

# Stratégie décennale de lutte contre les cancers

Feuille de route régionale 2021-2025



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

ARS Bretagne



## Table des matières

1.	CONTEXTE .....	2
1.1	État des lieux des besoins .....	2
1.1.1	Données de santé et déterminants sociaux dans la région.....	2
1.1.2	Données épidémiologiques du cancer dans la région .....	7
1.1.3	Données relatives aux facteurs de risques dans la région .....	9
1.2	État des lieux des ressources .....	10
1.2.1	Panorama des acteurs de la cancérologie en région .....	10
1.2.2	Données sur la prévention et le dépistage en région.....	16
1.2.3	Données sur l'offre de soins et les prises en charge en région .....	18
2.	ENJEUX .....	20
2.1	Bilans des précédents plans cancer .....	20
2.1.1	Plans cancer 2003-2007 / 2009-2013 .....	20
2.1.2	Plan cancer 3 : 2014-2019 .....	21
2.1.3	Principales avancées et initiatives remarquables .....	21
2.1.4	Éléments à approfondir et difficultés persistantes .....	24
3.	OBJECTIFS .....	26
4.	ACTIONS .....	27

# 1. CONTEXTE

## 1.1 État des lieux des besoins

### 1.1.1 Données de santé et déterminants sociaux dans la région

#### Démographie (Source : Insee) :

La Bretagne est une région attractive, représentant 5,2% de la population française, soit 3 371 158 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Sa croissance annuelle entre 2018 et 2021 est de + 0,4 % par an (France métropolitaine : +0,2%/an), la part due au solde naturel est de – 0,1% (France métropolitaine +0,1%) et la part due au solde migratoire de + 0,5% (France métropolitaine +0,1%).

Projections de population à l’horizon 2030 : 3 604 347 habitants.

Projections de population à l’horizon 2050 : 3 905 357 habitants.

En 2020, 22,9% des bretons ont moins de 20 ans ( France métropolitaine : 23,6% ).

La région est attractive, mais vieillissante, avec une tendance qui devrait se poursuivre à l’horizon 2030.  
En 2020 :

- 10,6% des Bretons ont plus de 75 ans (9,6% en France métropolitaine)
- 3,9% des Bretons ont plus de 85 ans (3,4% en France métropolitaine)
- Taux de natalité brut : 9,2 ‰ (10,7 ‰ en France métropolitaine)

La part des plus de 75 ans dans la population bretonne ne fait que croître au cours des trente années à venir :

- 2020 : 10,6% (France métropolitaine : 9,6%)
- 2030 : 13,5% (France métropolitaine : 12,4%)
- 2050 : 18,2% (France métropolitaine : 16,4%)

#### Etat de santé :

L’espérance de vie des bretons est en nette augmentation entre 2000 et 2020, avec une espérance de vie après 60 ans légèrement supérieur à la moyenne nationale.

#### ***Espérance de vie entre 2000 et 2020 :***

	Hommes	Femmes
Espérance de vie à la naissance	74,2 ans => 78,8 ans (France métropolitaine : 79,2 ans)	82,4 ans => 85,4 ans (France métropolitaine : 85,2 ans)
Espérance de vie > 60 ans	19,8 ans => 23 ans (France métropolitaine : 22,8 ans)	25,2 ans => 27,5 ans (France métropolitaine : 27,3 ans)

Mais certains indicateurs de santé restent défavorables :

- 766 décès pour 100 000 habitants sur la période 2013-2015 (727 au niveau national), dont
  - 222 décès pour cause de cancer (214 au niveau national)
  - 194 décès pour cause de maladies de l’appareil circulatoire (173 au niveau national)

- Un taux standardisé de mortalité prématurée (< 65 ans) plus élevé que la moyenne nationale sur la période 2014-2016 :
  - Hommes : 272 (France métropolitaine : 239)
  - Femmes : 118 (France métropolitaine : 115)
- Taux standardisé de mortalité prématurée pour les 3 causes les plus directement liées à l'alcool : 20,9 pour 100 000 habitants (15,5 au niveau national)
- Taux standardisé de mortalité par suicide : 22 pour 100 000 habitants (13,9 en France)
- Taux standardisé de personnes prises en charge pour des maladies psychiatriques : 4586 pour 100 000 habitants (3618 au niveau national)

### **Déterminants sociaux (source : INSEE)**

En Bretagne, le niveau de vie médian des habitants est relativement élevé, en particulier dans les intercommunalités littorales et celles densément peuplées.

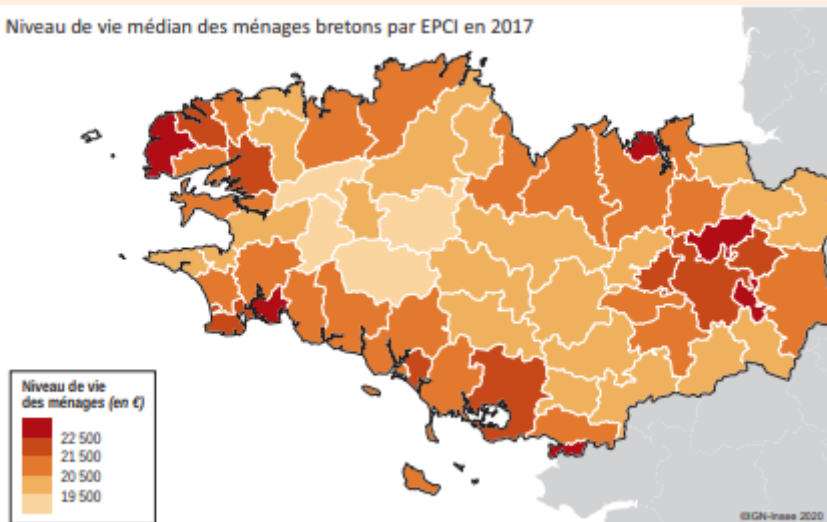
Avec les Pays-de-la-Loire, la Bretagne est la région française qui présente les inégalités de revenus et les taux de pauvreté les plus faibles (respectivement 10,8% et 10,9%, comparés à 14,5% pour l'ensemble de la France Métropolitaine). De plus, avec un niveau de vie médian mensuel de 1 755 €, la Bretagne se positionne sur ce critère au 3<sup>ème</sup> rang des régions françaises derrière l'Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes.

La population aux revenus les plus modestes est cependant relativement importante dans les grandes agglomérations, où se situe la majorité des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV), et dans les territoires peuplés.

La part des pensions, retraites et rentes dans le revenu disponible des ménages est importante en Bretagne, en lien avec une population plus âgée. Seule l'Ille-et-Vilaine affiche une proportion de revenus d'activité relativement élevée, notamment dans les intercommunalités bordant Rennes Métropole.

#### **❶ Des niveaux de vie médians plus élevés sur le littoral et dans les EPCI intégrant une métropole ou des communes denses**

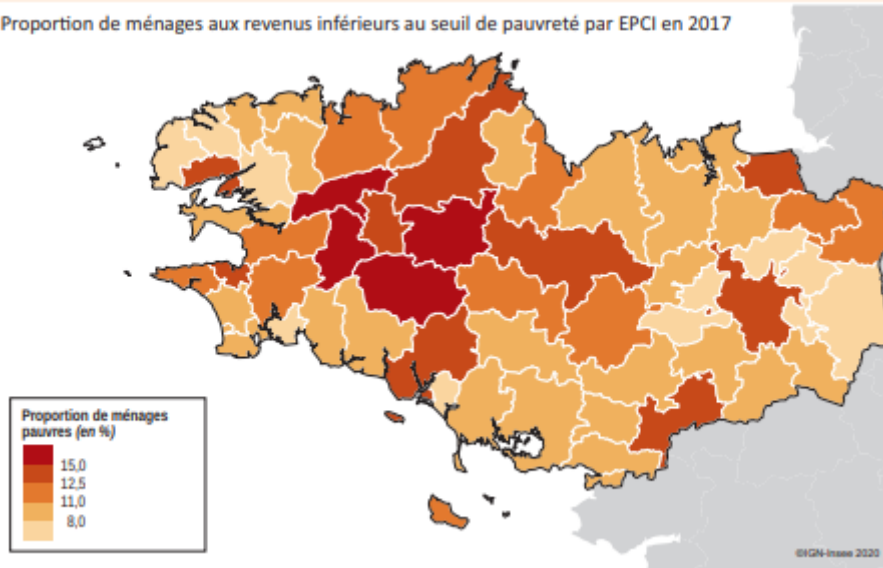
Niveau de vie médian des ménages bretons par EPCI en 2017



Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Fisloaafi) 2017.

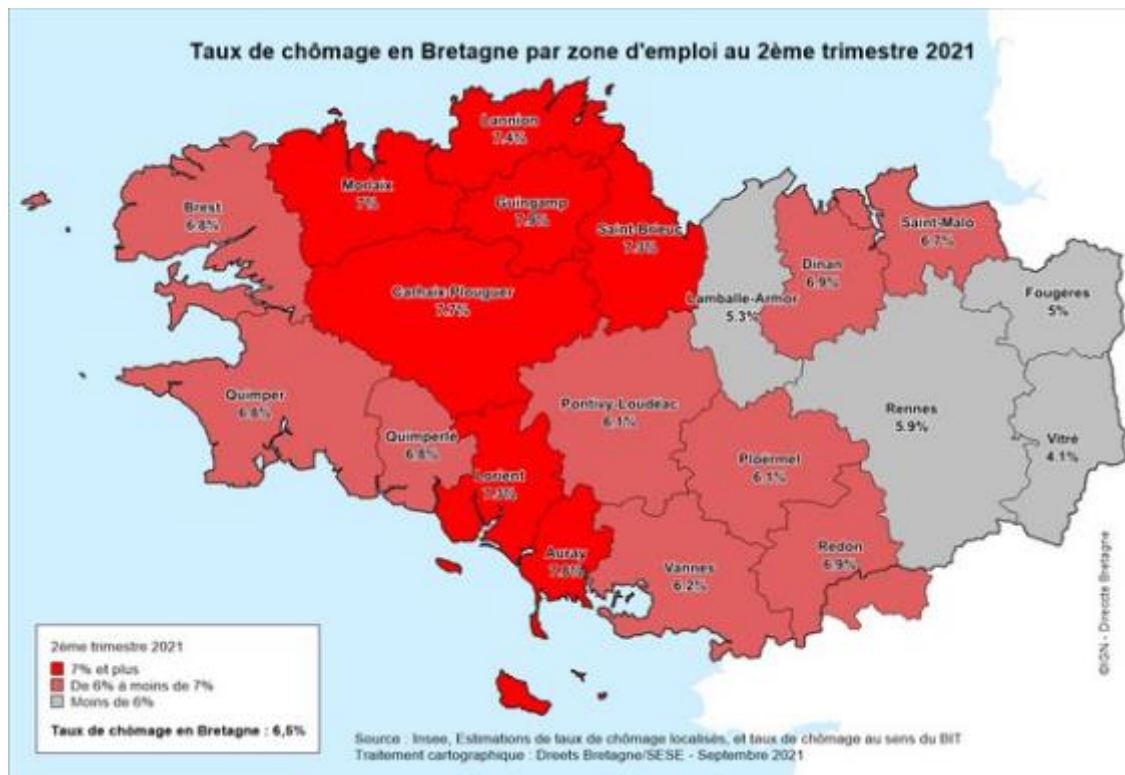
#### 4 Des taux de pauvreté plus élevés dans le Centre Bretagne

Proportion de ménages aux revenus inférieurs au seuil de pauvreté par EPCI en 2017



Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Fislof) 2017.

La Bretagne est également dans une situation plutôt favorable vis-à-vis de l'emploi. Alors que le taux de chômage en France a atteint 7,9 %, au troisième trimestre 2021, la Bretagne possède le niveau le plus bas du pays, à 6,5%. Le bassin de Vitré détient même le record national, à 4%. Les bassins de Rennes (5,8%) et de Pontivy (6,2%) tirent aussi leur épingle du jeu, alors que les bassins brestois et quimpérois plafonnent à 6,9% et 6,8%. Les bassins de la diagonale Lannion-Guingamp-Morlaix-Carhaix-Lorient connaissent, eux, les taux les plus élevés de la région, proches de la moyenne nationale.



La santé de la population et les difficultés d'accès aux soins constituent également des facteurs de précarité. Les personnes en affection de longue durée sont relativement peu nombreuses dans l'agglomération rennaise et dans l'ouest du Finistère. Elles le sont plus dans le centre de la Bretagne, le Morbihan et les Côtes-d'Armor notamment.

La mortalité est plus forte dans le centre-ouest de la région, en particulier avant 65 ans.

Le recours à l'allocation aux adultes handicapés est plus important en Bretagne qu'au niveau national, contrairement à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

La fréquence des maladies professionnelles et des accidents du travail reste plus forte en Bretagne qu'en France.

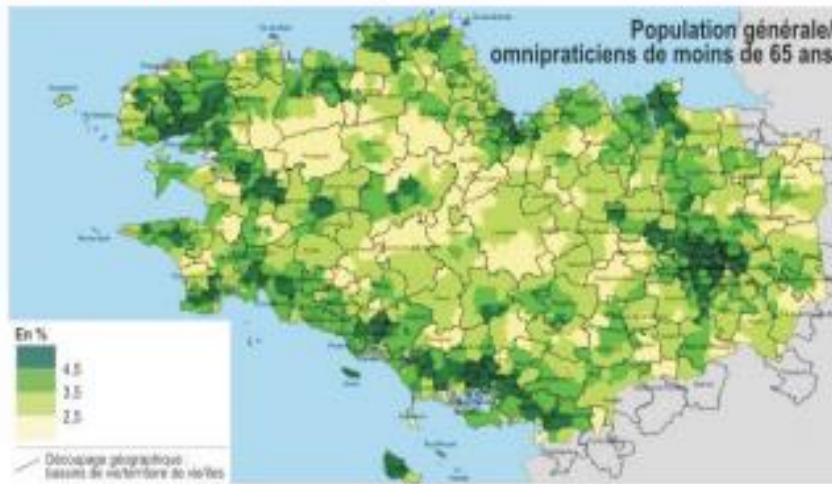
L'intérieur de la région présente une moindre accessibilité aux soins de médecine générale que le littoral et les principales agglomérations. Les personnes sans médecin traitant déclaré sont également plus nombreuses dans le centre de la Bretagne. Peu de communes se trouvent cependant à plus de trente minutes des soins urgents. Le non-recours aux soins est faible en Ille-et-Vilaine et dans le nord du Finistère, mais plus important dans le centre de la région.

#### **Une autre forme de précarité et d'inégalité tient à l'éloignement des populations aux soins.**

Cet éloignement peut être géographique mais peut aussi trouver son origine dans des difficultés à accéder à des soins d'ordre économique, social, ou lié à la dépendance des individus. Parfois les difficultés se combinent : personnes âgées, isolées, en perte de mobilité, dans des territoires en désertification où il est difficile de trouver un nouveau médecin traitant. Le risque est celui du non recours aux soins et à la prévention de populations qui ont besoin de soins. Si la problématique de la désertification rurale est moins vive en Bretagne que dans d'autres régions de France, certains de ses territoires ne sont pas épargnés.

La Bretagne intérieure a une accessibilité moindre aux soins de médecine générale, sauf dans quelques petites et moyennes villes (figure 9). En revanche, l'accessibilité aux soins est d'autant plus forte qu'on est dans une agglomération ou sur le littoral. Le littoral est plus urbanisé mais aussi plus touristique ce qui permet le maintien de cabinets médicaux, même si leur activité est moindre en période non estivale.





Champ : consultations en centres de santé et réalisées par des médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans ayant pratiqué au moins 250 actes dans l'année, à l'exclusion de certains médecins généralistes d'exercice particulier (allergologues, médecine d'urgence, ...).

Source : DREES 2017.

**Les complémentaires santé** (CMUC, ACS, Mutuelle) permettent de couvrir ou réduire le reste à charge pour les assurés sur les soins non remboursés par la sécurité sociale.

À noter que toutes les personnes qui pourraient bénéficier de la CMUC et de l'ACS ne demandent pas systématiquement l'accès à ces droits et, au contraire, on observe que le taux de couverture est bas en Bretagne, comparativement aux autres régions. Le poids des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS est plus important dans les grandes villes, notamment à Rennes et à Brest, ainsi que dans le centre de la Bretagne.

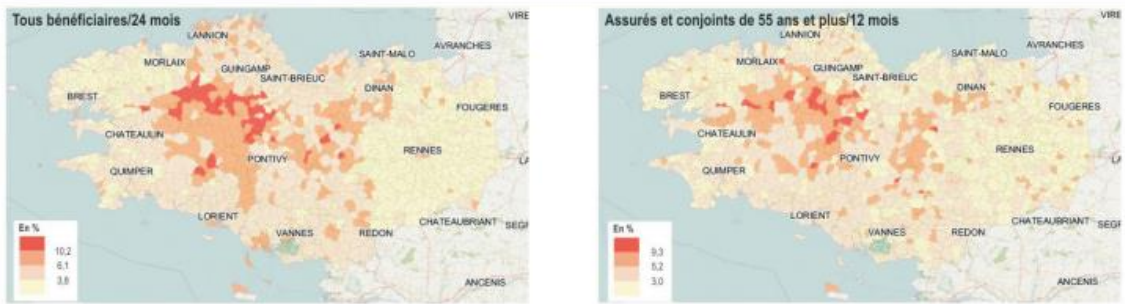
La cartographie des **bénéficiaires avec soins sans mutuelle** fait ressortir **les Côtes-d'Armor** comme abritant des usagers du système de santé sans mutuelle, notamment dans sa partie ouest autour de Guingamp. Il en va de même mais à un degré moindre pour le pourtour de l'Ille-et-Vilaine et le nord du Morbihan. En revanche, le Finistère apparaît plus préservé.

### Poids du non-recours à tous types de soins

Le non-recours aux soins peut s'expliquer par une bonne santé mais aussi pour des raisons financières ou de difficultés d'accès, ou encore par un manque de sensibilisation aux questions de santé. Si le non-recours n'est pas synonyme de renoncement, un taux élevé de non-recours sur une période longue (24 mois, 12 mois pour les populations âgées de plus de 55 ans), même pour une simple visite de contrôle, doit alerter à l'échelle d'un territoire et orienter la politique de santé publique vers ces populations.

Le non-recours aux soins est rare en Ille-et-Vilaine et dans le nord du Finistère (figures 15 et 16). Les Côtes-d'Armor et le Morbihan sont en revanche plus touchés, notamment vers la partie centrale de la Bretagne, et en particulier l'ouest de celle-ci.

**15-16 Poids du non-recours à tous types de soins**



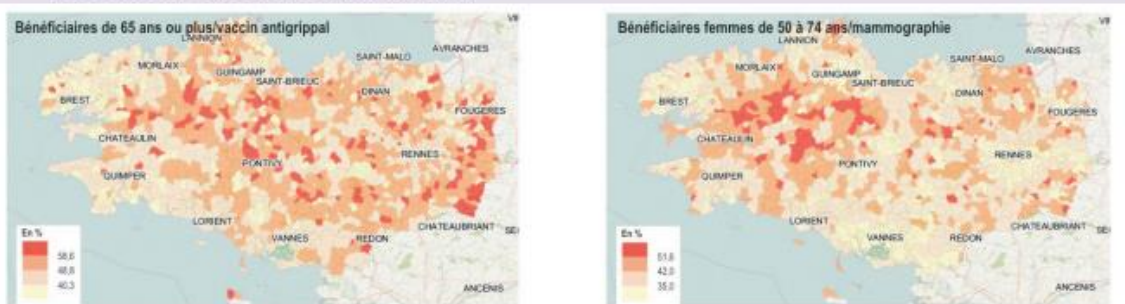
Ratio : nombre de bénéficiaires sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois / nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droit) du RG (millésime 2016).  
Notes : Carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord. Le non-recours concerne les actes médicaux, paramédicaux, les prescriptions et les hospitalisations.  
Champ : régime général.  
Source : CNAM, SIAM, ERASME.

Ratio : nombre d'assurés et conjoints sans recours aux soins au cours des 12 derniers mois / nombre d'assurés et conjoints IR (55 ans et plus) (millésime 2015).  
Notes : carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord. Le non-recours concerne les actes médicaux, paramédicaux, les prescriptions et les hospitalisations.  
Champ : inter-régime.  
Source : CNAM, SIAM, ERASME, MSA.

**Poids du non-recours à la prévention sur 24 mois : vaccin antigrippal, mammographie**

Le recours à la prévention contre la grippe par le biais de la vaccination est plus faible dans l'est de l'Ille-et-Vilaine, tandis que l'ouest et les littoraux paraissent mieux couverts par cette prévention (figure 18). Le dépistage des cancers par mammographie montre une meilleure prévention dans les villes, à l'exception des deuxième et troisième couronnes de Rennes (figure 19). Dans le centre ouest de la Bretagne, le taux de couverture n'atteint pas 50 % dans de nombreuses communes. Il est à noter que ces deux cartes offrent une vision partielle de l'accès à la prévention, dans la mesure où d'autres types de vaccination et d'actions de dépistage ou d'information existent qui ne sont pas examinés ici.

**18-19 Poids du non-recours à la prévention sur 24 mois**



Ratio : nombre de bénéficiaires n'ayant pas eu un acte de Vaccination Anti Grippe sur les 24 derniers mois / nombre de bénéficiaires du RG (65 ans et +) (millésime 2016).  
Note: carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord.  
Champ : régime général.  
Source : CNAM, SIAM, ERASME.

Ratio : nombre de bénéficiaires femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas eu un acte de mammographie sur les 24 derniers mois / nombre de bénéficiaires femmes de 50 à 74 ans (millésime 2016).  
Note: Carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord.  
Champ : régime général.  
Source : CNAM, SIAM, ERASME.

**1.1.2 Données épidémiologiques du cancer dans la région**

La population bretonne représente 5% de la population française, c'est-à-dire 3 358 524 habitants.

Sur le plan épidémiologique **concernant les cancers**, si des progrès sont notables, la position régionale reste en partie défavorable.



En effet, la région comptabilise 5% des nouveaux cas en France, soit 19 000 nouveaux cas/ an, dont 43% de femmes et 57% d'hommes. L'incidence pour les femmes en Bretagne est légèrement inférieure à la moyenne nationale (- 4%), et comparable à la moyenne nationale pour les hommes (+1%).

L'âge médian au premier traitement à visée anticancéreuse est de 66 ans pour les femmes (67 ans au niveau national), 70 ans pour les hommes (68 ans au niveau national).

**Concernant la mortalité**, le cancer est la cause de 27% des décès dans la région (40% de femmes/60% d'hommes). Si pour les femmes la mortalité due au cancer est légèrement inférieure à la moyenne nationale (-2%), pour les hommes, elle est supérieure à la moyenne nationale de 7%.

La part des décès survenant avant 65 ans est comparable à la moyenne nationale : 23 % pour les femmes (24 % au niveau national), 26% pour les hommes (27% au niveau national).

Les cancers les plus fréquents, cumulant plus de 50% des nouveaux cas, en Bretagne sont :

Pour les femmes :

- Le cancer du sein : 30,9%
- Le cancer colorectal : 13%
- Le cancer du poumon : 6,8%

Pour les hommes :

- Les cancer de la prostate : 26,7%
- Le cancer du poumon : 13,4%
- Le cancer colorectal : 12%

Au sein de la région, des disparités départementales notables sont observées quant à l'incidence et à la mortalité de certains cancers. En effet, l'Ille-et-Vilaine et les Côtes-d'Armor ont plus souvent une incidence et une mortalité plus proches de celles de la métropole que le Finistère et le Morbihan.

Dans le Finistère, il existe une sur-incidence et une sur-mortalité des cancers de l'œsophage et de la sphère Larynx-Bouche-Pharynx chez l'homme, ainsi que du cancer du poumon dans les deux sexes.

Dans le Morbihan, il existe une sur-mortalité du cancer de la prostate.

En Ille et Vilaine, seul le cancer du foie chez l'homme est en sur-incidence.

Au sein des cancers, on individualise les **cancers de mauvais pronostics**. Il s'agit des localisations cancéreuses dont le taux de survie net standardisé sur l'âge à 5 ans est inférieur à 33 %. Il s'agit du poumon, du foie, du pancréas, de l'estomac, du système nerveux central, de l'œsophage et de la Leucémie Aigue Myéloïde. D'autres localisations cancéreuses sont de mauvais pronostics en raison de leurs caractéristiques histologique ou de leur stade d'évolution au moment de leur découverte.

En Bretagne, les cancers de mauvais pronostics représentent 22,7 % des cancers diagnostiqués (22% au niveau national).

### Localisation cancéreuse par rapport à la moyenne nationale :

	FEMMES	HOMMES
SUR-MORTALITE	Estomac (+31%) Mélanome (+28%)	Œsophage (+54%) Testicule (+38%)
SUR-INCIDENCE	Œsophage (+18%) Estomac (+12%)	Oesophage (+34%) LBP (+26%)
SOUS-MORTALITE	Thyroïde (-20%) Pancréas (-13%)	Vessie (-23%) Pancréas (-10%)
SOUS-INCIDENCE	Pancréas (-19%) Thyroïde (-17%)	Thyroïde (-20%) Pancréas (-18%)

### 1.1.3 Données relatives aux facteurs de risques dans la région

Vis-à-vis des principaux facteurs de risque, la situation bretonne est mitigée. Si on observe une prévalence du tabagisme quotidien proche de la moyenne nationale, la consommation d'alcool est supérieure à la moyenne nationale chez les hommes, et la prévalence de la surcharge pondérale, quant à elle, est inférieure à la moyenne nationale.

	BRETAGNE	FRANCE
TABAC	<b><i>Prévalence proche de la moyenne nationale</i></b> 26,5% de fumeurs quotidiens 30% des jeunes sont fumeurs quotidiens	26,9% de fumeurs quotidiens 25,1% des jeunes sont fumeurs quotidiens
ALCOOL	<b><i>Consommation supérieure à la moyenne nationale chez les hommes</i></b> 10,7% de consommateurs quotidiens 18,3% des <b>hommes consommateurs quotidiens</b>	10 % de consommateurs quotidiens 15,2% des <b>hommes consommateurs quotidiens</b>
SURCHARGE PONDERALE	<b><i>Prévalence inférieure à la moyenne nationale</i></b> 40,7% des femmes 48,6% des hommes	44,2% des femmes 53,9% des hommes
RADON	<b><i>Exposition de la population supérieure à la moyenne nationale</i></b> 81.8 % de la population bretonne réside en zone à potentiel radon significatif. 20% des décès par cancer du poumon seraient attribuables en Bretagne à une exposition domestique au radon, soit 200 décès par an.	Environ 18% de la population française réside en zone à potentiel radon significatif. 10 % des décès par cancer du poumon attribuables en France à une exposition domestique au radon, soit 3000 décès par an.

En Bretagne, on observe :

- Une hausse importante et constante de l'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes. Le tabac en est le principal facteur de risque. A noter que la Bretagne est également exposée aux risques liés au radon qui représenterait 20% des décès par cancer du poumon et qui agit en synergie avec le tabac. Pour une exposition au radon donnée, la probabilité vie entière

de décès par cancer du poumon pour un fumeur est multipliée par un facteur entre 10 et 30 par rapport à un non-fumeur selon l'historique tabagique.

- Une sur-incidence et/ou une sur-mortalité des cancers de l'estomac et de l'œsophage chez les deux sexes, et de la lèvre-bouche-pharynx et du foie chez l'homme. La consommation de tabac, d'alcool et l'association combinée tabac-alcool sont des facteurs de risques majeurs de ces cancers.

- Une sur-mortalité du mélanome de la peau chez les deux sexes. La Bretagne est la région la plus touchée. L'exposition au soleil (liée aux habitudes de vie ou aux activités professionnelles) compte parmi les plus importants facteurs de risque.

- Une sous-incidence des cancers du pancréas et de la vessie chez la femme. Le tabac est le principal facteur de risque commun à ces cancers.

## **1.1 État des lieux des ressources**

### **1.2.1 Panorama des acteurs de la cancérologie en région**

#### **A. Les établissements autorisés en cancérologie :**

##### **Territoire de santé n°1**

###### **CHU Brest**

###### **Morvan**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie et hors soumis à seuil

###### **Cavale Blanche**

- Chirurgie : Digestif, Urologie, thoraciques et hors soumis à seuil
- Curiethérapie
- Radiothérapie
- Utilisation radioéléments en sources non scellées

###### **Polyclinique Keraudren/Grand Large – Brest**

- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, Sénologie, Thorax, Urologie et hors soumis à seuil

###### **Clinique Pasteur – Lanroze – Brest**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, ORL et maxillo-faciale et hors soumis à seuil

###### **Calibrest – Centre Finistérien de Radiothérapie et d'Oncologie**

- Radiothérapie

###### **Centre Hospitalier des Pays de Morlaix**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Sénologie et hors soumis à seuil

###### **CMC de la Baie de Morlaix**

- Chirurgie : Digestif, ORL et maxillo-faciale, Urologie et hors soumis à seuil

##### **Territoire de santé n°2**

###### **CHIC de Cornouaille – Quimper**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie et hors soumis à seuil
- Radiothérapie

###### **Clinique Mutualiste de Bretagne Occidentale**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie, Thorax, Urologie et hors soumis à seuil

### Territoire de santé n°3

#### Groupe Hospitalier de Bretagne Sud – Lorient

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie et hors soumis à seuil
- Radiothérapie

#### Clinique Mutualiste Porte de l’Orient – Lorient

- Chirurgie : Digestif, Urologie et hors soumis à seuil

#### Clinique du Ter – Ploemeur

- Chirurgie : Digestif, ORL et maxillo-faciale, Sénologie, Thorax et hors soumis à seuil

### Territoire de santé n°4

#### Centre hospitalier A. Guerin – Plöermel

- Chirurgie : Digestif et hors soumis à seuil

#### Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA) – Site de Vannes

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie, Urologie et hors soumis à seuil

#### Hôpital Privé Océane – Vannes

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie, Thorax, Urologie et hors soumis à seuil

#### **Centre d’Oncologie St Yves – Vannes**

- Curiethérapie
- Radiothérapie

### Territoire de santé n°5

#### CHU Rennes

##### **Site Pontchaillou**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, ORL et maxillo-faciale, Thorax, Urologie et hors soumis à seuil

##### **Site Hôpital Sud**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Gynécologie et hors soumis à seuil

#### Centre Eugène Marquis – Rennes (CRLCC)

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Sénologie et hors soumis à seuil
- Curiethérapie
- Radiothérapie
- Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées

#### Clinique mutualiste de la Sagesse – Rennes

- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie et hors soumis à seuil

#### Polyclinique Saint-Laurent – Rennes

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Thorax et hors soumis à seuil

#### Hôpital Privé Sévigné – Cesson Sévigné

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, ORL et maxillo-faciale, Urologie et hors soumis à seuil

#### Centre Hospitalier Privé – Saint-Grégoire

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie, Thorax, Urologie et hors soumis à seuil

#### Institut de Cancérologie Radiothérapie Brétilien (ICRB)

#### **Site CHP St Grégoire**

- Curiethérapie
- Radiothérapie

#### **Centre Hospitalier – Fougères**

- Chirurgie des cancers digestifs et hors soumis à seuil

#### **Centre Hospitalier – Vitré**

- Chirurgie : Digestif et hors soumis à seuil

#### **Territoire de santé n°6**

##### **Centre Hospitalier Saint-Malo**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie et hors soumis à seuil

##### **Clinique de la Côte d’Emeraude – Saint-Malo**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Urologie et hors soumis à seuil

##### **Institut de Cancérologie Radiothérapie Brétilien (ICRB) – Site Saint-Malo**

- Radiothérapie

##### **Polyclinique du Pays de Rance – Dinan**

- Chirurgie : Digestif, ORL et maxillo-faciale, Sénologie, Urologie et hors soumis à seuil

#### **Territoire de santé n°7**

##### **Centre Hospitalier Guingamp**

- Chirurgie : Digestif, Sénologie et hors soumis à seuil

##### **Centre Hospitalier – Lannion-Trestel**

- Chirurgie : Gynécologie et hors soumis à seuil

##### **Polyclinique du Trégor – Lannion**

- Chirurgie : Digestif, ORL et maxillo-faciale, Sénologie, Urologie et hors soumis à seuil

##### **Centre Hospitalier Yves Le Foll – Saint Brieuc**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie, Thorax et hors soumis à seuil

##### **Hôpital Privé des Côtes d’Armor – Plérin**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, Gynécologie, ORL et maxillo-faciale, Sénologie, Urologie et hors soumis à seuil

##### **Centre Armoricaïn de Radiothérapie, d’Imagerie Médicale et d’Oncologie – CARIO**

- Curiethérapie
- Radiothérapie

#### **Territoire de santé n°8**

##### **GH Centre Bretagne – Pontivy**

- Chimiothérapie
- Chirurgie : Digestif, ORL et maxillo-faciale, Sénologie et hors soumis à seuil

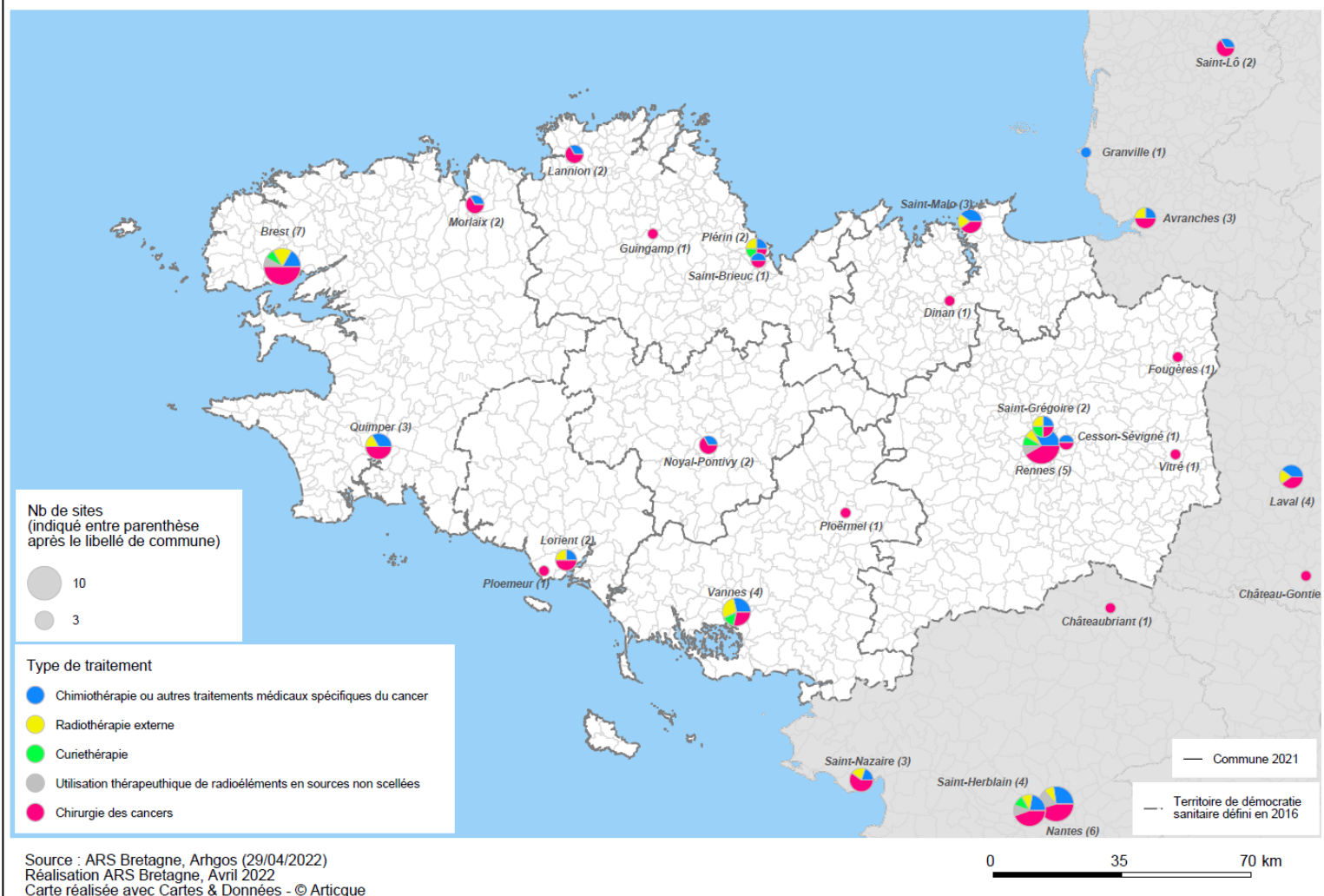
##### **Polyclinique de Kério – Pontivy**

Chirurgie : Digestif, Urologie et hors soumis à seuil



## La cartographie des activités de traitements du Cancer en 2022

### Traitement du cancer : localisation des activités en 2022



### B. Les réseaux en cancérologie en Bretagne :

#### ▪ **Oncobretagne** : réseau régional de cancérologie – Dispositif spécifique régional du cancer

Le réseau régional en cancérologie joue un rôle important pour accompagner les professionnels, les établissements de santé autorisés au traitement du cancer dans une démarche de coordination et d'amélioration de la qualité des organisations et des pratiques en cancérologie. Sa finalité est de garantir à tous les patients, par une harmonisation des pratiques, un accès égal à des soins de qualité en cancérologie, quels que soient le lieu et la structure de prise en charge. Il se constitue en tant qu'interlocuteur privilégié pour les professionnels, mais également pour l'ARS : le réseau peut être mobilisé pour accompagner la politique régionale en cancérologie.

Les principaux champs de contribution du réseau régional de cancérologie :

- Assurer la lisibilité de l'offre de prise en charge en cancérologie ;
- Soutenir la qualité/sécurité des pratiques de l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir dans le parcours des patients ;
- Accompagner les évolutions de l'offre de soins ;

- Promouvoir des actions coordonnées dans les champs de la cancérologie, adulte, pédiatrique et gériatrique.

Oncobretagne s'articule avec les autres réseaux thématiques en cancérologie, comme suit.

- **Oncopédiatrie : réseau POHO**

La rareté et la diversité des cancers de l'enfant nécessitent une organisation régionale, voire inter-régionale avec des équipes spécialisées dans les centres de référence qui ont la responsabilité du diagnostic, des décisions thérapeutiques et de la conduite de soins et qui travaillent aux côtés des équipes de proximité afin de permettre dès que possible de rapprocher l'enfant de son domicile tout en lui garantissant la qualité et la sécurité des soins prodigués.

Le réseau POHO (Pédiatrie Onco Hémato Ouest) a pour objet de favoriser la continuité des soins quel que soit le lieu de prise en charge du patient, en tenant compte de la dimension psycho sociale du patient.

- **Oncohématologie : réseau BREHAT**

L'association BREHAT est une association loi 1901 qui a pour but de favoriser, par le moyen d'un réseau d'expertise :

- le développement de l'hématologie en Bretagne,
- de promouvoir la recherche et les échanges en hématologie,
- de participer à la formation des personnes et des groupes s'intéressant à l'hématologie afin de garantir à tous les patients un égal accès à des soins de qualité en hématologie.

Dans cette perspective, des RCP en hématologie sont organisés des RCP en hématologie ainsi que des journées dédiées ;

- **Oncogénétique : Phare Grand Ouest**

Le groupe Phare Grand Ouest regroupe 8 équipes d'oncogénétique de 4 régions : **Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes** et une équipe de coordination inter-régionale. Son objectif est de **coordonner et améliorer la prise en charge multidisciplinaire des personnes ayant une prédisposition génétique aux cancers** du sein ou des ovaires (porteuses d'une mutation constitutionnelle délétère des gènes BRCA1 ou BRCA2 ou présentant un risque de cancer du sein supérieur à 20% selon le logiciel BOADICEA) ou aux cancers digestifs (syndrome de LYNCH avec mutation sur un gène MMR identifiée).

Pour le **Grand Ouest**, une **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) inter-régionale de recours** existe depuis 2007 pour discuter des dossiers d'oncologie génétique posant un problème diagnostique, moléculaire ou de prise en charge.

- **Oncologie Bretagne Adolescents et Jeunes Adultes : OBAJA**

Le dispositif régional OBAJA a été créé pour répondre aux problématiques spécifiques qui persistent chez les Adolescents et Jeunes adultes atteints de cancers : retard diagnostique, adhésion thérapeutique, répercussions psychosociales. On observe également pour ces jeunes (15-25 ans) des **disparités de traitement et d'accompagnement**, fonction notamment du lieu de prise en charge (structures adultes ou pédiatriques).

OBAJA a pour missions de :

- Recenser l'ensemble des Adolescents et Jeunes Adultes (15-25 ans) suivis en Bretagne pour un cancer ;
- Favoriser la double expertise adultes/ pédiatrie pour les prises de décisions thérapeutiques

- Évaluer et réévaluer les besoins en Soins Oncologiques de Support aux Adolescents et Jeunes Adultes : Accompagnement psycho-social, scolarité, formation et apprentissage, orientation / Insertion professionnelle, fertilité / sexualité, diététique, addictologie ; socio-esthétique... ;
- Informer et orienter les jeunes et leur entourage ;
- Accompagner, informer et former les équipes ;
- Favoriser la recherche.

▪ **Oncogériatrie : l'Unité de coordination d'oncogériatrique (UCOG)**

Les missions des UCOG déclinées par l'INCa sont de :

- Mieux adapter les traitements par des décisions conjointes cancérologue/gériatre ;
- Promouvoir la prise en charge de ces patients pour la rendre accessible à tous ;
- Contribuer au développement de la recherche en oncogériatrie ;
- Soutenir la formation et l'information.

L'UCOG en Bretagne a été déployée selon un dispositif original et ambitieux :

- Sollicitation et participation des acteurs des secteurs privés et publics,
- Représentativité des 4 départements bretons, des 7 territoires de santé,
- Coordination régionale et territoriale : des infirmières coordinatrices ont été recrutées sur chaque territoire de santé,
- Comités territoriaux : au sein de chaque territoire de santé, des « référents » oncologues, hématologues, gériatres ont été proposés. Les missions de ces comités sont de mettre en lien les acteurs impliqués dans la prise en charge du cancer.

▪ **Pôle régional de cancérologie**

En Bretagne, sous l'impulsion de l'ARS, il a été créé un Pôle Régional de Cancérologie unique (CHU à Brest / CHU et Centre de Lutte Contre Le cancer à Rennes rassemblés au sein de l'Institut Rennais de Cancérologie). Le Pôle Régional a débuté ses activités en septembre 2011.

Une équipe de coordination (médecins, ARC, assistantes) a été mise en place de façon coordonnée sur les deux sites avec pour missions :

- l'organisation des activités de recours : organisation des RCP de recours régionales et RCP tumeurs rares (cas complexes, demandes de second avis, ...), l'inventaire des ressources existantes, des projets de dimension régionale,
- l'amélioration de l'accès à l'innovation et à la recherche : les travaux du pôle ont permis la création d'un **annuaire interrégional des essais cliniques** et la structuration d'un réseau de recherche d'essais cliniques dans l'inter-région : **le réseau ARPEGO** (Accès à la Recherche clinique Précoce et innovante dans le Grand Ouest) en collaboration avec l'ICO Nantes-Angers. Le réseau structure une réunion hebdomadaire analysant les cas de patients venant de l'ensemble du grand ouest, de structures privées ou publiques, et permet une recherche systématique et complète d'un accès à un essai thérapeutique.
- l'organisation et la coordination d'actions de formation.

Le Pôle Régional de Cancérologie travaille en collaboration avec tous les partenaires de la cancérologie en Bretagne : Réseau Régional de Cancérologie (OncoBretagne), réseaux territoriaux de cancérologie, structures de soins publiques et privées, Centres de Coordination en Cancérologie (3C).

### C. Les centres de consultations de pathologies professionnelles et environnementales :

Ces centres, positionnés au CHU de Rennes et au CHU de Brest, ne feront plus qu'un au niveau régional, à compter du 01/10/2022. Ils assurent la prise en charge clinique des personnes présentant des pathologies complexes pouvant être en lien avec le travail ou l'environnement (1 400 consultations en 2021).

En matière de cancer, ils interviennent en oncologie professionnelle, réalisent de la surveillance de travailleurs exposés à des cancérogènes, contribuent au dépistage des cancers professionnels (amiante, bois, silice...), et au maintien dans l'emploi (via l'aide à la décision d'aptitude notamment). Ils ont également des missions d'enseignement et de recherche scientifique.

#### 1.2.2 Données sur la prévention et le dépistage en région

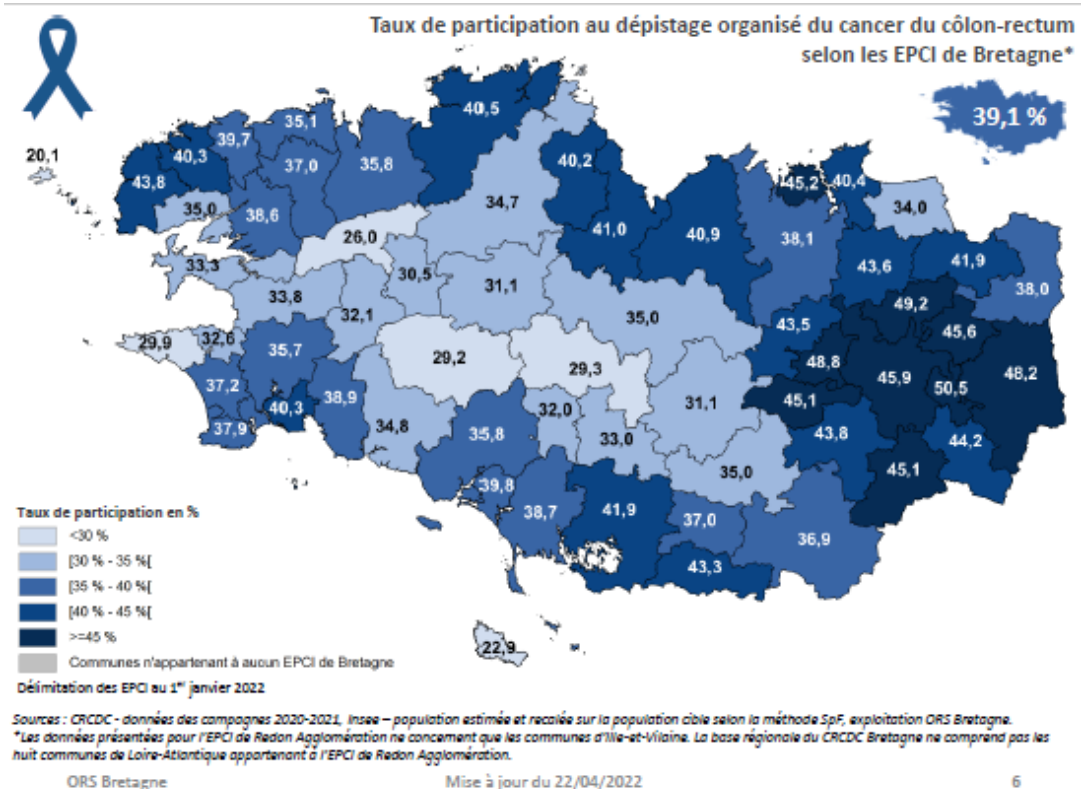
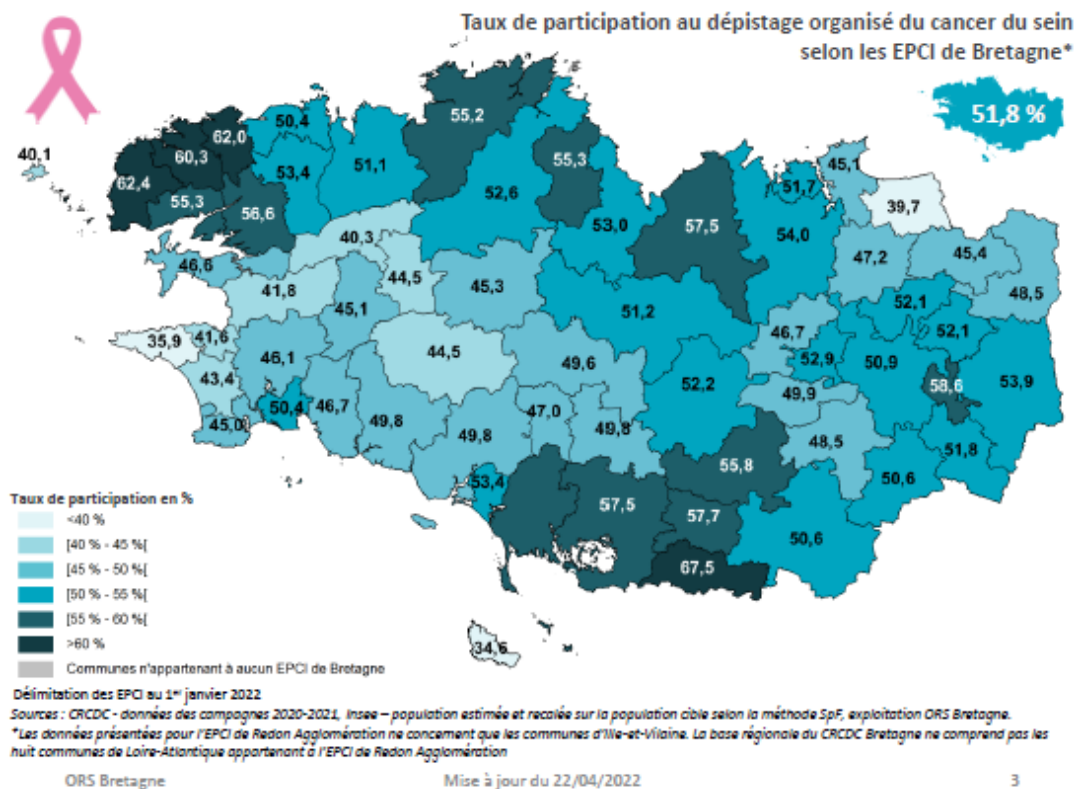
Le Centre Régional de Coordination de Dépistage des Cancers en Bretagne (CRCDC Bretagne) est né le 1er janvier 2019 de la fusion des 4 anciennes structures de gestion départementales de dépistage organisé des cancers. Il a pour mission de :

- de gérer et d'assurer la sécurité des fichiers des personnes ciblées par les dépistages ;
- d'inviter les populations concernées au dépistage ;
- de participer à la sensibilisation et à l'information des populations concernées ;
- d'organiser la formation des médecins et professionnels de santé sur les dépistages ;
- d'assurer le suivi des dépistages ;
- de veiller à la qualité du dispositif ;
- de collecter les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes.

Les taux de participation aux dépistages sont supérieurs à la moyenne nationale en Bretagne (source Santé Publique France) :

- Dépistage organisé du cancer du sein en 2019-2020 : 51,2% de taux de participation (moy nationale : 45,6%)
- Dépistage organisé du cancer colo-rectal en 2019-2020 : 31,7% de taux de participation (moy nationale : 30,5%)
- Dépistage individuel et organisé du cancer du col de l'utérus en 2017-2019 ; 62,4% de taux de participation (moy nationale : 58,2%)

Il existe néanmoins des disparités territoriales. Par exemple, en ce qui concerne le dépistage des **cancers colo-rectaux**, le taux de participation atteint 39,5% en Ille et Vilaine, contre 27,4% dans le Morbihan.





En matière de prévention anti-infectieuse, on note que, malgré une progression ces dernières années, la **couverture vaccinale contre le HPV** chez les jeunes filles reste faible en Bretagne : 57,7 % pour une dose chez les filles âgées de 15 ans (cohorte 2006) et 48,6 % pour le schéma complet chez les filles âgées de 16 ans (cohorte 2005).

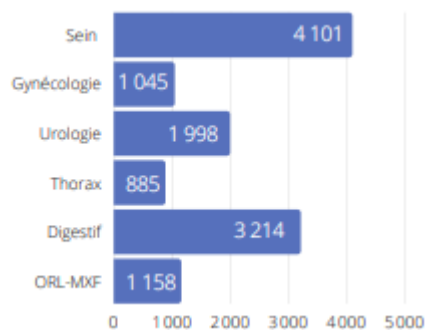
Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées en Ile-et-Vilaine et dans le Finistère. Les couvertures vaccinales en Bretagne sont supérieures d'environ 10 points aux couvertures vaccinales nationales mais restent insuffisantes pour prévenir la circulation du papillomavirus humain.

La comparaison des couvertures vaccinales 1 dose chez les jeunes filles de 15 ans en 2020 et 2021 (nées respectivement en 2005 et 2006) montre une progression de 6,4 points. De même, un gain de couverture vaccinale de 6,0 points est observée chez les jeunes filles de 16 ans entre 2020 et 2021. Ces augmentations, pourraient témoigner de l'impact positif de l'abaissement de l'âge de la vaccination à 11 ans mais peut être également du renforcement de la communication autour de la vaccination. Chez les garçons, la couverture vaccinale 1 dose à 15 ans était de 7,6 %.

### 1.2.3 Données sur l'offre de soins et les prises en charge en région

#### Chiffres d'activité :

- ✓ 322 228 Hospitalisations ayant un diagnostic principal de cancer, soit 22,3% de l'activité hospitalière totale (20,8% au niveau national)
- ✓ 26 662 chirurgies du cancer, dont 42,1% en ambulatoire (33% au niveau national)
- ✓ 12 401 excrèses pour 6 localisations principales en 2020 (-0,4% par rapport à 2019 en raison probablement du contexte de pandémie COVID)



- ✓ 175 865 séjours et séances de chimiothérapie /an
- ✓ 106 462 séjours et séances de radiothérapie en secteur hospitalier
- ✓ 60 375 passages en RCP /an

#### Démographie médicale :

La situation est contrastée en fonction des spécialités, on observe une densité de professionnels plutôt inférieure au niveau national .

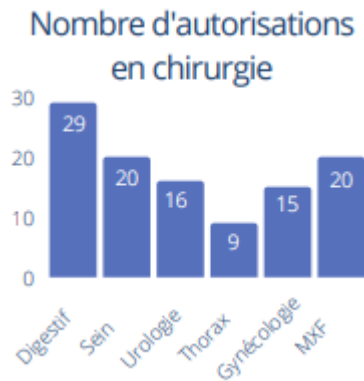
- ✓ Radiologie : 51 professionnels soit une densité de 1,52/100 000 habitants (1,46 au niveau national)
- ✓ Anatomocytopathologie : 61 professionnels soit une densité de 1,82/ 100 000 habitants (2,49 au niveau national). A noter que 38% des professionnels sont âgés de plus de 55 ans.

- ✓ Oncologie médicale : 55 professionnels, soit une densité de 1,64 /100 000 habitants (2,04 au niveau national)

Equipements :

42 établissements détiennent au moins une autorisation de traitement du cancer :

- ✓ 11 en radiothérapie
- ✓ 20 en chimiothérapie
- ✓ 35 en chirurgie



Le taux d'équipements régional en IRM est correct, plutôt supérieur à la moyenne nationale : 63 IRM installés, soit un taux d'équipement de 23,8 / 1 million d'habitants (19,4 au niveau national).

## 2. ENJEUX

### 2.1 Bilans des précédents plans cancer

Portés par la présidence de la République, les Plans cancer français ont consacré une approche harmonisée, intégrée et transversale de la lutte contre la maladie (recherche, prévention, organisation des soins et de l'après cancer).

#### **2.1.1 Plans cancer 2003-2007 / 2009-2013**

Le **Plan cancer 2003-2007** a structuré la filière cancérologique française tout en garantissant qualité et sécurité des soins aux malades :

- Il a organisé et décliné la coordination des acteurs (soins et recherche en particulier).
- Il a fait reculer la consommation de tabac.
- Il a permis de généraliser dès 2004 le dépistage organisé du cancer du sein et d'expérimenter le dépistage organisé du cancer colorectal.
- Il a défini le standard minimum de qualité dans la prise en charge des pathologies cancéreuses, en ses 3 filières thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie), par la mise en place de critères opposables aux établissements de santé pour leurs demandes d'autorisation en cancérologie.

Sept cancéropôles ont été mis en place pour animer la recherche en régions.

Enfin, la création en 2005 de l'Institut national du cancer (INCa) a doté l'État d'une agence sanitaire et scientifique chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer.

Le **Plan cancer 2009-2013** a focalisé les efforts sur la personnalisation des prises en charge et sur le déploiement des innovations thérapeutiques. Par ailleurs, il a consolidé qualité et sécurité des soins sur l'ensemble du territoire. Il a permis de généraliser dès 2009 le dépistage organisé du cancer colorectal.

Illustrant l'accès à la médecine personnalisée, il a adapté l'organisation de la prise en charge des enfants et des patients âgés atteints de cancer, ainsi que des personnes atteintes de cancers rares. On peut ici également citer l'expérimentation des Programmes Personnalisés de Soins et de l'Après Cancer (PPS et PPAT).

La recherche en génomique des cancers et en innovations thérapeutiques a progressé, à l'instar de la participation des usagers malades aux essais cliniques.

Néanmoins, la continuité des parcours des patients, la coordination entre équipes hospitalières et structures ambulatoires, la prise en compte du retentissement de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle et la compréhension des inégalités face au cancer subsistent malgré les avancées significatives conduites par les deux 1ers Plans cancer.

### **2.1.2 Plan cancer 3 : 2014-2019**

Le **Plan cancer 2014-2019** a donc repris pour partie ces derniers éléments, intégré d'autres constats et décliné 3 priorités : diminution de l'incidence des cancers, baisse de la mortalité et amélioration de la qualité de vie des personnes touchées.

Les desseins portés par ce 3e Plan cancer se résument ainsi :

Axe 1 : Guérir plus de personnes malades

Axe 2 : Préserver la continuité et la qualité de vie

Axe 3 : Investir dans la prévention et la recherche

Axe 4 : Optimiser le pilotage et les organisations

De manière générale, on a observé une forte mobilisation des ARS dans la mise en œuvre du plan cancer 2014-2019.

Certaines thématiques ont été globalement particulièrement investies en raison de l'existence d'un programme régional antérieur, et/ou de l'appropriation de démarches portées au niveau national.

D'autres thématiques ont été globalement moins investies car plus récentes et/ou plus complexes, et/ou nécessitant une interaction entre le secteur médical et le secteur médicosocial.

### **2.1.3 Principales avancées et initiatives remarquables**

#### **Axe 1 : Guérir plus de malades**

On observe globalement au niveau national :

- ✓ une généralisation du DOCCU dans toutes les régions,
- ✓ La régionalisation des structures de coordination des dépistages,
- ✓ La structuration de filières entre les territoires d'outre-mer et les lieux de prise en charge en métropole,
- ✓ L'amélioration des parcours AJA et oncogériatrie,
- ✓ L'amélioration de l'accès aux essais cliniques et aux consultations d'oncogénétique.

**La Bretagne** s'inscrit dans ces axes d'amélioration, et on peut noter en terme d'initiatives remarquables concernant les soins :

- ✓ L'intégration des **réseaux territoriaux de cancérologie** aux autres réseaux de proximité pour constituer les plateformes territoriales d'appui (PTA), incluant les fonctions expérimentales de l'infirmière de coordination,
- ✓ La mise en place de l'équipe régionale Oncologie Bretagne Adolescents et Jeunes Adultes (OBAJA) pour favoriser la double expertise médicale adulte/enfant pour les **prises de décisions thérapeutiques des AJA**,
- ✓ La mise en place de solutions d'accompagnement par des infirmiers libéraux afin de gérer les effets indésirables des **traitements anticancéreux oraux**,
- ✓ Le recours aux structures **HAD** comme équipes ressources en **soins palliatifs**,

- ✓ L'élaboration d'une démarche interrégionale de recensement des **essais cliniques** avec la région Pays de loire par la mutualisation et l'organisation des équipes,
- ✓ La structuration en **oncogénétique** s'appuyant sur un réseau d'aide au suivi des patients génétiquement prédisposés aux cancers regroupant huit équipes d'oncogénétique et une équipe de coordination interrégionale.

### **Axe 2 : Préserver la continuité et la qualité de vie**

On observe globalement au niveau national :

- ✓ L'investissement des territoires sans l'amélioration de la lisibilité et de l'accessibilité de l'offre de soins de support,
- ✓ Le développement de dispositifs de préservation de la fertilité,
- ✓ Le développement de dispositifs d'accompagnement des personnes malades et des aidants
- ✓ Le déploiement de dispositifs de soins palliatifs,
- ✓ L'expérimentation de dispositifs de maintien et de reprise d'activité.

**En Bretagne**, on peut retenir des initiatives remarquables permettant d'améliorer la vie avec un cancer :

- ✓ L'expérimentation « Activ Breizh » visant à rendre effective la prescription **d'activité physique** après le diagnostic de cancer du sein en mettant en place un parcours de soins innovant par l'intermédiaire d'une plateforme de coordination,
- ✓ La mise en place de **groupes de parole** pour certains cancers, la prostate par exemple,
- ✓ Soutien à la prise en charge de la **chirurgie réparatrice et reconstructrice**,
- ✓ La diffusion d'une **culture palliative** à l'appui d'équipes ressources en soins palliatifs en structures médico-sociales,
- ✓ La sensibilisation des professionnels de santé et des patients, via des plateformes, support d'information ou lignes téléphoniques, afin de faciliter l'accès aux ressources et compétences régionales dans le domaine de la **préservation de la fertilité**,
- ✓ La création d'une fiche informatique pour la prise en charge des situations compliquées **d'oncofertilité en pédiatrie**,
- ✓ Le développement de l'**oncosexologie**,
- ✓ La création d'unité de lymphologie pour la prise en charge du **lymphoedème**, adossée à un réseau de kinésithérapeutes formés,
- ✓ Le développement de programmes d'éducation thérapeutique dédiés au cancer.

### **Axe 3 : Investir dans la prévention**

On observe globalement au niveau national :

- ✓ La mobilisation des acteurs régionaux autour d'une dynamique de prévention du tabac,
- ✓ L'engagement dans la lutte contre les facteurs de risque,
- ✓ L'initiation de démarches d'éducation à la santé en lien avec les acteurs du secteur scolaire.



On note également **en Bretagne** de nombreuses actions en termes d'amélioration de la prévention :

- ✓ L'organisation de la formation des acteurs de la cancérologie en vue de faciliter l'accès aux **consultations de sevrage tabagique** pour les personnes en chimiothérapie,
- ✓ Le déploiement de programmes d'**éducation thérapeutique** du patient sur l'**addictologie**,
- ✓ Le soutien à un projet ambitionnant d'agir sur les **addictions en milieu professionnel** en lien avec la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Conduites Addictives (MILDECA),
- ✓ La publication d'une plaquette destinée aux **travailleurs sociaux** des permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
- ✓ Le développement d'un programme reposant sur la mobilisation des pairs pour **déconstruire le rapport au tabac** et, plus largement, les **addictions**, notamment dans les lieux festifs (soirées, bars, salles de concert) ou sportifs,
- ✓ La mise en place d'une surveillance du radon au sein des établissements recevant du public et soumis à réglementation,
- ✓ La sensibilisation de la population au risque radon, les invitant à effectuer des mesures de radon à leur domicile à l'aide de détecteurs,
- ✓ La formation de professionnels du bâtiment et bailleurs sociaux à réaliser des **diagnostics « radon »**,
- ✓ La sensibilisation des professionnels de santé tel que la réalisation d'un module pédagogique vidéo à l'attention des étudiants en santé relatif aux enjeux associés à la qualité de l'air intérieur, au radon et au tabagisme. Des dynamiques de territoires dans le cadre des CLS s'initient par ailleurs, visant à sensibiliser les professionnels de santé sur les enjeux associés au risque radon et l'incitation à l'arrêt du tabac,
- ✓ L'initiation du programme de l'association « Sécurité **Solaire** » afin de sensibiliser les enfants dès le plus jeune âge,
- ✓ La création, au CHU de Rennes, d'un centre d'évaluation et de prévention des **expositions environnementales** potentiellement cancérogènes et reprotoxiques, s'adressant aux couples en situation d'infertilité.

De nombreuses autres actions plus globales ou transversales de promotion d'environnements favorables à la santé et ne relevant pas d'approches spécifiques de réduction des expositions à des substances cancérogènes concourent cependant à réduire les risques de cancer (amélioration de la qualité de l'air extérieur et intérieur, réduction des expositions aux substances présentes dans les produits de consommation courante, notamment les perturbateurs endocriniens...).

#### **Axe 4 : Optimiser le pilotage et les organisations**

On observe globalement au niveau national :

- ✓ Une dynamique de démocratie sanitaire marquée dans les territoires
- ✓ Une dynamique d'optimisation des structures de coordination en région auprès des ARS

Plus particulièrement **en Bretagne**, en matière de démocratie sanitaire, on peut noter le renforcement des **démarches territoriales** en lien avec la priorité d'accompagnement des **publics précaires**.

#### **2.1.4 Éléments à approfondir et difficultés persistantes**

Certaines thématiques ont été moins investies dans les régions et des champs restent à approfondir.

##### ***Axe 1 : Guérir plus de malades***

- ✓ Améliorer la participation aux dépistages, notamment le DOCCR,
- ✓ Lutter contre les inégalités d'accès et de recours,
- ✓ Consolider le dispositif d'annonce et renforcer la coordination ville-hôpital,
- ✓ Résoudre les difficultés d'accès aux tests moléculaires et thérapies innovantes,
- ✓ Améliorer les délais d'accès aux traitements,

##### ***Axe 2 : Préserver la continuité et la qualité de vie***

- ✓ Développer l'offre de soins de support tout au long du parcours,
- ✓ Renforcer l'accès aux soins de support dans les territoires d'outre-mer,
- ✓ Limiter les séquelles et améliorer l'accompagnement des personnes.

##### ***Axe 3 : Investir dans la prévention et la recherche***

- ✓ Poursuivre la mobilisation en fonction de la hiérarchie des facteurs de risques,
- ✓ Lutter contre les cancers environnementaux et d'origine professionnelles,
- ✓ Encourager la recherche translationnelle.

##### ***Axe 4 : optimiser le pilotage et les organisation***

- ✓ Partager les données entre acteurs de la prise en charge,
- ✓ Mieux prendre en compte les spécificités des territoires d'outre-mer,
- ✓ Rapprocher et simplifier les interactions entre les structures de coordination en région.

### **2.2 Principales problématiques dans la région Bretagne**

Suite au diagnostic ayant été réalisé pour la région Bretagne, des axes de travail ont été identifiés dans la continuité des précédents plans cancer.

#### **Axe 1 : améliorer la prévention**

- ✓ Poursuivre renforcement de lutte contre le tabac et l'alcool,
- ✓ Facteurs environnementaux, notamment association avec exposition au radon, exposition solaire,
- ✓ Amélioration accès au dépistage, notamment CCR.

#### **Axe 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie**

- ✓ Poursuivre l'amélioration de la coordination Ville-Hôpital que ce soit pour le parcours des patients, l'accès à l'innovation, les soins de support ou le suivi,
- ✓ Renforcer la prise en charge des séquelles (information, fertilité, reconstruction).

#### **Axe 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostics**

- ✓ Renforcer les organisations permettant un diagnostic précoce (filiales d'entrée, accès à l'imagerie),
- ✓ Conforter le réseau d'oncogénétique,
- ✓ Améliorer l'accès rapide aux soins de support, notamment les soins palliatifs.

**Axe 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous**

- ✓ Conforter les filières spécifique de prise en charge : pédiatrique, adolescents et jeunes adultes, gériatrique,
- ✓ Reduire les inégalités d'accès aux soins pour les territoires isolés (consultations avancées, télémédecine).

### 3. OBJECTIFS

Au regard du diagnostic présenté ci-dessus, et prenant compte des quatre objectifs de la Stratégie decennale de Lutte contre le Cancer, la Bretagne identifie deux objectifs prioritaires à décliner en région, relevant de l'Axe 1 « améliorer la prévention ».

	Objectif National	Référence régionale	Cible régionale
Objectif 1 Axe 1 – améliorer la prévention	<b>Réduire de 60 000/an le nombre de cancers évitables à l'horizon 2040</b> (estimé aujourd'hui à 153 000/an)	<a href="#">A APPROFONDIR</a>	
Objectif 2 Axe 1 – améliorer la prévention	<b>Réaliser 1 million de dépistages de plus à l'horizon 2025 sur le périmètre des dépistages existants</b> (aujourd'hui environ 9 millions de dépistages réalisés/an)	<a href="#">A APPROFONDIR</a>	

## 4. ACTIONS

### Axe 1 : améliorer la prévention

Concernant cet axe, la Bretagne identifie 13 actions prioritaires déclinées, comme suit :

THEMATIQUE	ACTION	Indicateurs et cibles
<b>Stratégie de prévention</b>	1.2.1 – Engager une stratégie opérationnelle, complète, durable et forte mobilisant tous les leviers, en appui du PNSP	Indicateur socle : Taux d'incidence des cancers
<b>Tabac</b>	1.3.2 – Etendre les espaces sans tabac et faire respecter l'interdiction de fumer et de vente aux mineurs  1.3.6 – Impliquer l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux à l'accompagnement de l'arrêt du tabac	Indicateur socle : Prévalence du tabagisme  Nombre d'espace sans tabac
<b>Alcool</b>	1.4.4 – Impliquer l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médicosociaux au repérage précoce et à l'intervention brève	Indicateur socle : Prévalence de la consommation d'alcool
<b>Nutrition / Activité physique</b>	1.5.7 – Promouvoir pour tous et à tous les âges la pratique de l'activité physique et limiter les comportements sédentaires	Indicateur socle : Prévalence du Surpoids
<b>Risque Infectieux</b>	1.6.3 – Accompagner les acteurs des secteurs santé social médicosocial grâce à des outils adaptés	Indicateur socle : taux de couverture vaccinale contre le HPV
<b>Environnement</b>	1.7.3 – Aider les collectivités à intégrer la santé dans l'ensemble de leurs actions  1.7.5 – Informar les personnes sur les risques, de façon ciblée et accessible, et sur les comportements de précaution possibles	Indicateur socle : taux de cancer lié à une exposition au radon  Nombre de projets visant à réduire l'exposition de la population aux FdR environnementaux portés par les collectivités soutenus par les ARS  Nombre d'actions de prévention et de sensibilisation aux risques et facteurs protecteurs environnementaux mis en place
<b>Focus cancers professionnels</b>	1.8.5 – Améliorer la prévention en matière d'exposition aux rayonnements ultraviolets	Indicateur socle : Evolution du nombre de cancers professionnels déclarés  Nombre d'actions de prévention en matière d'exposition aux rayonnements UV
<b>Education à la prévention</b>	1.9.6 – Engager des actions vers le supérieur, notamment sur tabac et alcool	Indicateur socle : taux de dispositifs d'éducation à la prévention créés et proposés rapportés à la population des moins de 18 ans

<b>Accompagnement en prévention / Société protectrice</b>	1.11.2 – Accompagner les collectivités à agir notamment par des politiques d'urbanisme adaptées	Indicateur socle : - Evolution des dépenses de prévention cancer par habitants - Nombre de maisons « sport santé » labellisées rapporté à 100 000 habitants
<b>Améliorer l'accès au dépistage</b>	1.12.3 – Simplifier l'accès au dépistage (développer des approches de type « aller vers »)  1.12.4 – Envisager des partenariats pour réaliser des opérations de sensibilisation	Indicateur socle : Nombre de personnes participant au dépistage

## **Axe 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie /Axe 3 : Cancers de mauvais pronostic**

29 actions prioritaires, pour une réponse à l'enjeu visant à « limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie » de toute personne atteinte d'un cancer, y compris d'un cancer de mauvais pronostic, sont ainsi identifiées.

<b>ACTIONS</b>	<b>Indicateurs et cibles</b>
<b>Accompagnement des professionnels</b>	Nombre d'actions de formation et/ou d'accompagnement des professionnels sur les sujets d'innovation et de pertinence
2.3.5 – Accompagner les professionnels de santé par une diffusion plus efficace des stratégies thérapeutiques innovantes	
2.7.5 - Former les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, de ville et hospitaliers en matière de soins de support	
2.8.1 - Accompagner les professionnels de ville sur la chimiothérapie orale afin qu'ils apportent informations et conseils aux patients	
2.9.3 - Proposer des recommandations et des actions de formation innovantes et communes à l'ensemble des professionnels en matière de suivi	
3.2.1 - Sensibiliser et former les professionnels de santé, y compris les professionnels du premier recours au repérage précoce des signes d'appel des cancers de mauvais pronostics	
<b>Parcours</b>	
<b>Diagnostic :</b> 3.2.3 : Mettre en place des dispositifs de diagnostic rapide et des filières d'entrée accélérée dans le parcours et les évaluer pour les cancers de mauvais pronostics notamment	
3.2.4 - 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, attention particulière aux cancers de mauvais pronostics	Indicateur socle : pourcentage de la population à plus de 30 mn IRM  Délai d'accès à l'IRM

3.3.3 - Optimiser la coordination entre les acteurs pour fluidifier les parcours et réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques pour tous les patients	Indicateur socle : proportion de patients atteints d'un cancer dont le délai entre le diagnostic et le premier traitement est inférieur à 6 mois (indicateurs disponibles pour le cancer du sein et le cancer colo-rectal)
<b>Thérapeutiques :</b> 2.4.7 -Proposer chaque fois que c'est possible aux patients la possibilité de soins ambulatoires, au domicile le cas échéant	Indicateur socle : Evolution de journées d'HAD pour administration de chimiothérapie  Indicateur optionnel : traitements à domicile autre que chimio (traitement médical systémique du cancer)  Taux de mastectomies partielles réalisées en ambulatoire
2.3.3 - Rendre la médecine de précision accessible à tous et aider au consentement éclairé	
2.3.4 – Encourager l'innovation en diagnostic et en thérapie médicales notamment ciblées, radiothérapie, chirurgie, techniques interventionnelles sous imagerie	
<b>Information aux patients :</b> 2.5.5 - Renforcer l'information et l'accompagnement psychologique et social des personnes	Nombre d'information / de sensibilisation des patients/des professionnels sur les sujets d'accompagnement psychologique et social des personnes
2.6.5 - Assurer aux personnes une information éclairée sur les soins de support	Contribution annuelle soins de supports
2.7.6 - Améliorer l'information des patients aux temps forts du parcours et développer des programmes d'éducation thérapeutique	
2.12.4 - Informer de façon adaptée les personnes sur le droit à l'oubli, au plus tôt dans le parcours	Indicateur socle : taux d'emploi après la maladie  Nombre d'actions d'information/de sensibilisation des patients sur le sujet du droit à l'oubli
3.2.2 - Assurer l'information des personnes, notamment des personnes présentant un risque accru de cancers de mauvais pronostic	
3.3.4 - Offrir aux patients une information complète garantissant un consentement éclairé (cancers de mauvais pronostics)	
<b>Soins de support et limitation des séquelles</b>	
2.5.1 - Organiser un circuit d'accès à la reconstruction	Nombre d'action d'organisation / d'évaluation de l'activité de reconstruction
2.5.3 - Evaluer l'activité de reconstruction dans toutes ses dimensions (délais, causes de non-recours...)	
2.6.6 - Encourager une offre de soins de support en proximité	Nombre de programmes de soins de support en proximité  Nombre de consultations prise en charge au titre des soins de support (psychologue/diététicien/APA)



	<p>Nombre de programmes de soins de support en proximité</p> <p>Indicateurs de satisfaction des personnes bénéficiant des soins de support</p>
2.7.2 - Structurer et faire connaître l'offre existante de prise en charge des séquelles	Nombre de structures de soins de support intégrées à la couverture régionale
3.3.5 - Assurer aux patients un accompagnement renforcé reposant sur le repérage des fragilités (cancers de mauvais pronostics)	<p>Indicateur socle : Taux de réhospitalisation à 30 jours après chirurgie du cancer</p> <p>Taux de dépendance SSR</p>
3.3.6 - Permettre une orientation précoce des patients vers des soins de support, notamment soins palliatifs (cancers de mauvais pronostics)	
3.6.1 - Mettre en place des programmes de soins de support en proximité et d'éducation thérapeutique intégrant les principaux facteurs de risque	Nombre programme ETP en lien la cancéro
3.6.2 - Garantir une prise en compte renforcée de la douleur et des soins palliatifs	
3.6.3 - Systématiser la proposition de soutien renforcé aux aidants et à l'entourage des patients	
<p><b>Suivi/Coordination Ville-Hôpital</b></p> <p>2.9.1 - Mettre en place une gradation du suivi ville / hôpital des patients, s'inscrivant dans une ambition nationale « coordination »</p>	
3.7.1 - Garantir un suivi gradué ville hôpital avec une sensibilisation adaptée des professionnels de ville concernant les cancers de mauvais pronostic	<p>Indicateur socle : Nombre de patients qui ont bénéficié d'au moins une téléconsultation avec un oncologue</p> <p>Nombre de patients équipés d'un système de télésurveillance</p>
3.7.3 - Offrir aux personnes la possibilité de bénéficier d'un soutien psychologique après la maladie (cancer de mauvais pronostic)	

#### **Axe 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous**

Pour ce 4eme axe, 17 actions sont identifiées en Bretagne :

THEMATIQUE	ACTIONS	Indicateurs et cibles
<b>Cancers de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte</b>	<p>4.2.4 – Structurer et consolider une offre de soins d'excellence</p> <p>4.2.5 – Renforcer la formation des professionnels de santé notamment non spécialistes de l'enfant</p> <p>4.2.6 – Sensibiliser les professionnels au diagnostic précoce des cancers pédiatriques</p> <p>4.2.7 – Garantir l'accès aux thérapeutiques les plus pertinentes, aux essais cliniques, à l'innovation</p> <p>4.2.9 – Proposer une offre de soins de support adaptée</p> <p>4.2.10 – Accompagner les familles pour rendre l'accès aux soins plus facile et améliorer la qualité de vie des familles</p> <p>4.2.11 - Mettre en place un dispositif de suivi à long terme des enfants et des adolescents et jeunes adultes</p>	<p>Indicateur socle : taux de survie chez les enfants</p> <p>Nombre d'enfants bénéficiant des dispositifs de suivi à long terme créés</p>
<b>Lutte contre les inégalités (sociales, handicap, grand âge...)</b>	<p>4.3.3 – Proposer un accompagnement adapté aux personnes (avec référents, en téléconsultation)</p> <p>4.3.5 – Limiter le renoncement aux soins des personnes</p>	<p>Indicateur socle : taux de participation au dépistage organisé cancer du col de l'utérus selon l'indice de dévalorisation FDEP</p> <p>Nombre d'actions/ de sensibilisation adaptées aux personnes</p>
<b>Territoires isolés</b>	<p>4.4.2 - Garantir la coordination de l'ensemble des acteurs notamment grâce au numérique</p> <p>4.4.4 - Assurer l'équité d'accès des personnes aux soins tout au long du parcours</p> <p>4.4.5 - Développer l'attractivité des territoires pour les patients et pour les professionnels (soutien au numérique, recherche, formation, installation...)</p>	<p>Indicateur socle : Taux de fuite hors région</p> <p>Nombre de projets adaptés aux territoires isolés soutenus par les ARS</p> <p>Nombre de coopérations avec/entre les territoires isolés soutenus par les ARS</p> <p>Taux d'accès aux équipements (IRM etc...) et à un spécialiste (oncologue, établissements spécialisés en cancéro)</p>
<b>Gestion de crise</b>	<p>4.7.3 - Assurer la poursuite des dépistages des cancers</p> <p>4.7.5 - Mettre en place des RCP ad hoc, au besoin élargie à d'autres experts, afin de bien prendre en compte les particularités du contexte de crise</p> <p>4.7.8 - Assurer l'accès à des soins de support le plus en proximité possible</p>	<p>Indicateur socle : nombre d'autorisations temporaires d'activité</p> <p>Dispositif opérationnel et activable de gestion de crise</p>