Plan cancer
et la Chirurgie Oncologique ?

Pr Agnès BUZYN, Présidente de l’INCa

SFCO- 18 octobre 2014
Conte de Plan 2014-2019

Un contexte marqué par :

- De forte inégalités sociales face à la santé ;
- Une accélération des progrès médicaux via l’évolution des connaissances et les innovations ;
- Une volonté de renforcer la prévention ;
- Le souhait des patients et usagers d’être impliqués dans les choix de santé qui les concernent ;
- ... et des contraintes financières fortes.
Ambitions du Plan

Répondre aux besoins et aux attentes des personnes malades, des proches et de l’ensemble des citoyens

- Guérir plus de malades, par un diagnostic précoce, et en garantissant un accès rapide pour tous à une médecine d’excellence, garantissant la qualité et la sécurité des soins en charge ;

- Éviter les pertes de chances à toutes les étapes du parcours ;

- Présenter un impact global, en charge des soins à domicile et en restructurant le financement ;

- Investir dans la prévention et dans une recherche innovante ;

- Optimiser les organisations, les modes de financement et le pilotage à partir de données robustes et partagées.
Formation

Objectif 4 : Faire évoluer les formations et métiers de la cancérologie
Adapter la formation des professionnels aux évolutions de la cancérologie

*Et tenir compte de l’évolution des DESC, de la VAE, de la compétence ordinaire...*

- **Action 4.4 :** Améliorer la formation des cancérologues
  - Définir un référentiel national de Formation spécialisée transversale en cancérologie défini conjointement par les oncologues et spécialistes d’organes médicaux et chirurgicaux.
Logique de parcours

Objectif 7 : Assurer des prises en charge globales et personnalisées

Objectif 8 : Réduire les risques de séquelles et de second cancer

Objectif 9 : Diminuer l’impact du cancer sur la vie personnelle
Approche globale et personnalisée prenant en considération l’ensemble des besoins au plan physique, psychologique et social

- s’appuyant sur une organisation coordonnée et multidisciplinaire ;
- axée sur la continuité de la prise en charge, sans rupture, dès la forte suspicion de cancer ou le diagnostic, pendant les traitements actifs (par chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie) et au-delà pour la surveillance, le suivi ;
- permettant à chacun d’être acteur de sa prise en charge et de participer aux décisions qui concernent sa santé par une information adaptée, et le développement de programmes d’éducation thérapeutique ;
- et prenant en compte les séquelles des cancers et de leurs traitements et leur impact sur la qualité de vie.
Outils du Parcours

Le chirurgien est parfois le principal intervenant

- Dispositif d’annonce, à adapter et renforcer ;
- Des programmes personnalisés de soins et de l’après cancer, clairs, compréhensibles et explicites ;
- Consultation de fin de traitement ;
- Accès aux soins de support.

Mais aussi :

- Outils de préservation de la fertilité ;
- Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer (9.10).
Qualité de vie et chirurgie oncologique, quelles pistes d’amélioration?

- Améliorer l’information du patient sur les effets indésirables et effets à long terme des traitements chirurgicaux
  Ex: document d’information autour du dosage de PSA

- Développer des programmes d’éducation thérapeutique :
  ex : AAP dans les cancers digestifs (lutte contre la dénutrition, autonomie face aux soins corporels afférents)

- Améliorer la connaissance sur la survenue des séquelles des traitements chirurgicaux :
  ex : soutien à de programmes de recherche clinique sur les complications de la chirurgie dans le cadre de PHRC, ou encore étude VICAN 5

- Soutenir des programmes de désescalade thérapeutique :
  ex : PAIR sein, ou encore études sur les stratégies chirurgicales dans les cancers de bon pronostic (données récentes sur la possibilité de sur-traitement chirurgical des cancers localisés de la thyroïde)*

* Brito et al. Thyroid cancer : zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumours. BMJ 2013 ;347 : 4706
Information sur la prostatectomie

« Information pour une décision éclairée sur l’ensemble de la démarche »

- A délivrer en préalable au dépistage (médecin traitant)
- À réitérer, compléter et expliciter en cas de détection d’une anomalie (médecins traitant et spécialistes)
- Sur l’ensemble des options thérapeutiques ou de surveillance envisageables et de manière comparative
- Sur les effets bénéfiques attendus et sur les conséquences défavorables, à court et long termes (ex. évolution incontinence urinaire, à l’effort, etc.) et sur les moyens de les prévenir ou de les prendre en charge (ex.: préservation des bandelettes neuro-vasculaires pour les dysfonctions érectiles )
- Sur les résultats propres du praticien
- Recueil des préférences du patient
- A relayer et discuter en RCP
Délais de prises en charge

Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge
Délai d’accès à la chirurgie

Réduire les délais entrainant des pertes de chance

- **Action 2.2 : Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge**
  - Objectifs nationaux dans les situation induisant une perte de chance pour imagerie, **chirurgie** et radiothérapie ;
  - Inscription dans les indicateurs de qualité rendus publics par les établissements ;
  - Organisation d’une politique d’amélioration des délais avec les ARS (objectif contractuel aux établissements via CPOM).
## Ex : Délais de prise en charge  
**cancer du sein**

### Analyse de trajectoires de prise en charge du cancer du sein invasif – INCa

<table>
<thead>
<tr>
<th>Délai</th>
<th>N</th>
<th>Délai recommandé</th>
<th>Médiane [interquartile] (jours)</th>
<th>% ≤ au délai recommandé</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Exérèse – chimiothérapie</td>
<td>11 251</td>
<td>≤ 3 mois</td>
<td>41,0 [33,0-51,0]</td>
<td>97,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Exérèse – radiothérapie (sans chimio adjuvante)</td>
<td>9 726</td>
<td>≤ 3 mois</td>
<td>57,0 [48,0-70,0]</td>
<td>90,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Exérèse – radiothérapie (avec chimio adjuvante)</td>
<td>4 592</td>
<td>≤ 6 mois</td>
<td>182,0 [162,0-200,0]</td>
<td>47,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Chimiothérapie (fin) - radiothérapie (début)</td>
<td>3 575</td>
<td>≤ 5 semaines</td>
<td>34,0 [27,0-42,0]</td>
<td>59,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Selon modalité de prise en charge*
Chirurgie ambulatoire

Objectif 3 : Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques
Chirurgie ambulatoire en cancérologie

**Confort pour le patient, gain d’efficacité pour les établissements. Objectif cancer du sein : 50% en ambulatoire en 2020.**

- **Action 3.5** : Préciser les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.
- **Action 3.6** : Inscrire dans la politique d’incitation tarifaire ou de contractualisation, avec indicateurs de qualité et sécurité (actes avec bénéfice et faisabilité prouvés).
- **Action 3.7** : Soutenir la réorganisation des services avec une phase d’expérimentations et d’aide à la conduite du changement.

**DGOS et l’INCa** vont lancer un appel à projets pour soutenir une trentaine d’établissements à développer leur activité de chirurgie ambulatoire.
Chirurgie ambulatoire en cancérologie

Quelques chiffres :

Evolution des hospitalisations de chirurgie pour cancer en ambulatoire dans les établissements de santé MCO

- En 2010: 68 565 hospitalisations
- En 2011: 75 467 hospitalisations
- En 2012: 80 882 hospitalisations
- En 2013: 87 544 hospitalisations


- En 2013: 87 544 hospitalisations
- soit une augmentation de 28% par rapport à 2010
# Chirurgie ambulatoire en cancérologie

## Activité de traitement du cancer

<table>
<thead>
<tr>
<th>Localisations cancéreuses</th>
<th>Nombre de séjours de chirurgie carcinologique</th>
<th>Nombre de séjours de chirurgie carcinologique en ambulatoire</th>
<th>Part de l’ambulatoire en chirurgie carcinologique</th>
<th>Part de la localisation sur le total ambulatoire</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tumeurs malignes de la peau autre que mélanome</td>
<td>75 848</td>
<td>56 143</td>
<td>74,0</td>
<td>64,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sein</td>
<td>80 763</td>
<td>8 966</td>
<td>11,1</td>
<td>10,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Col utérus</td>
<td>12 682</td>
<td>7 428</td>
<td>58,6</td>
<td>8,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Mélanome</td>
<td>10 117</td>
<td>4 558</td>
<td>45,1</td>
<td>5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Vessie</td>
<td>53 096</td>
<td>2 103</td>
<td>4,0</td>
<td>2,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Lymphomes non hodgkiniens</td>
<td>6 777</td>
<td>1 463</td>
<td>21,6</td>
<td>1,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Tissus mous</td>
<td>4 060</td>
<td>1 161</td>
<td>28,6</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Autres cancers</td>
<td>182 724</td>
<td>5 722</td>
<td>1,3</td>
<td>6,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>426 027</td>
<td>87 544</td>
<td>20,5 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Source : Base PMSI MCO 2013. Traitement : INCa 2014

- La chirurgie ambulatoire du cancer concerne majoritairement les tumeurs malignes de la peau (autre que mélanome) (64 %) suivies de loin par les cancers du sein (10 %) et du col de l’utérus (8,5 %)
Focus sur l’activité de chirurgie du cancer du sein dans les établissements MCO

<table>
<thead>
<tr>
<th>Durée de séjour</th>
<th>Mastectomies partielles</th>
<th>Mastectomies totales</th>
<th>Mastectomies partielles</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Nombre de séjours</td>
<td>Part (en %)</td>
<td>Nombre de séjours</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>6 072</td>
<td>11,9</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>4 970</td>
<td>9,7</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>17 217</td>
<td>33,3</td>
<td>698</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>9 682</td>
<td>19,0</td>
<td>2 037</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>5 470</td>
<td>10,7</td>
<td>3 926</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>3 176</td>
<td>6,2</td>
<td>3 930</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>1 810</td>
<td>3,5</td>
<td>3 029</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>1 194</td>
<td>2,3</td>
<td>2 287</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt;7</td>
<td>1 452</td>
<td>2,8</td>
<td>4 005</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>51 043</td>
<td>100,0</td>
<td>20 028</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- En 2012 et 2013, les mastectomies partielles sont plus de deux fois plus fréquentes que les mastectomies totales en chirurgie du cancer du sein.

- En 2013, 51 330 hospitalisations pour mastectomies partielles dont 15 % en ambulatoire contre 11,9% en 2012
Qualité et sécurité des prises en charge

Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge
Dispositif d’autorisation

**Encadrer et évaluer les prises en charge des personnes atteintes de cancer**

- **Action 2.4** : Garantir une amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge (certification, accréditation, indicateurs).
- **Action 2.5** : Réviser et faire évoluer les critères d’agrément à la prise en charge du cancer.
- **Action 2.6** : Faire évoluer le périmètre des autorisations.
  - Equité et qualité sur l’ensemble du territoire ;
  - Transparence avec publication des indicateurs de qualité des prises en charge ;
  - Restructuration de l’offre de soins en cancérologie.
La chirurgie des cancers relève du droit commun du régime d’autorisation applicable au traitement du cancer (décrets 2007)

3 obligations

- **Activité annuelle minimale par site**
  Chirurgie : 6 spécialités soumises à un seuil d’interventions :
  - 30 pour les chirurgies mammaire, digestive, urologique et thoracique
  - 20 pour les chirurgies gynécologiques et ORL-maxillo-faciale

- **Accès des patients aux 6 mesures transversales de qualité**
  Dispositif d’annonce, RCP, respect des référentiels de bonnes pratiques, remise d’un PPS, accès à des soins de support, accès aux innovations et à la recherche clinique

- **Respect des critères d’agrément de l’INCa** pour chaque modalités de traitement du cancer (chirurgie, RT, CT, critères spécifiques enfants et ado)
En juin 2013 (bilan de la mise en œuvre de la première délivrance des autorisations de traitement du cancer):

- 944 établissements (et cabinets libéraux de radiothérapie) autorisés à la pratique de la cancérologie

2014: renouvellement des autorisations en cours par les ARS (bilan attendu en fin d’année)
### Autorisations des établissements à la pratique de la cancérologie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etablissements autorisés</th>
<th>944</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Radiothérapie</td>
<td>181</td>
</tr>
<tr>
<td>Chimiothérapie</td>
<td>502</td>
</tr>
<tr>
<td>Chirurgie</td>
<td>798</td>
</tr>
<tr>
<td>Digestifs</td>
<td>583</td>
</tr>
<tr>
<td>Mammaires</td>
<td>434</td>
</tr>
<tr>
<td>Gynécologiques</td>
<td>345</td>
</tr>
<tr>
<td>ORL-MF</td>
<td>295</td>
</tr>
<tr>
<td>Thoraciques</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>Urologiques</td>
<td>398</td>
</tr>
<tr>
<td>Autre</td>
<td>444</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Critères d’agrément pour le traitement chirurgical des cancers

Des critères d’agrément généraux pour toute chirurgie du cancer

- Qualification des chirurgiens dans la spécialité et justification d’une activité régulière ;
- Présentation du dossier patient en RCP en présence de l’un des chirurgiens participant au traitement ;
- Contenu minimum attendu du dossier patient ;
- Organisation permettant les examens extemporanés ;
- Accès possible à une tumorothèque ;
- Plan de formation pour le personnel soignant ;
- Autoévaluation des pratiques à partir d’indicateurs (Art.R6123-95) relatifs notamment à l’activité par chirurgien (*non mis en œuvre en l’absence de publication d’un arrêté ministériel*).
Critères d’agrément pour le traitement chirurgical des cancers

Des critères spécifiques à chacune des spécialités

**Exemple**

**Chirurgie carcinologie mammaire** : accès aux techniques de plastie mammaire et aux techniques permettant la détection du ganglion sentinel, radiographie de la pièce opératoire réalisée sur place, accès sur place ou par convention aux techniques de repérage mammaire et à un service de médecine nucléaire
Action 2.6 : Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l’accès à l’innovation

- Intégrer les pratiques de traitement qui le justifieraient, en termes de sécurité et de qualité, et que leurs conditions techniques de fonctionnement soient précisées (actes à identifier)

- Intégrer les travaux de la HAS sur le lien entre volumes d’activités et sécurité des prises en charge (approche multidimensionnelles pour les activités soumise à seuils) et évaluer la pertinence des seuils par équipe ou par praticien, par localisation ou par appareil dans la prise en charge du cancer.

- Analyser l’impact de cette nouvelle approche sur l’offre de soins et le maillage territorial
Action 2.5 : Réviser et faire évoluer les critères d’agrément à la prise en charge du cancer par l’INCa avec l’appui de groupes d’experts, pour améliorer notamment l’orientation de situations complexes

Intégrer :

- des indicateurs de qualité et d’efficience par type de cancer ;
- des critères d’agrément transversaux (gestion des risque, plan de développement continu des professionnels, implication des patients) ;
- des critères d’agrément spécifiques :
  - oncopédiatrie, adolescents et jeunes adultes ;
  - déploiement des prises en charge innovantes ;
  - nouvelles contraintes (médicament, bioéthique, radioprotection…)
Conduite des évolutions

**2015 :** Réalisation de travaux préalables sur l’état de l’art et l’évolution des modes de prise en charge dans le champ de la cancérologie

- Mobilisations de groupes d’experts et des sociétés savantes ;
- Recensement et analyse des pratiques médicales et analyse systémique de l’organisation des soins ;
- Comparaisons internationales dans les organisations, seuils et recours
- Modélisation de l’impact sur le maillage territorial et les liens entre proximité et recours.

**2016-2017 :** Proposition de recommandations pour une prise en charge de qualité sans perte de chance (accessibilité aux soins appropriés, délais de prise en charge, démarche qualité)
Prises en charge complexes

Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge
Prises en charge complexes

Garantir une prise en charge adaptée aux malades nécessitant un traitement complexe

- **Action 2.8** : Garantir l’adressage vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptée.

- **Action 2.9** : Définir ce qui relève d’une prise en charge « de proximité » et ce qui relève d’une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.

- **Action 2.10** : Garantir quand la complexité de la prise en charge le justifie l’avis d’une RCP spécialisée.

  - Eviter les pertes de chances
  - Organiser une gradation des soins
  - Faire évoluer le dispositif règlementaire du traitement du cancer si justifié
Démarche prises en charge complexes

- Identifier des pathologies relevant d’un dispositif de prise en charge particulier
  - Concertation avec les sociétés savantes
  - Analyse des bases de données médico-administratives
  - Évoqué : cancers ovaire/ endomètre, œsophage, foie, pancréas, voire testicule

- Identifier les situations devant faire l’objet d’une discussion en RCP spécialisée ;

- Identifier des centres ayant un niveau adapté de compétence et d’expertise pour éviter toute perte de chance ;

- Développer des recommandations particulières.
Recommandations

Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge
Missions de l’INCa dans le champ des recommandations professionnelles

- La loi du 9 août 2004 confie à l’INCa la mission de définir les référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie.

Chirurgie oncologique dans le champ des recommandations (1)

- Référentiels nationaux intéressant le champ de la chirurgie oncologique
  - Projet pilote de Référentiel national de RCP cancers bronchiques non à petites cellules et à petites cellules
  - Autres déclinaisons à prévoir en 2015

- Recommandations en cours intéressant le champ de la chirurgie oncologique
  - Cancers du sein in situ (Actualisation)
  - Prise en charge des femmes porteuses d’une mutation de BRCA 1 ou BRCA 2 (Actualisation)
  - Conduite à tenir devant une femme ayant un frottis cervico-utérin abnormal
Recommandations de prise en charge des cancers du sein in situ

- Actualisation de précédentes recommandations publiées par l’INCa en 2009

- Questions abordées dans le domaine de la chirurgie oncologique
  - Sous-population de femmes pour lesquelles chirurgie non justifiée à ce jour? Quelles modalités de suivi?
  - Facteurs justifiant le choix d’une mastectomie d’emblée?
  - Bénéfice attendu d’une exploration ganglionnaire axillaire?
  - Modalités techniques de mastectomie suivie d’une reconstruction mammaire immédiate?

- Publication prévue en mai 2015
Recommandations de prise en charge des femmes porteuses d’une mutation de BRCA 1 ou BRCA 2

- Actualisation de précédentes recommandations publiées par l’INCa en 2009

- Questions abordées dans le domaine de la chirurgie oncologique
  - Données actualisées en termes de résultats esthétiques et fonctionnels, risque résiduel de cancer et de complications post-opératoires, satisfaction des femmes, selon les techniques de mastectomie prophylactique?
  - Choix des techniques de reconstruction mammaire?
  - Quantification de la réduction du risque de cancer du sein après annexectomie prophylactique?

- Publication prévue en mai 2015
Recommandations sur la conduite à tenir devant une femme ayant un frottis cervico-utérin anormal

- Actualisation des recommandations publiées par l’ANAES en 2002
- Questions abordées dans le domaine de la chirurgie oncologique
  - Critères permettant de décider d’une surveillance simple en cas de lésions malpighiennes de bas grade, de haut grade?
  - Traitements à privilégier (traitements destructeurs/d’exérèse) en cas de lésions malpighiennes de bas grade, de haut grade?
  - Modalités de traitement des adénocarcinomes in situ?
- Publication prévue en mai 2015
Référentiel national de RCP cancers bronchiques à petites cellules et non à petites cellules

- Projet pilote, coordonné par les réseaux Franche-Comté, Rhône-Alpes et Lorraine, en lien avec les sociétés savantes

- Questions abordées dans le domaine de la chirurgie oncologique
  - CBNPC: bilan pré-opératoire d’une chirurgie thoracique? Prise en charge chirurgicale selon le stade?
  - CBPC: bilan pré-thérapeutique? Prise en charge thérapeutique selon le stade?

- Publication prévue en novembre 2014

- Elaboration de 2 à 3 référentiels nationaux par an à partir de 2015
Analyse des pratiques

Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge

Objectif 15 : Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées
Exemple du cancer du sein

Objectifs :

- Étudier les trajectoires de soins des femmes adultes atteintes d’un cancer du sein (en 2010) en France à partir des bases médico-administratives

- Rapprocher des recommandations de bonnes pratiques des professionnels de santé (HAS-INCa)

- Analyser les facteurs associés aux trajectoires « inattendues » ou non recommandées
Méthodes - Sources de données

- PMSI = Programme de médicalisation des systèmes d'information
  - MCO = médecine / chirurgie / obstétrique
  - HAD = hospitalisation à domicile
  - SSR = soins de suite et de réadaptation

- SNIIRAM : Données de radiothérapie du secteur libéral (hors T2A)
  - 50% RT en libéral

- Algorithme cancer INCa: Récupération des séjours liés à la cancérologie
Résultats - Identification des groupes

Les 3 923 cancers avec évolution métastatique probable n’ont pas été analysés.

⇒ 55 774 trajectoires analysées
Résultats
Trajectoires de soins selon stade

98% exérès
MP = 2065 dont 65% MP+ radiothérapie
MT = 851 dont 3% MT + radiothérapie
Cancer du sein in situ

n=2 975 cancers in situ « incidents »

- Mastectomie partielle : 2 064
  - Chirurgie : 65%
  - Radiothérapie : 35%
- Mastectomie totale : 851
  - Chirurgie : 2%
  - Radiothérapie : 98%
- Absence de chirurgie : 57

Chirurgie

Radiothérapie

Avec : 1 341
- %Curage : 45,1%
- %GS : 24,3%

Sans : 723
- %Curage : 0,8%
- %GS : 27,8%

Avec : 23
- %Curage : 1,0%
- %GS : 0,9%

Sans : 828
- %Curage : 3 (0,1%)

Avec : 31
- %Curage : 0,8%
- %GS : 27,8%

Sans : 26
- %Curage : 0,8%
- %GS : 27,8%
**Cancer invasif sans atteinte GG**

<table>
<thead>
<tr>
<th>CANCERS INVASIFS</th>
<th>Chimiothérapie néo adjuvante</th>
<th>Exérèse mammaire</th>
<th>Chimiothérapie</th>
<th>Radiothérapie</th>
<th>Trajectoire</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>2 311</td>
<td>2 311</td>
<td>719</td>
<td>653</td>
<td>MCMX 111 (0,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1 592</td>
<td>66</td>
<td>MCMX+ 542 (1,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>36 468</td>
<td>1 436</td>
<td>156</td>
<td>MCK 1 323 (3,2%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>10 541</td>
<td>8 752</td>
<td>MCK+ 113 (0,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>25 927</td>
<td>MC 156 (0,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>37 681</td>
<td>1 789</td>
<td>18 959</td>
<td>CMX 6 815 (16,6%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1 213</td>
<td>CMX+ 1 937 (4,7%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1 213</td>
<td>CM 1 789 (4,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>41 051</td>
<td></td>
<td>12 13</td>
<td>6 968</td>
<td>CX 18 810 (45,8%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>604</td>
<td>CX+ 149 (0,4%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>609</td>
<td>C 6 958 (17,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>X 604 (1,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ø 609 (1,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Autres* 1 059 (2,6%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Cancer invasif sans atteinte GG

**Mastectomie partielle**

- **28 186 (72,5%)**
  - Curage ganglionnaire
    - Oui 19 286 (68,4%)
    - Non 8 900 (31,6%)
  - Radiothérapie
    - Oui 24 965 (88,6%)
    - Non 3 221 (11,4%)

**Mastectomie totale**

- **10 667 (27,5%)**
  - Curage ganglionnaire
    - Oui 8 399 (78,7%)
    - Non 2 268 (21,3%)
  - Radiothérapie
    - Oui 4 909 (46,0%)
    - Non 5 758 (54,0%)
Cancer invasif avec atteinte GG

29,5% des femmes n’ont pas de séance de chimiothérapie à l’hôpital
Selon catégorie d’établissement

Cancer in situ

Ganglion sentinelle

Disparités importantes...

Curage axillaire

Taux d'exérèse du ganglion sentinelle par catégories d'établissements

Mastectomie partielle

23,7%

Mastectomie totale

57,5%

Taux de curage axillaire par catégories d'établissements

Mastectomie partielle

20,7%

Mastectomie totale

40,7%
Selon catégorie d’établissement
Cancer invasif

Répartition des taux d’exérèse de ganglion sentinelle par catégories d’établissements

Mastectomie partielle

Mastectomie totale

<table>
<thead>
<tr>
<th>Catégories d’établissements</th>
<th>56,3%</th>
</tr>
</thead>
</table>

| Catégories d’établissements | 24,5% |

Répartition des taux de curage axillaire par catégories d’établissements

Mastectomie partielle

Mastectomie totale

<table>
<thead>
<tr>
<th>Catégories d’établissements</th>
<th>68,4%</th>
</tr>
</thead>
</table>

| Catégories d’établissements | 78,7% |
Ajustement sur l’âge des femmes, le score de Charlson (index de comorbidité), l’exérèse du ganglion sentinel, la région de l’établissement, la part d’activité de cancérologie de l’établissement et le volume total d’activité de l’établissement.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Cancer in situ</th>
<th>Cancer invasif</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Mastectomie partielle</td>
<td>Mastectomie totale</td>
</tr>
<tr>
<td>Catégorie 1</td>
<td>référence</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Catégorie 2</td>
<td>2,16 [1,22-3,81]</td>
<td>1,20 [0,77-1,88]</td>
</tr>
<tr>
<td>Catégorie 3</td>
<td>0,41 [0,21-0,77]</td>
<td>0,46 [0,29-0,75]</td>
</tr>
<tr>
<td>Catégorie 4</td>
<td>2,05 [1,03-4,07]</td>
<td>1,77 [1,06-2,95]</td>
</tr>
<tr>
<td>Catégorie 5</td>
<td>3,11 [1,84-5,24]</td>
<td>1,99 [1,33-2,96]</td>
</tr>
</tbody>
</table>

⇒ Problème de codage ou de pratiques ?
Recherche

Objectif 5 : Accélérer l’émergence de l’innovation au bénéfice des patients
Recherche

**Faire évoluer la recherche clinique et translationnelle**

- 50 000 patients/an dans les essais cliniques en 2019
- Mobiliser les groupes coopérateurs
- Registre des essais cliniques
- Ouvrir des centres dans les DOM

**Créer les conditions d’une diffusion rapide de l’innovation**

- Clarifier le repérage et l’évaluation des innovations
- Accélérer le processus de tarification des actes, traitements innovants
- Expérimenter de nouvelles modalités de financement (parcours, forfait)
- Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques (imagerie, chirurgie et robotique)
Chirurgie oncologique: les essais cliniques

**Nombre d’essais cliniques affichés**

- **500 à 600 essais cliniques ouverts en permanence**

**Registre d’essais cliniques**

- Registre interactif affichant les centres d’investigation les plus proches
- Accord entre INCa et ANSM: liste de tous les essais autorisés dans le cancer transmis à l’INCa
- Affichage sur le registre des résultats des essais

- 124 (6.7%) essais cliniques répertoriés avec chirurgie associée
- Chirurgie seule: 58 (46.8%)
- 75 (13.7%) essais avec chirurgie associée sont ouverts aux inclusions
Chirurgie oncologique: les essais cliniques

Nombre d’essais cliniques affichés

<table>
<thead>
<tr>
<th>Promotion académique: 97.6%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Promotion CLCC: 43.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Promotion CHU: 43.5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Promotion groupes coopérateurs: 8.9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Financement au PHRC: 44 (35.5%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- 317 établissements participants: CHU, CLCC, CH (25%), cliniques privées
Programmes de recherche clinique: opportunités de financement

Objectifs

- Larges études thérapeutiques, essais coopératifs multicentriques, établir des standards de pratique clinique internationaux
- Cancers rares, pédiatriques et gériatriques
- Qualité de vie
- Validation de techniques innovantes

PHRC

2007-2013
€ 122,355M
Objectifs

- Renforcer la validation de l’efficience des technologies de santé innovantes grâce à des études médico-économiques
- Comparer en vie réelle l’efficience des stratégies de prise en charge alternatives impliquant des technologies de santé innovantes

STIC & PRME 2005-2012
€ 25,19M
Intergroupes coopérateurs: disponibles pour la chirurgie oncologique

**LABELLISATION D’INTERGROUPES COOPERATEURS**

- Améliorer la coopération entre groupes coopérateurs
- Impliquer les groupes coopérateurs dans la mise en œuvre des actions de recherche clinique du Plan Cancer 2014-2019
- Augmenter les inclusions dans les essais cliniques
- Labellisation pour 2 ans
- Financement associé : 50 K€/an

<table>
<thead>
<tr>
<th>6 intergroupes labellisés en 2012</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cancers thoraciques</td>
</tr>
<tr>
<td>Lymphomes</td>
</tr>
<tr>
<td>Myélomes</td>
</tr>
<tr>
<td>VADS</td>
</tr>
<tr>
<td>Tumeurs digestives</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancers gynécologiques</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>2 intergroupes labellisés en 2013</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sarcomes</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancers du sein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>3 intergroupes labellisés en 2014</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leucémies</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancers pédiatriques</td>
</tr>
<tr>
<td>Cancers gériatriques</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2 autres intergroupes à labelliser en 2014 : tumeurs urologiques et tumeurs du SNC
**Equipes Mobiles de Recherche CLINIQUE**

- Faciliter la mise en place des essais et des inclusions
- Mettre en place des outils de travail et de suivi
- Participer au repérage des patients
- Assurer le suivi des inclusions
- Améliore la qualité de la recherche clinique, notamment académique

---

**INCa 2007 26 EMRC (70 ETP) – CH/Privés**

**DHOS 2004 (70 ETP – CHU/CLCC**

6 M€ annuels + 380 000 € DGOS 2012
Collaboration INCa et groupes coopérateurs

- Labelliser des intergroupes coopérateurs dans les cancers uro-génitaux et les cancers du système nerveux central en 2014 ;
- Lancer une nouvelle phase de labellisation d’intergroupes coopérateurs (5-7) plus importants à partir de 2016 ;
- Réserver 50% (10 M€) du PHRC-K aux essais thérapeutiques des groupes coopérateurs ;
- Faire soumettre au moins 1 grand essai multicentrique par intergroupe coopérateur chaque année au PHRC-K ;
- Soutenir des essais thérapeutiques de groupes coopérateurs faisant participer des CH, CHG, cliniques, DOM ;
- Prioriser les essais grands essais thérapeutiques soutenus des groupes coopérateurs (EMRC, registre des essais cliniques).
Conclusions

- L’INCa et le PK3 portent une vision intégrée de la cancérologie.
  - Recherche (fondamentale/clinique/technologique)
  - Prévention et dépistages
  - Organisation des soins (recours/autorisations/parcours)
  - Information des malades et du public
  - Définition des bonnes pratiques/ référentiels et évaluation
  - Coordination des acteurs/ efficience
  - Formation

- La chirurgie est la première et souvent la seule étape du traitement → concernée par de très nombreuses mesures du PK3