS facultés CHUL CHUA établissements de santé autorisés URPS	A initier
II.12 Etendre le bénéfice du droit à l'oubli	II.12.4 Informer de façon adaptée les personnes sur le droit à l'oubli, au plus tôt dans le parcours	Communiquer sur les services de la plateforme téléphonique nationale d'aide et de conseil à l'emprunt AIDEA	Pilotage : Ligue contre le cancer Partenariat : ARS RRC ERC	A renforcer
II.13 Faire du maintien dans l'emploi un objectif du	II.13.1 Sensibiliser les professionnels de santé au bénéfice du maintien d'une activité professionnelle adaptée pendant et après	Sensibiliser les acteurs des entreprises et la médecine du travail aux impacts du cancer sur la vie professionnelle et à l'accompagnement au maintien et au retour dans l'emploi	Pilotage : DREETS Partenariat: ARS ARACT SPST Ligue contre le cancer RRC	A renforcer

parcours		Evaluer les possibilités de régionalisation du programme Interreg "I know How" pour l'accompagnement professionnel des employés atteints de cancer	Pilotage: COL Partenariat : ARS MEL, Conseil régional AGEFIPH , ARACT Cancéropôle, CARSAT Nord Picardie CPME Nord Comité Nord de la Ligue contre le Cancer RRC	En cours
		Expérimenter et évaluer un programme d'accompagnement au retour à l'emploi au sein des ERC	Pilotage : Conseil Régional Partenariat : ARS DREETS, ARACT ERC Ligue contre le cancer	En cours

7.3. AXE 3 : LUTTER CONTRE LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC

Fiche action de la stratégie décennale	Actions de la stratégie décennale susceptibles de déclinaison régionale	Descriptif de/des action(s) déployée(s) en région	Pilotes et Partenariats	Avancée
III.2 Diagnostiquer au plus tôt les cancers de mauvais pronostics	III.2.1 Sensibiliser et former les professionnels de santé, y compris les professionnels du premier recours au repérage précoce des signes d'appel	Former et sensibiliser les professionnels impliqués sur les nouvelles stratégies de dépistage des cancers de mauvais pronostic dans le cadre des recommandations nationales à venir	Pilotage : ARS Partenariat : CHUA CHUL COL CRCDC URPS RRC	A initier
	III.2.2 Assurer l'information des personnes, notamment des personnes présentant un risque accru			
	III.2.3 Mettre en place des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée accélérée dans le parcours et les évaluer	Expérimenter le dépistage du cancer du poumon dans le cadre des recommandations nationales et développer des stratégies permettant l'accès du plus grand nombre au dépistage	Pilotage: INCa Partenariat : ARS CHUA CHUL COL CRCDC URPS	A initier
		Organiser un accès en HDJ pour la réalisation de l'ensemble des examens et des bilans nécessaires au diagnostic	Pilotage ARS Partenariat: RRC 3C établissements de santé	A initier
		Organiser l'accès à une consultation ORL de manière systématique pour les patients pris en charge en addictologie	Pilotage : ARS Partenariat : structures addictologie établissements de santé, URPS	A initier
Structurer l'offre de télé expertise en dermatologie en lien avec les médecins généralistes pour favoriser le diagnostic rapide des lésions cutanées	Pilotage : ARS Partenariat : GIP e-santé, URPS	En cours		

	III.2.4 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	Réviser le volet imagerie du SRS concernant les implantations IRM, TEP et scanner	Pilotage: ARS	En cours
		Renouveler l'enquête régionale sur les délais d'imagerie intégrant un volet cancérologie	Pilotage: ARS Partenariat: établissements de santé, centres d'imagerie	A renforcer
III.3 Garantir des parcours fluides, en proximité et en recours	III.3.3 Optimiser la coordination entre les acteurs pour fluidifier les parcours et réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques pour tous les patients	Etudier la faisabilité d'une extension des Registres des cancers dans les Hauts de France	Pilotage: ARS Partenariat: SPF INCa COL CHUA CHUL	A initier
		Déployer le projet Dataction cancer permettant la réalisation et la diffusion de diagnostics territoriaux et d'indicateurs sur l'épidémiologie et les prises en charges des cancers	Pilotage: ARS Partenariat : OR2S	En cours
		Engager des démarches d'animation territoriale sur les parcours en cancérologie sur les territoires	Pilotage : ARS Partenariat: COL CHUA CHUL RRC 3C URPS CPTS établissements de santé	En cours
		Formaliser de manière prioritaire des parcours territoriaux coordonnés entre les acteurs pour la prise en charge des cancers ORL, de l'œsophage, du foie, du poumon et du sein	Pilotage: ARS Partenariat: COL CHUA CHUL RRC 3C URPS établissements de santé	A initier
		Mettre en place des indicateurs régionaux de suivi de parcours pour un pilotage des délais de prise en charge	Pilote: ARS Partenariat: COL CHUA CHUL RRC 3C établissements de santé URPS	A initier
		Formaliser un parcours régional pour la prise en charge des sarcomes et rendre systématique l'accès à la RCP de recours	Pilotage : COL CHUA CHUL Partenariat: ARS RRC 3C établissements de santé autorisés	A initier
		Formaliser un parcours régional en neuro-oncologie	Pilotage CHUA CHUL: COL Partenariat: ARS, RRC, 3C, Etablissements de santé autorisés	A initier
		Faire connaître les RCP spécialisées et de recours régional pour les prises en charges complexes	Pilotage : COL CHUA CHUL Partenariat: ARS RRC 3C établissements de santé autorisés	A renforcer

		Organiser des RCP régionales de recours pour les cancers du sein triple négatif et les cancers de l'ovaire avancés	Pilotage : RRC Partenariat: ARS COL CHUA CHUL 3C établissements de santé autorisés	A renforcer
		Communiquer sur l'existence des centres labellisés pour la prise en charge des tumeurs rares et diffuser les modalités d'adressage direct des patients	Pilotage : CHUL COL, CHUA Partenariat: ARS RRC 3C établissements de santé autorisés	A renforcer
		Créer des "Cellules opérationnelles parcours patients" associant professionnels de premier recours, spécialistes d'organe, établissements de recours et usagers afin d'améliorer les prises en charge	Pilotage: RRC Partenariat: ARS COL CHUA CHUL établissements autorisés URP HAD	A initier
	III.3.4 Offrir aux patients une information complète garantissant un consentement éclairé	Communiquer auprès des patients sur la médecine moléculaire et la recherche clinique	Pilote: RRC GIRCI Partenariat: ARS, COL CHUA CHUL 3C établissements de santé, associations de patients	A initier
	III.3.5 Assurer aux patients un accompagnement renforcé reposant sur le repérage des fragilités	Développer des programmes d'ETP spécifiques aux cancers de mauvais pronostic	Pilote ARS Partenariat: établissements de santé	A initier
		Engager une démarche de régionalisation des UCOG	Pilote: ARS Partenariat: COL CHUA CHUL GHPSO UCOG RRC	En cours
		Former et identifier des binômes sur les territoires pour l'accès aux évaluations en oncogériatrie	Pilote ARS Partenariat: UCOG RRC établissements de santé	A renforcer
		Organiser la prise en charge en oncogériatrie en lien avec les filières gériatriques	Pilote ARS Partenariat: UCOG RRC établissements de santé	A renforcer
		Déployer des outils d'auto évaluation des besoins en soins oncologiques de support et de repérage des fragilités	Pilotage : RRC Partenariat : ARS établissements de santé	A initier
	III.3.6 Permettre une orientation précoce des patients vers des soins de support, notamment soins palliatifs			
III.6 Permettre aux personnes de bénéficier de soins de support	III.6.1 Mettre en place des programmes de soins de support en proximité et d'éducation thérapeutique intégrant les principaux facteurs de risque	Développer des programmes d'ETP de prévention de récurrence et de réduction de l'apparition de cancers évitables	Pilote ARS Partenariat: établissements de santé autorisés	A initier

renforcés	III.6.2 Garantir une prise en compte renforcée de la douleur et des soins palliatifs	Labelliser des centres AIT dans chaque département	Pilote ARS Partenariat: RRC COL établissements de santé	En cours
		Labelliser des consultations douleur chronique en cancérologie en lien avec le nouveau cahier des charges des SDC	Pilotage : ARS Partenariat : SDC établissements autorisés SFETD	A renforcer
		Favoriser l'accès à la neuromodulation par l'identification et la formation de référents sur les territoires	Pilotage: CHUL Partenariat: ARS RRC COL CHUA établissements de santé SDC	A initier
		Reconnaitre au moins une USP par territoire	Pilote ARS Partenariat: établissements de santé CSPHF	A renforcer
		Développer une offre de prise en charge palliative en SSR sur la base du cahier des charges national	Pilote ARS Partenariat: établissements de santé CSPHF	A renforcer
		Organiser des appuis territoriaux de soins palliatifs sur la base du cahier des charges national	Pilote ARS Partenariat: CSPHF USP EMSP HAD URPS DAC	En cours
		Développer des hôpitaux de jour en soins palliatifs et en soins de support	Pilote ARS Partenariat: établissements de santé CSPHF RRC	A renforcer
	III.6.3 Systématiser la proposition de soutien renforcé aux aidants et à l'entourage des patients			
III.7 Mettre en place un suivi renforcé des personnes	III.7.1 Garantir un suivi gradué ville hôpital avec une sensibilisation adaptée des professionnels de ville			
	III.7.3 Offrir aux personnes la possibilité de bénéficier d'un soutien psychologique après la maladie			

7.4. AXE 4 : S'ASSURER QUE LES PROGRES BENEFICIENT A TOUS

Fiche action de la stratégie décennale	Actions de la stratégie décennale susceptibles de déclinaison régionale	Descriptif de/des action(s) déployée(s) en région	Pilotes et Partenariats	Avancée
IV.2 Se mobiliser pour faire reculer les cancers de l'enfant, de l'adolescent, du jeune adulte	IV.2.4 Structurer et consolider une offre de soins d'excellence	Structurer le parcours de soins des enfants dans le cadre des nouveaux décrets d'autorisation	Pilotage: ARS Partenariat: OIR COL CHUA CHUL RRC établissements de santé autorisés	A initier
		Mettre en place un dispositif régional AJA destiné aux patients âgés de 15 à 24 ans permettant une coordination régionale des parcours de soins des patients accueillis hors des unités pédiatriques ou AJA	Pilotage: COL, CHUA, CHUL Partenaires : ARS RRC établissements de santé autorisés	A initier
		Mettre en place une RCPPI de phase précoce	Pilotage: OIR Partenariat: ARS COL, CHUA CHUL RR, établissements de santé autorisés	En cours
	IV.2.5 Renforcer la formation des professionnels de santé notamment non spécialistes de l'enfant	Organiser des formations/sensibilisations régionales à destination des professionnels médicaux et paramédicaux prenant en charge des enfants et des AJA à la spécificité des cancers de l'enfant et de l'adolescent	Pilotage: COL, CHUA, CHUL Partenariat: ARS RRC établissements de santé autorisés	A initier
	IV.2.6 Sensibiliser les professionnels au diagnostic précoce des cancers pédiatriques			
	IV.2.7 Garantir l'accès aux thérapeutiques les plus pertinentes, aux essais cliniques, à l'innovation	Organiser la présentation des AJA en RCP à double compétence pédiatrique/adulte	Pilotage: COL, CHUA, CHUL Partenariat: ARS RRC établissements de santé autorisés 3C	En cours
	IV.2.9 Proposer une offre de soins de support adaptée	Développer des programmes coordonnés d'ETP en cancérologie pour les AJA	Pilotage: ARS Partenariat: COL CHUA CHUL RRC établissements de santé autorisés	A renforcer
		Renforcer la communication sur l'offre de soins de support et d'accompagnement des enfants et des AJA	Pilote: RRC Partenariat: ARS COL CHUA CHUL RRC associations de patients	A renforcer
		Développer le parcours global après le traitement d'un cancer en oncopédiatrie et pour les AJA	Pilotage: ARS Partenariat: COL CHUA CHUL RRC établissements autorisés,	En cours

			URPS	
		Adapter la communication sur la préservation de la fertilité aux jeunes patients	Pilotage: RRC Partenariat: ARS centres experts COL CHUA CHUL établissements de santé autorisés associations de patients	En cours
	IV.2.10 Accompagner les familles pour rendre l'accès aux soins plus facile et améliorer la qualité de vie des familles	Favoriser le parcours de soins en proximité au sein des établissements autorisés en cancérologie par la reconnaissance établissements associés en oncopédiatrie	Pilotage: ARS Partenariat: COL CHUA CHUL RRC établissements de santé autorisés	A initier
	IV.2.11 Mettre en place un dispositif de suivi à long terme des enfants et des adolescents et jeunes adultes	Organiser le suivi à long terme des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en lien avec les recommandations nationales	Pilotage: INCA ARS Partenariat: COL CHUA CHUL RRC établissements de santé autorisés URPS	A initier
IV.3 Lutter contre les inégalités par une approche pragmatique et adaptée aux différentes populations	IV.3.2 Faire en sorte que chaque contact compte en mobilisant tous les professionnels concernés			
	IV.3.3 Proposer un accompagnement adapté aux personnes (avec référents / en téléconsult / ...)	Proposer des consultations avancées délocalisées pour le dépistage du cancer du col de l'utérus sur les territoires en tension	Pilotage : ARS Assurance maladie Partenariat : CRCDC URPS centres de santé	A initier
		Diversifier les lieux de prises en charge en incitant les médecins généralistes, les sages-femmes et les médecins biologistes à réaliser des frottis de suivi	Pilotage: ARS Assurance maladie Partenariat: URPS CRCDC	En cours
		Développer des actions de sensibilisation aux dépistages organisés des cancers auprès des populations en situation de vulnérabilité sociale	Pilotage : ARS Assurance maladie CRCDC partenariat: Fédération des centres sociaux AREFIE Ligue contre le cancer	En cours
		Expérimenter des actions pour l'accompagnement vers les dépistages organisés des populations détenues	Pilotage: ARS Assurance maladie CRCDC Partenariat: USMP UHSI, Comité du Nord de la Ligue contre le cancer	A initier

		Expérimenter des actions pour l'accompagnement vers les dépistages organisés des populations en situation de handicap	Pilotage ARS Assurance maladie CRCDC Partenariat: MDPH organismes gestionnaires représentants des usagers	A initier
		Développer l'accès aux soins de support des cancers des personnes détenues	Pilotage : CHUL UHSI	En cours
		Evaluer la pertinence des Hébergements Temporaires Non Médicalisés (HTNM) pour les établissements autorisés en cancérologie	Pilotage: ARS Partenariat: RRC établissements de santé autorisés	A renforcer
		Déployer des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) hors les murs pour les patients en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical à domicile et une coordination des prises en charge	Pilotage: ARS	A initier
	IV.3.4 Proposer une information adaptée aux personnes en prévention, soins, après cancer	Diffuser des outils de communication pédagogiques, faciles à lire et à comprendre	Pilotage: RRC Partenariat: ARS COL CHUA CHUL établissements de santé autorisés association de patients	A initier
		Renforcer la littératie en santé dans les actions de sensibilisation aux dépistages organisés des cancers	Pilotage : ARS Assurance Maladie Partenariat: CRCDC	A initier
	IV.3.5 Limiter le renoncement aux soins des personnes			
IV.4 Permettre aux territoires isolés de proposer une offre de santé adaptée et de qualité	IV.4.1 Adapter les actions de lutte contre le cancer dans les territoires d'outre-mer			
	IV.4.2 Garantir la coordination de l'ensemble des acteurs notamment grâce au numérique	Mettre en place un parcours numérique en cancérologie accessible aux professionnels intervenants dans la prise en charge	Pilotage: ARS Partenariat: GIP e-santé, RRC fédérations hospitalières FNEHAD URPS DAC établissements de santé	A initier
		Généraliser l'accès au dossier communicant en cancérologie (DCC) pour toutes les organisations de RCP	Pilotage : RRC Partenariat : établissements de santé autorisés 3C GIP e-santé	En cours
		Déployer la télé-RCP pour favoriser les RCP multi sites	Pilotage : RRC Partenariat : établissements de santé autorisés 3C GIP e-santé	A renforcer

		Structurer l'offre de télé expertise en dermatologie en lien avec les médecins généralistes pour favoriser le diagnostic rapide des lésions cutanées	Pilotage : ARS Partenariat : GIP e-santé URPS	En cours
	IV.4.3 Soutenir les coopérations dans les zones ultra marines (prévention, soins, recherche)			
	IV.4.4 Assurer l'équité d'accès des personnes aux soins tout au long du parcours			
	IV.4.5 Développer l'attractivité des territoires pour les patients et pour les professionnels (soutien au numérique, recherche, formation, installation...)	Poursuivre et renforcer la communication sur l'offre de formation et les spécificités du post-internat	Pilotage : facultés ARS Partenariat : établissements de santé autorisés	En cours
		Créer de nouveaux postes HU par rééquilibrage national des postes	Pilotage : DGOS Partenariat : facultés, ARS établissement de santé	A renforcer
		Augmenter le nombre de postes d'internes de spécialités d'organes impliquées en cancérologie, pour les oncologues médicaux et radiothérapeutes ainsi qu'en post-internat.	Pilotage : DGOS Partenariat : facultés, ARS établissements de santé	A renforcer
		Promouvoir des études qualitatives sur le devenir des jeunes formés et sur les critères présidant au maintien des jeunes en région et au sein des établissements périphériques	Pilotage : facultés ARS Partenariat : établissements de santé	A initier
IV.7 Combattre les pertes de chances par une attention spécifique à la continuité des actions de lutte contre les cancers en période de crise	IV.7.2 Permettre aux personnes de continuer à adopter des comportements favorables à leur santé y compris en période de crise			
	IV.7.3 Assurer la poursuite des dépistages des cancers			
	IV.7.4 Garantir l'accès à un diagnostic rapide			
	IV.7.5 Mettre en place des RCP ad hoc, au besoin élargies à d'autres experts, afin de bien prendre en compte les particularités du contexte de crise			
	IV.7.6 Garantir l'accès aux thérapeutiques pertinentes dans des délais adaptés	Etudier et proposer un système de mise en commun de moyens et/ou de compensation des ressources médicales et paramédicales en oncologie en cas de crise sanitaire	Pilotage: ARS Partenariat: COL CHUA CHUL RRC établissements de santé autorisés	A initier
	IV.7.7 Privilégier les lieux de soins les plus adaptés et notamment les dispositifs de maintien à domicile lorsque nécessaire			
	IV.7.8 Assurer l'accès à des soins de			

	support le plus en proximité possible			
	IV.7.9 Garantir un suivi renforcé des personnes			
	IV.7.10 Permettre la poursuite des essais cliniques			

8. LE PLAN D' ACTIONS EN FAVEUR DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

Compte tenu de la démographie médicale particulièrement en tension en région, l'ARS souhaite porter une politique forte en faveur de la démographie médicale afin d'une part, de garantir une prise en charge de qualité qui réponde aux enjeux de l'épidémiologie régionale, et d'autre part, de permettre une équité d'accès aux soins sur les territoires de proximité.

Le renforcement de la démographie médicale est une priorité régionale transversale de la stratégie décennale de lutte contre les cancers en Hauts-de-France.

L'ARS, les deux Facultés de Lille et d'Amiens ont élaboré un plan d'actions en faveur de la démographie médicale. Ce plan d'actions se décline en huit objectifs régionaux dont deux sont soumis à un arbitrage national.

- **Objectif 1 : Accroître la demande de postes ouverts dans les deux subdivisions d'internes de spécialités d'organes impliquées en cancérologie pour les oncologues médicaux et radiothérapeutes ainsi qu'en post-internat, CCU-Région, ATP et PH notamment hors métropoles**

Au regard des besoins identifiés en région, il est attendu un arbitrage national en faveur de l'augmentation du nombre de postes.

Pour la subdivision de Lille :

- DES pneumologie : passer de 6 à 8 internes
- DES hémato : passer de 3 à 4 internes
- DES chirurgie viscérale : passer de 6 à 7 internes
- DES Hépato-gastro-entérologie : passer de 8 à 9 internes
- DES Gynécologie-obstétrique : passer de 13 à 15 internes, puis à 16 en 2023
- DES Radiologie et imagerie médicale : passer de 19 à 20 internes
- DES MIR : passer de 7 à 9 internes
- DES Néphrologie : passer de 4 à 5 internes
- DES Oncologie : passer de 7 à 8 internes

Pour la subdivision d'Amiens :

- DES Chirurgie maxillo-faciale : passer de 1 à 2 internes
- DES Chirurgie thoracique et cardiovasculaire : passer de 0 à 1 internes
- DES Chirurgie vasculaire : passer de 1 à 2 internes
- DES Chirurgie viscérale et digestive : passer de 2 à 3 internes
- DES MIR : passer de 3 à 4 internes
- DES Médecine vasculaire : passer de 1 à 2 internes
- DES Oncologie : passer de 3 à 4 internes

- **Objectif 2 : Faciliter le déploiement de la FST et du DES en mutualisant la ressource des terrains de stage agréés entre les deux subdivisions, en facilitant l'hébergement croisé des internes et en facilitant la formation des spécialistes d'organe en cancérologie**

Faire respecter systématiquement l'obligation d'un minimum de 2 semestres en CHG, hors CHU mais aussi hors CLCC, dans la maquette d'oncologie médicale et de radiothérapie.

Mutualiser les terrains de stage agréés entre les deux subdivisions en oncologie médicale et en radiothérapie pour la FST et le DES.

Inciter la complétude des candidatures aux postes de FST via :

- des agréments attractifs ;
 - des stages couplés 3 mois/3 mois en radiothérapie quand cela est souhaitable ;
 - orienter les vocations tout particulièrement au sein des DES de pneumologie, hépato-gastro-entérologie et neurologie ;

- organiser une réunion annuelle d'information des internes de phase socle, associant les professionnels libéraux et les chefs de service des CHG.

Organiser des hébergements des internes sur site et aider aux transports pour les terrains de stage éloignés.

Faciliter l'accès aux FST suivantes pour les internes du DES d'Oncologie : Bio-informatique, médecine palliative, génétique et médecine biomoléculaire, pharmacologie clinique, oncohématologie pédiatrique.

➤ **Objectif 3 : Promouvoir le post-internat hors CHU via les supports disponibles, notamment les CCU-Région**

Mettre en place des actions de sensibilisation à destination des internes notamment la réalisation d'un document synthétique afin de mieux faire connaître ce dispositif.

Anticiper, avec les coordonnateurs des DES, les demandes de post-internat et privilégier les terrains de stage dans les établissements à activité privilégiée et experte en cancérologie pour les spécialités d'organe en tenant compte de l'année de phase 3 de chaque interne.

➤ **Objectif 4 : Être proactifs dans les demandes d'agrément de phase 2 et 3 dans les hôpitaux pivots et ceux dotés de plateformes adaptées à la formation en oncologie et/ou cancérologie d'organe**

Elargir les agréments des terrains de stage aux structures répondant aux conditions de formation et disposant d'une filière de soins en oncologie médicale pour les phases 2 et 3.

Promouvoir les demandes d'agrément en Radiothérapie.

Privilégier des stages de 6 mois pour la Phase 3 des sortants de la FST de Cancérologie.

➤ **Objectif 5 : Définir et relayer les attentes en termes de projet médical d'établissement en cancérologie pour les demandes de terrain de stage, soutenir la notion d'intégration des ressources en imagerie, anatomo-cytopathologie, biologie moléculaire, radiothérapie, MTI, SMR, soins palliatifs et essais cliniques**

Proposer une grille de critères spécifiques pour l'agrément des terrains de stage prenant en compte la totalité des exigences inhérentes à un agrément de qualité afin de maintenir et/ou de favoriser l'attractivité des établissements.

Recentrer les agréments sur les établissements les plus à même de proposer un post internat attractif pouvant conduire à une embauche.

➤ **Objectif 6 : Promouvoir des études qualitatives sur le devenir des jeunes formés et sur les critères présidant au maintien des jeunes en région et au sein des établissements périphériques**

Réaliser une étude de cohorte pour la totalité des DES pour les promotions ECN 2009-2016.

Proposer au SIL/association ANICOR et aux autres associations d'internes des DES de spécialités d'organes une enquête d'attractivité dans le champ de la cancérologie

➤ **Objectif 7 : Organiser entre les deux Facs/CHU une coordination et une réciprocité pour la révision des effectifs HU titulaires**

➤ **Objectif 8 : Relayer au niveau national les demandes de création de postes HU par rééquilibrage en faveur des Hauts de France au regard des ratios particulièrement défavorables constatés dans la région.**

Cet objectif est soumis à un arbitrage national.

Le besoin de postes supplémentaires dédiés à la cancérologie d'organes et à l'oncologie est estimé comme suit :

- Révision des effectifs HU de 2022:
 - un poste de PUPH en hématologie à Lille
 - un poste de PUPH en génétique avec une part de soins en oncogénétique à Lille
 - un poste de MCUPH en oncologie médicale à Lille
 - un poste de MCUPH en urologie orientation cancer à Lille,
 - un poste de PHU en médecine palliative à Lille
 - Pas de recrutement HU en oncologie à Amiens en 2022.

- Prévisions 2023-2025 pour Lille
 - un poste de MCUPH en cancérologie thoracique
 - un poste de MCUPH en cancérologie gynécologique
 - un poste de PHU ou MCUPH en cancérologie endocrinologie
 - un poste de PHU ou MCUPH en cancérologie hépatologie

- Prévisions 2023-2025 pour Amiens
 - un poste de PU-PH en hématologie
 - un poste de MCU-PH en oncologie médicale
 - un poste de PU-PH en radiothérapie
 - un poste de MCU-PH en HGE, orientation endoscopie et gastroentérologie

LE SUIVI DE LA FEUILLE DE ROUTE

9. LA GOUVERNANCE REGIONALE

Le suivi de la feuille de route régionale s'effectuera de manière officielle à travers deux instances de suivi pilotées par l'ARS Hauts-de-France.

➤ Un comité de suivi régional

Le comité de suivi régional associera le CHU de Lille, le CHU d'Amiens et le Centre Oscar Lambret, la FHF, FHP, FEHAP, URPS ML, URPS IDE, URPS SG, le CRCDC Hauts-de-France, le DSRC Onco Hauts-de-France, des représentants des acteurs de la prévention et du soin, la Ligue contre le cancer.

Le comité de suivi se réunira a minima une fois par an pour faire le bilan des actions conduites pendant l'année et prioriser les orientations pour l'année à venir. Il pourra également être force de propositions sur des déclinaisons d'actions.

➤ Un comité stratégique

Le comité stratégique associe le CHU de Lille, le CHU d'Amiens, le Centre Oscar Lambret, et les facultés. Son objectif est d'assurer le suivi des actions portées les établissements de recours et les facultés et la déclinaison des orientations régionales pour le volet innovations, recherche et enseignement.

Le plan d'actions en faveur de la démographie médicale en cancérologie sera également suivi dans le cadre de ce comité.

Le comité stratégique se réunira a minima une fois par an.

Un comité de pilotage pour le dépistage des cancers co-piloté par l'ARS et l'Assurance maladie est déjà effectif en région et sera pérennisé dans le cadre de la gouvernance de cette feuille de route.

Enfin, des groupes de travail seront mobilisés autant que de besoin pour le déploiement d'actions spécifiques.

10. LES INDICATEURS DE SUIVI

La feuille de route régionale fera l'objet d'un bilan qualitatif annuel réalisé par l'ARS en lien avec les partenaires impliqués dans la conduite des actions déclinées en région.

En complément de ce bilan annuel, des indicateurs de suivis seront colligés annuellement. Les indicateurs sont classés en deux catégories :

Des indicateurs socles issus de sources nationales et transmis à l'ARS par les autorités nationales concernées³³ ;

Des indicateurs complémentaires fournis par les ARS.

L'ARS Hauts-de-France a ainsi identifié un certain nombre d'indicateurs, en complémentarité des indicateurs nationaux. Ces indicateurs ne sont pas exhaustifs de l'ensemble des actions déployées. Leur nombre est volontairement limité dans un souci de lisibilité.

Les indicateurs retenus ont été choisis pour leur pertinence au regard des orientations de la feuille de route régionale mais également de la possibilité de recueil en routine et de leur disponibilité au moment de la publication de la présente feuille de route.

AXE	Thématiques	Indicateurs socles nationaux retenus	Indicateurs complémentaires ARS
AXE 1: Améliorer la prévention	Stratégie de prévention	Taux d'incidence des cancers	Nombre de décès annuels par cancer Surmortalité par cancer
	Education à la prévention	Taux de dispositifs d'éducation à la prévention créés et proposés rapportés à la population des moins de 18 ans	
	Accompagnement en prévention	Evolution des dépenses de prévention cancer par habitant	Nombre d'actions accompagnées en prévention primaire
	Tabac	Prévalence du tabagisme	Taux d'établissements sanitaires engagés dans la démarche LSST dont ceux autorisés à la cancérologie
	Alcool	Prévalence de la consommation d'alcool	
	Nutrition	Prévalence du surpoids (obésité incluse)	Nombre d'expérimentations / sensibilisations visant à renforcer l'accès aux produits favorables à la santé soutenues par l'ARS, l'Assurance maladie ou les directions régionales
		Nombre de maisons "sport santé" labellisées rapporté à 100 000 habitants	Nombre de MSS labellisées
	Risque infectieux	Taux de couverture vaccinale contre le HPV	Taux de couverture vaccinale HPV
			Taux de couverture vaccinale Hépatite B
			Taux de tests de dépistage Ac anti-VHC pour 1 000 personnes
Taux de tests de dépistage Ag HBs pour 1 000 personnes			
Environnement	Taux de cancer lié à une exposition au radon	Nombre d'actions de prévention et de sensibilisation aux risques et facteurs protecteurs environnementaux mises en place	

³³ La liste des indicateurs socles et la méthodologie de recueil sont diffusées dans la note d'information N° DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SGMCAS/INCA/2022/111 du 18 mars 2022 relative au dispositif de pilotage et de suivi des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre le cancer

	Focus cancers professionnels	Evolution du nombre de cancers professionnels déclarés	
	Accès au dépistage	Nombre de personnes participant aux dépistages	Taux de participation au DOCS
			Disparités infra territoriales de participation au DOCS
			Taux de participation au DOCCR
			Disparités infra territoriales de participation au DOCCR
			Taux de participation DOCCU
			Taux d'effecteurs de frottis par spécialité
			Nombre de projets soutenus pour l'accompagnement aux dépistages des cancers
			Dépenses allouées dans le cadre du FIR pour les actions en faveur des dépistages organisés des cancers
			Nombre de MSP et CPTS portant un projet de dépistage des cancers
AXE 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	Accès à l'innovation et pertinence	Nombre de journées d'HAD pour administration de chimiothérapie	Nombre et taux d'HAD reconnus établissements associés
			File active de patients bénéficiant d'une consultation en oncogénétique et d'un suivi en HDF
			File active de patients pris en charge par le CLIP ²
			Nombre et taux d'établissements autorisés impliqués dans le projet STARCC en HDF
	Soins de support et séquelles		Taux de traçabilité des consultations d'annonce dans les dossiers patients
			Nombre de ressources identifiées dans l'annuaire régional des ressources
			Nombre de connexions annuelles à l'annuaire régional des ressources
			File active de patients bénéficiant de SOS dont: File active de patients au sein des ERC File active de patients bénéficiant de SOS au sein des établissements autorisés File active de patients bénéficiant d'APA cancer au sein des MSS
			Nombre de programmes ETP cancer autorisés et file active de patients en ETP cancer
	Suivi		Nombre d'IPA formées en cancérologie
Qualité de vie	Taux d'emploi après la maladie	File active des aidants accompagnés au sein des ERC	
AXE 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	Diagnostics plus rapide Diagnostics plus rapides	Pourcentage de la population à plus de 30 min IRM	Mortalité des cancers de mauvais pronostic: nombre de décès annuels par cancer, Surmortalité par cancer
			Taux d'équipements IRM Scanner TEP pour 100 000 habitants
			Nombre de parcours de soins formalisés
	Parcours plus fluides	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	File active de patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique
			Nombre de binômes référents en oncogériatrie identifiés sur les territoires

		cancer du sein et le cancer colorectal)	
	Soins de support plus adaptés	Dépenses en soins de support financées par les ARS	Dépenses en soins de support engagées par l'ARS dont : Dotation AQTC Financement des soins de support en ville Nombre d'USP et nombre lits d'USP reconnus Taux de territoires de proximité pourvus d'USP
AXE 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous	Cancers de l'enfant et de l'AJA	Taux de survie chez les enfants	Nombre de dossiers AJA bénéficiant d'un double avis oncologue adulte/oncopédiatre Taux de conformité des RCP pour le double avis AJA
			File active de patients pris en charge dans le cadre du parcours global en oncopédiatrie et AJA
			Nombre d'établissements autorisés et nombre de reconnaissances ETS associés en oncopédiatrie
			File active des patients pris en charge en oncopédiatrie par les OIR
	Lutte contre les inégalités	Taux de participation au dépistage organisé cancer du col de l'utérus selon l'indice de défavorisation FDEP	Taux de participation au dépistage organisé cancer du sein selon l'indice de défavorisation FDEP
			Taux de participation au dépistage organisé cancer colorectal selon l'indice de défavorisation FDEP
			Nombre de projets pour l'accompagnement au dépistage des cancers auprès des populations en situation de vulnérabilité sociale
	Territoires isolés		% des RCP informatisées dans le DCC
			Evolution du nombre de postes HU
			Evolution du nombre de postes d'internes de spécialités d'organes impliquées en cancérologie, pour les oncologues médicaux et radiothérapeutes
Densité d'oncologues médicaux et de radiothérapeutes en région			
Gestion de crise		Nombre d'autorisations temporaires d'activité	



www.hauts-de-france.ars.sante.fr