

## **Avis de la CRSA Grand-Est sur la Feuille de route régionale cancer 2022-2025**

**Suite au décret n°2021-119 du 4 février 2021, la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 définit les priorités nationales pour les 10 prochaines années afin de répondre aux 4 objectifs fixés par le gouvernement :**

- réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables, à l'horizon 2040 (*estimation aujourd'hui à environ 153 000 par an*),
- réaliser un million de dépistages en plus à l'horizon 2025, sur le périmètre des dépistages existants (*aujourd'hui, environ 9 millions de dépistages sont réalisés chaque année*),
- réduire de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic,
- améliorer significativement le taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic, à l'horizon 2030 (*en 2016, 7 localisations de cancer présentent un taux de survie à 5 ans inférieur à 33 %, à cela s'ajoutent les types, sous-types ou stades de cancers ne relevant pas de ces 7 localisations mais dont l'évolution reste très défavorable*).

Les orientations stratégiques se sont traduites selon 4 axes :

- Axe 1 : améliorer la prévention
- Axe 2 : limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie
- Axe 3 : lutter contre les cancers de mauvais pronostic
- Axe 4 : s'assurer que les progrès bénéficient à tous.

Une 1<sup>ère</sup> feuille de route nationale a été établie pour la période 2021-2025, elle définit 234 actions dont 85 susceptibles d'une déclinaison régionale.

Il appartenait à l'ARS Grand Est, au regard de l'instruction du 16 juillet 2021, d'élaborer une feuille de route régionale pour la période 2022-2025, en lien avec les acteurs de la cancérologie ainsi que les acteurs du domaine de la prévention, afin de sélectionner et prioriser parmi les 85 actions, celles à décliner au niveau des 4 axes de la stratégie décennale de lutte contre le cancer afin de répondre aux priorités qui ont émergé dans le diagnostic partagé entre le niveau national et régional.

Les 4 axes mentionnés ci-dessus et leurs actions ont été répartis selon 3 groupes de travail dédiés, à partir notamment du groupe projet externe du parcours cancer du PRS 2018-2028 qui se sont réunis de février à fin avril 2022.

Ces 3 groupes de travail ont eu pour mission de :

- valider l'état des lieux
- déterminer les actions à mener en priorité sur la région
- assurer la déclinaison opérationnelle des actions retenues (objectifs, calendrier, indicateurs).

### **1 groupe sur la prévention :**

**Groupe 1** : il correspond aux actions de l'Axe 1 de la stratégie décennale (25 actions potentiellement déclinables, 10 thématiques dont : éducation à la prévention, tabac, alcool, nutrition, risque infectieux, environnement, cancers professionnels, accès au dépistage) - **12 actions retenues et priorisées (priorité 1)**

### **2 groupes sur les soins :**

**Groupe 2** : il correspond aux actions de l'Axe 2 de la stratégie décennale (22 actions potentiellement déclinables, 4 thématiques : accès à l'innovation et pertinence, soins de support et séquelles, suivi, qualité de vie) - **14 actions retenues et priorisées**

**Groupe 3** : il correspond aux actions de l'Axe 3 de la stratégie décennale (13 actions potentiellement déclinables, 4 thématiques pour les cancers de mauvais pronostic : diagnostics plus rapides, parcours plus fluides, soins de support plus adaptés, accompagnement renforcé) - **7 actions retenues et priorisées**

L'Axe 4 de la stratégie décennale (25 actions potentiellement déclinables, 4 thématiques : cancers de l'enfant, de l'adolescent, du jeune adulte, lutte contre les inégalités, territoires isolés, gestion de crise) - **9 actions retenues et priorisées**

## **Avis de la Commission Spécialisée Santé sur la Feuille de route cancer 2022-2025**

**Pour ce qui concerne la dimension éducation-prévention**, dans le diagnostic partagé, il serait utile de rappeler des fondamentaux essentiels : aborder la prévention à l'école de manière pragmatique et cohérente avec les projets de promotion de la santé cela va dans le bon sens. Mais rappelons-nous que si la promotion de la santé est un processus visant à permettre aux personnes d'avoir plus de contrôle sur leur santé, cela passe par le développement d'une politique locale dédiée, le renforcement des compétences des acteurs dans leur relation avec les personnes et dans des stratégies efficaces en santé, l'amélioration de leur coordination, la création d'environnements favorables, la mobilisation de la participation de la population à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des projets de santé et enfin le renforcement des aptitudes individuelles. Aussi, les aptitudes seules ne peuvent pas contribuer à améliorer la santé des personnes, et l'acquisition de connaissances ou de compétences ne suffit pas à permettre aux personnes d'adopter des comportements protecteurs vis-à-vis des cancers.

A plusieurs reprises des indicateurs cibles ne renseignent pas sur le résultat attendu de l'action, mais restent des indicateurs de processus. Pour chaque action déclinée, une réelle exigence sera nécessaire pour disposer d'indicateurs de résultats (ces programmes que développent-ils chez les jeunes, comment des apprentis en ont bénéficié, que renforcent-ils dans les structures, comment permettent-ils aux professionnels d'agir ?).

Le fait de **prioriser les actions permettant d'accompagner les collectivités à agir notamment par des politiques d'urbanisme** est un point essentiel car on en connaît l'effet déterminant sur le développement de certains cancers. La capacité de chacun à s'approprier des comportements favorables pour sa santé est variable, déterminée par des facteurs divers environnementaux, culturels, économiques notamment. Ainsi, il est essentiel d'ancrer dans le quotidien de chacun des dispositifs incitatifs et d'accompagnement efficaces. Cependant au-delà d'ancrer des dispositifs, une réflexion sur les environnements de vie des personnes doit être menée avec les populations, sur la façon dont ils pourraient être plus protecteurs. Les démarches politiques et intersectorielles visant l'urbanisme, les conditions de logement, la pollution de l'air, les conditions d'accessibilité aux transports actifs ou aux transports en commun... sont autant de pierres angulaires au bien vivre ensemble.

**Sur le versant tabac**, renforcer une politique sans tabac dans les lieux de santé, dans des administrations et des collectivités, offrir un accompagnement à la promotion d'une démarche d'espace sans tabac (selon l'expérience de huit départements) sont bien sûr des actions à poursuivre en priorité et cette fois-ci les indicateurs de résultats apparaissent. Néanmoins il est indispensable pour la pleine réussite de ces actions d'intégrer dans ces démarches toutes les parties prenantes pour que ce ne soient pas des mesures politiques descendantes, mal vécues par les professionnels ou les populations. Comprendre les comportements tabagiques pour co-construire les solutions, les réponses les plus adaptées aux personnes, en tenant compte de leurs contraintes structurelles et environnementales (pensons à la question du tabac dans les hôpitaux psychiatriques, ou dans des foyers d'accueil d'urgence, ou pour des jeunes sous-main de justice). Impliquer les professionnels de santé, sociaux et

médico-sociaux dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac est vertueux, mais les indicateurs de résultats devront renseigner non seulement sur le nombre formé mais aussi sur le changement opéré de la pratique professionnelle.

**Pour ce qui vise l'alcool**, les ambitions sont assez limitées quand on connaît les effets aggravant de celui-ci dans la genèse de nombreux cancers. Dans de nombreux cas, l'objectif de non-consommation est vain. Aborder les personnes, dans un contexte de « Réduction des risques RdR », permet d'établir un climat favorable à la discussion sur ces sujets. L'ARS a la possibilité, en outre, d'inciter les services et les établissements, dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, de mettre en place des politiques de « RdR ». Développer la formation des professionnels de santé, sociaux et médicosociaux au repérage précoce et interventions brèves est une avancée certaine. Mais ne perdons pas de vue l'objectif.

Après le tabac et l'alcool, **les deux principales causes de cancers accessibles à la prévention sont l'alimentation** (insuffisance de fibres, de fruits et légumes et excès de viande rouge et charcuterie) **et le surpoids** (obésité incluse). Le surpoids lors du diagnostic de cancer tout comme la prise de poids au cours du traitement sont associés à un risque accru de mortalité, de récurrence ou de second cancer. À l'inverse, ce risque est diminué par la consommation d'aliments riches en fibres, un régime alimentaire de type méditerranéen et une activité physique suffisante. Aucune action n'a été priorisée sur l'alimentation. Par contre Prescri'mouv est mis en avant comme un dispositif intéressant s'appuyant sur les actions déjà existantes. Il vise à faciliter la prescription d'activité physique par le médecin mais également à structurer une offre de qualité et réalisée au plus proche du domicile du patient. Nous attirons cependant l'attention des acteurs pour s'interroger sur les catégories socio-professionnelles des publics bénéficiaires de Prescri'mouv ? Ce dispositif contribue-t-il à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?

**Sur le versant des risques infectieux**, la feuille de route nationale cible uniquement l'amélioration de la couverture vaccinale contre le papilloma-virus humain (HPV) chez les adolescents de 11 à 14 ans, et donc la version régionale ne s'intéresse qu'à cette vaccination. Il est vraiment dommage de ne pas avoir inclus également la vaccination anti Hépatite B qui s'adresse à la même population dans une politique de rattrapage vaccinal. Par ailleurs, le cancer du foie dont l'origine peut être infectieuse ou virale, mais aussi causée par l'alcool ou des troubles métaboliques. La prévention de ce cancer gagnerait à être améliorée par le dépistage de la fibrose du foie en population générale. Des outils existent aujourd'hui permettant d'améliorer le dépistage de la fibrose du foie assez simplement et sans coût supplémentaire (FIB-4) et de mettre en place des parcours de soins spécifiques en fonction de l'étiologie de la fibrose.

**Les effets de l'environnement** sur la survenue des cancers ou les effets de la prévention primaire restent mal connus et peu documentés dans certains cas. Le concept d'exposome (l'étude médicale des effets de l'environnement sur les organes humains) peut être intéressant à approfondir, comme le suggère le PNSE 4. Dans le cadre de la démarche "One Health", la relation entre santé animale, santé humaine, santé des écosystèmes et cancers pourrait être approfondie. L'environnement social a aussi une importance dans la survenue des cancers et surtout dans les retards de diagnostics.

Concernant le Radon, il y aurait nécessité d'améliorer la détection et les méthodes d'évaluation des risques. Un travail de coopération indispensable avec les acteurs

visant la réduction des risques tabagiques pour permettre un travail croisé et un meilleur ciblage des personnes susceptibles d'être exposées. Toujours dans une démarche intersectorielle penser ensemble entre élus, constructeurs, propriétaires pour améliorer l'efficacité de l'action.

Les actions menées pour améliorer la qualité de l'air extérieur sont plus efficaces si elles naissent de la coopération entre services et acteurs différents (élus, urbanistes, constructeurs automobiles, etc.). L'enjeu principal concerne la régulation du trafic routier et en particulier du trafic automobile. Les populations les plus exposées sont généralement les populations les plus pauvres.

Globalement dans cette feuille de route régionale, la dimension de l'environnement est largement renvoyée au prochain Projet régional de santé environnementale 4 (PRSE4) non encore stabilisé. La CRSA restera particulièrement attentive à l'articulation entre cette feuille de route de lutte contre les cancers et le PRSE4

**Simplifier l'accès au dépistage** en développant des actions de type "aller vers" en ciblant les populations les plus éloignées du système de santé.

La CRSA se félicite de l'introduction de cette stratégie qu'elle appelait de ses vœux : il conviendra certainement de recenser ces actions développées ou non sur le Grand Est. L'accès au dépistage devrait être soutenu par un accompagnement des personnes de façon beaucoup plus concrètes qu'aujourd'hui et lors d'occasions à réinventer.

Mais il faudra également renforcer les compétences des professionnels sur les territoires ayant de faible taux de participation ou une surmortalité de population cible et intégrer la sensibilisation des professionnels de santé au dépistage organisé dans les Contrats Locaux de Santé. Inciter les structures d'exercice coordonné à intégrer dans leurs projets de santé la promotion du dépistage organisé (MSP, CPTS) est une excellente démarche.

Les indicateurs de résultats sont prometteurs.

Ces sujets sont davantage portés politiquement aujourd'hui, comme en témoigne le fait de pouvoir débloquer des financements de formation pour des patients experts ou des personnes issues de ces populations en difficulté. L'ARS peut peser sur le processus de déploiement de l'éducation thérapeutique du patient aux personnes en situation de handicap ou bénéficiant de minima sociaux, pour que ces derniers puissent y accéder.

**Améliorer la prévention et la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle**, notamment dans les TPE, les PME, auprès des travailleurs indépendants et des sociétés et entreprises employant des intérimaires.

À cet effet, coordonner les travaux de recherche pour mieux prendre en compte l'ensemble des résultats et permettre leur application opérationnelle. Par contre il est dommage que les actions de prévention des cancers professionnels disparaissent totalement des priorités de cette feuille de route décennale de lutte contre les cancers.

## **Avis de la Commission Spécialisée Organisation des soins sur la Feuille de route cancer 2022-2025**

L'avis de la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS) a été sollicité lors de sa séance du 24 mai 2022 concernant la feuille de route régionale Cancer Grand Est 2022-2025, définie par l'instruction N°DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SG/INCA/2021/156 du 16 juillet 2021 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer

Sur ces éléments, la CSOS a émis un avis consultatif favorable sur l'orientation de la feuille de route régionale Cancer Grand Est 2022-2025 (Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030) par 23 voix favorables et 1 abstention.

La CSOS a émis plusieurs propositions qu'elle souhaiterait ajouter au projet de feuille de route régionale Cancer Grand Est 2022-2025 (Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030). Ces propositions sont les suivantes :

- Il est demandé un soutien particulier à la prévention contre les addictions au tabac dans les lieux d'accueil de personnes avec troubles psychiques (sanitaires, médico-sociaux, sociaux).
- Dans le cadre de l'accès à l'innovation thérapeutique, il est demandé de soutenir le développement de l'accès à la protonthérapie pour contribuer à la réduction des séquelles chez l'enfant et pour réduire les difficultés d'accès aux autres centres existants en France.
- Il est demandé de valoriser la place des exercices coordonnés dans la prise en charge des cancers et en particulier les actions de prévention pour les CPTS.
- La CSOS insiste sur l'indispensable développement et diffusion de la recherche clinique en établissement de santé et en ville, facteur majeur d'un égal accès à l'innovation.

## **Avis de la Commission Spécialisée Droits des Usagers sur la Feuille de route cancer 2022-2025**

Au cours de la séance qui s'est tenue le 19 mai 2022, des remarques ont été formulées au sujet de trois des quatre axes du projet de feuille de route qui leur a été présenté. Avant d'en détailler la teneur, il convient à titre liminaire de relayer que les membres de la CSDU ont tenu à interpellier sur la difficulté de lecture de cette feuille de route pour les usagers, au vu de sa présentation actuelle et de son niveau de technicité.

A titre complémentaire, ils ont souhaité rappeler que tout projet d'amélioration de l'offre de soins ne peut être rendu effectif qu'à la condition de reposer sur des professionnels de santé en nombre suffisant, disposant de conditions de travail favorables, et leur permettant de délivrer aux patients des soins de qualité et conformes aux recommandations de l'HAS. Or, des ruptures d'accès aux soins ont été annoncées par la Direction de l'Offre de Soins pour l'été 2022 notamment par manque de personnels médicaux et soignants.

La CSDU appelle en conséquence de ses vœux que les efforts des pouvoirs publics s'intensifient notamment concernant l'attractivité des métiers de la santé. La poursuite de ces efforts s'avère d'autant plus primordiale que les associations d'usagers considèrent que la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 est encore susceptible de présenter des impacts majeurs sur l'état de santé des populations. En particulier s'agissant des pathologies cancéreuses, la Ligue contre le Cancer estime que le retard pris dans les actes de prévention et de traitement durant la pandémie pourrait être à l'origine de 70.000 cancers supplémentaires par an dont nombre d'entre eux pourraient être plus avancés que de manière habituelle.

Ceci précisé, s'agissant du contenu même du projet de feuille de route régionale, les membres de la CSDU ont émis les remarques suivantes :

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

A ce propos, la CSDU entend interpellier l'attention de l'ARS Grand Est sur les difficultés auxquelles se trouvent confrontées quatre catégories de population, à savoir :

#### **Les personnes présentant un handicap physique :**

La CSDU estime en effet que certaines situations de renoncement aux actions de prévention ne sont liées qu'à l'absence d'adaptation du matériel utilisé aux handicaps présentés par les populations cibles.

A titre illustratif, il est fait référence aux examens de mammographie pour les femmes en fauteuil roulant.

La CSDU invite en conséquence à ce qu'en région Grand Est, des structures également réparties sur le territoire puisse être dotées d'équipements adaptés au handicap physique des patients et qu'une liste des structures disposant de tels équipements puissent être diffusée à destination des professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes...), des établissements médico-sociaux et des associations d'usagers.

Elle appelle par ailleurs à ce qu'une réflexion soit initiée autour de protocoles de prévention moins traumatisants pour les personnes souffrant de handicap physique (ex : réflexion autour de l'utilisation à l'échographie en première intention pour les femmes en fauteuil dans le cadre de la prévention du cancer du sein).

#### Les personnes présentant un handicap mental :

A ce sujet, la CDSU entend souligner que pour améliorer le taux de recours aux actions de prévention des personnes présentant un handicap mental, il apparaît nécessaire de travailler l'accompagnement de ces personnes vers l'acceptation de l'acte de prévention qui les concerne.

En effet, s'il est relevé que les messages de prévention sont généralement bien diffusés par les structures médico-sociales, aucun accompagnement n'est ensuite aménagé pour vaincre les réticences que de tels actes de prévention peuvent engendrer.

Dans cette perspective, il est suggéré que dans la conception de ces actions d'accompagnement, il puisse être fait recours à l'expérience de pair-aidants dont l'expérience pourrait nourrir utilement les actions à mettre en place au sein des structures médico-sociales.

#### Les personnes âgées :

Partant du postulat qu'aucune personne ne peut être exclue d'une action de dépistage au vu du seul critère de son âge, la CSDU appelle de ses vœux qu'une étude statistique sur l'utilisation des matériels lourds (IRM, scanner...) puisse être réalisée afin de cerner si certains professionnels de santé n'ont volontairement pas recours à ces moyens de dépistage concernant les personnes âgées.

Si une telle étude devait établir la réalité des difficultés d'accès des personnes âgées à de tels équipements, il serait alors indispensable de lutter contre ces situations de refus de soins discriminatoire par toute action utile (ex : campagne de communication à l'égard de professionnels de santé...).

#### La population carcérale :

La CSDU entend souligner qu'il est regrettable qu'au vu du projet de feuille de route régionale, il ne soit prévu en région Grand Est, aucune action particulière à destination de la population carcérale dont l'accès aux actions de prévention (tout comme d'ailleurs aux actions de soins) se trouve limité par un dimensionnement non adapté des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire et des possibilités limitées d'escortes liées essentiellement à la surpopulation carcérale des établissements pénitentiaires.

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

Dans le cadre de cet axe, la feuille de route régionale cancer insiste sur l'information devant bénéficier aux patients tout au long de leur parcours de soins ; et l'accompagnement en soins de support pouvant leur être prodigués.

La CSDU entend formuler des propositions au sujet de ces deux thématiques. Ceci étant et à titre liminaire, elle entend appeler l'attention de l'ensemble des personnels et établissements impliqués dans les parcours en oncologie ainsi que celle de leurs autorités de contrôle sur la nécessité de veiller à ce que les patients souffrant d'un

cancer bénéficient au même titre que tout autre patient au respect de leurs droits les plus élémentaires à la dignité, au secret professionnel (ex : mise en place de paravents en séance de chimiothérapie ...) ainsi qu'à l'information qu'en cas de difficulté, ils peuvent avoir recours aux représentants des usagers de l'établissement dans lequel ils sont pris en soins.

### Concernant l'information :

La CSDU souhaite qu'une attention particulière soit portée à la phase d'annonce. Concernant cette phase, il lui apparaît avant tout nécessaire que les professionnels de santé bénéficient d'une formation approfondie sur la manière de procéder de façon claire et empathique à une telle annonce. En effet, de trop nombreux patients remontent encore le traumatisme majoré auxquels ils ont dû faire face compte tenu des conditions dans lesquelles cette annonce leur a été faite.

A ce sujet, la CSDU entend souligner qu'à son sens, la mise en place des « infirmières d'annonce » n'a pas eu l'effet escompté. Elle plaide en conséquence pour que ces infirmières deviennent des « infirmières d'accompagnement » dont le rôle consisterait à orienter le patient dans son parcours de soins.

L'amélioration de l'information des patients au sujet de leur parcours de soins est en effet capital. Elle est nécessaire à la bonne compréhension par les patients des soins qui leur sont proposés, de leur articulation et conditionne leur consentement éclairé.

A ce titre, la CSDU entend rappeler que la notion de consentement éclairé suppose que le patient se soit vu informer de l'ensemble des traitements envisageables à son état de santé avec, pour chacun d'entre eux, l'exposé des avantages et des inconvénients qui leur sont inhérents.

Or, à ce jour, force est de constater qu'en matière de cancérologie, les patients n'ont pas le sentiment de disposer d'un choix quelconque dans l'organisation de leur parcours de soins, ne serait-ce que parce qu'ils ne disposent pas d'idées claires sur les alternatives qui pourraient s'offrir à eux (autres professionnels de santé / centres de santé consultables, autres traitements disponibles à proximité du domicile ou plus loin...).

La difficulté est particulièrement prégnante concernant la possibilité de bénéficier d'un deuxième avis. En effet, à ce jour, rien n'est organisé pour que les patients puissent y recourir de façon facilitée et dans des temps suffisamment rapprochés pour que cette mise en œuvre ne se traduise pas par une perte de chance dans l'efficacité du traitement qui sera finalement mis en place.

Les « infirmières d'accompagnement » pourraient également se voir confier la charge de coordonner les soins à l'hôpital et les soins de ville, coordination indispensable à la qualité des soins (ex : repérage des interactions médicamenteuses éventuelles, coordination entre professionnels de santé, organisation de la délivrance des traitements en conformité aux recommandations de l'HAS).

Dans ce cadre, elles pourraient associer les personnes de confiance des patients et/ou proposer aux patients de rencontrer des « patients ressources parcours » afin d'aménager une possibilité pour ceux-ci de discuter avec une personne extérieure des possibilités thérapeutiques qui s'offrent à eux aux différentes étapes de leur parcours de soins.

Enfin, concernant l'information, la CSDU entend attirer l'attention sur la nécessité d'améliorer l'accompagnement des patients amorçant la phase palliative de leur prise

en charge, notamment en aménageant un temps d'échange pour que les professionnels de santé puissent aborder avec le patient ses choix concernant sa fin de vie et lui proposent la rédaction de directives anticipées. En effet, alors que sont favorisées les possibilités d'hospitalisation à domicile, les professionnels de santé intervenants au domicile se trouvent bien souvent démunis face aux problématiques éthiques que pose la fin de vie.

#### Concernant l'accompagnement par des soins de support :

La CDSU interpelle sur la nécessité d'étendre l'offre de soins de support au-delà de la période d'hospitalisation. En effet, à ce jour, les patients pris en charge sous la forme de séance de soins (chimiothérapie, radiothérapie...) n'ont généralement pas accès à ce type de soins alors même qu'ils peuvent en avoir exprimé le besoin. Or, il apparaît nécessaire de ne pas faire de différence entre ces deux catégories de patients en oncologie, alors même qu'à bien des égards ils peuvent se trouver dans des situations similaires—concernant le besoin d'aide en accompagnement psychologique ou diététique.

Par ailleurs, la CSDU invite à ce qu'une offre d'accompagnement psychologique soit également aménagée entre la phase d'annonce et la phase de mise en œuvre de la stratégie thérapeutique. En effet, c'est dans le cadre de cette période dite d'acceptation que de nombreux patients se réfugient dans le déni et procèdent alors à des choix pouvant s'avérer gravement délétères sur leur situation de santé, choix qu'ils n'auraient peut-être pas effectués s'ils avaient bénéficié d'un accompagnement adapté.

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

A ce sujet, la CSDU entend souligner qu'il est regrettable que sur le plan de la méthode, l'Agence Régionale de Santé Grand Est n'ait pas entendu associer plus directement les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie dans le cadre de l'élaboration de son projet de feuille de route régionale cancer, ce qui peut laisser craindre que les intérêts des personnes âgées et handicapées ne soient que partiellement représentés. Elle relève d'ailleurs à ce sujet qu'aucune mention spécifique n'est faite à la population des personnes âgées au sein de cet axe 4, tout comme d'ailleurs à celle de la population carcérale.

## **Avis de la Commission Spécialisée Médico-Sociale sur la Feuille de route cancer 2022-2025**

Par une consultation écrite initiée le 12 mai 2022 auprès de l'ensemble de ses membres, la Commission Spécialisée Médico-Sociale (CSMS) est invitée à apporter son avis sur le projet de feuille de route régionale Cancer pour la période 2022-2025.

Aussi, le présent avis a été élaboré sur la base des retours des membres de la CSMS, au regard des éléments communiqués par les services de l'ARS Grand Est, à savoir :

- l'instruction N° DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SG/INCA/2021/156 du 16 juillet 2021 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre le cancer ;
- la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Feuille de route nationale pour la période 2021-2025 ;
- le projet de feuille route régionale Cancer 2022-2025.

Ainsi, la Commission Spécialisée Médico-Sociale relève tout d'abord que les documents transmis sont très détaillés, traduisant un travail conséquent d'élaboration décennale de la stratégie de lutte contre les cancers en Grand Est.

Par ailleurs, il est à souligner que la feuille de route régionale se décline en conformité avec la feuille de route nationale élaborée par l'INCA.

On peut noter également que l'accent est mis d'emblée sur la prévention et donne des pistes intéressantes sur la formation et l'éducation thérapeutique du patient.

Enfin, le chapitre sur les innovations thérapeutiques et la recherche semble également intéressant. Il conviendra toutefois de ne pas oublier l'aspect éthique dans ce domaine et à ce titre de veiller à le mentionner dans la feuille de route.