

STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS 2021-2030

FEUILLE DE ROUTE 2026-2030

Région Ile-de-France

Version 31 juillet 2026

Table des matières

CONTEXTE	3
1. ÉTAT DES LIEUX.....	4
2. ENJEUX pour l'Ile-de-France	13
METHODE	14
ACTIONS	16
AXE 1 : AMELIORER LA PREVENTION	16
I. Investir dans la prévention, la promotion de la santé dès le plus jeune âge, favoriser l'alimentation équilibrée, encourager l'activité physique, et diminuer la sédentarité	16
II. Intensifier la lutte contre le tabac et réduire les consommations d'alcool à risque	17
III. Mettre un coup d'arrêt à la hausse de l'incidence des cancers de la peau	18
et favoriser leur détection précoce	18
IV. Bâtir une stratégie intégrée d'élimination du cancer du col de l'utérus	19
V. Augmenter la participation aux programmes de dépistages organisés et identifier de nouvelles opportunités de dépistage	20
AXE 2 : LIMITER LES SEQUELLES ET AMELIORER LA QUALITE DE VIE	21
I. Accélérer le virage ambulatoire en cancérologie	21
II. Assurer l'accessibilité et la qualité des soins oncologiques de support	22
III. Incarner un service public du cancer pour faciliter l'accès à l'information et au droit	24
AXE 3 : LUTTER CONTRE LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC	25
I. Accélérer les diagnostics et l'entrée dans les soins	25
AXE 4 : S'ASSURER QUE LES PROGRES BENEFICIENT A TOUS.....	26
I. Créer un registre national des cancers	26
II. Se mobiliser contre les cancers de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte	27
III. Améliorer le parcours face au cancer des personnes en situation de handicap	28
IV. Mieux adapter les parcours aux spécificités et besoins des personnes âgées	29
Ressources documentaires	30
Glossaire des sigles et abréviations.....	30
Annexe.....	32

CONTEXTE

Le cancer demeure la première cause de mortalité prématurée en France. Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes vivant avec ou après un cancer, l'émergence de nouveaux défis liés à la prévention et aux séquelles des traitements, ainsi que la persistance d'inégalités sociales et territoriales de santé, font de la lutte contre les cancers une priorité majeure des politiques publiques.

Cette politique s'inscrit désormais dans un cadre européen renforcé. Lancé en 2021, le Europe's Beating Cancer Plan constitue la stratégie de référence de l'Union européenne en matière de cancérologie. Structuré autour de la prévention, du dépistage, de l'amélioration des parcours de soins et de la qualité de vie des patients, il soutient également le développement de la recherche, le partage des données de santé et la structuration de réseaux européens de Comprehensive Cancer Centres (CCC).

En France, ces orientations sont déclinées dans la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, pilotée par l'Institut national du cancer (INCa). Succédant aux Plans cancer, cette stratégie fixe le cadre national d'action en matière de prévention, de dépistage, de prise en charge, de recherche et de réduction des séquelles liées à la maladie.

Déployée à travers deux feuilles de route quinquennales successives (2021-2025 puis 2026-2030), cette stratégie atteint aujourd'hui son milieu de parcours. La seconde feuille de route vise à consolider les acquis, accélérer le déploiement des actions engagées et répondre aux nouveaux enjeux identifiés depuis 2021. Elle mobilise un budget de 1,7 milliard d'euros jusqu'en 2030.

L'INCa propose une feuille de route 2026-2030 structurée autour de cinq objectifs : construire une génération sans tabac et mieux prévenir les cancers, renforcer le dépistage, améliorer les parcours de santé, consolider un service public de la cancérologie et mieux valoriser les données au service de l'action publique. Une attention particulière est portée à cinq publics prioritaires : les personnes en situation de handicap, les jeunes, les personnes âgées, les travailleurs et les habitants des territoires ultramarins.

Cette dynamique s'accompagne également d'un renforcement des coopérations internationales. Depuis 2023, l'INCa assure l'animation du G7 Cancer, réseau réunissant les principaux organismes de lutte contre le cancer des pays du G7. Cette mobilisation a été renforcée lors du Sommet du G7 d'Évian de juin 2026, qui a mis en avant des priorités communes en matière de partage des données, de cancers pédiatriques, de cancers de mauvais pronostic et de diagnostic précoce.

En Île-de-France, ces orientations trouvent un écho particulier. Première région française par sa population et par son potentiel de recherche et d'innovation, elle concentre à la fois une offre de cancérologie d'excellence et des inégalités sociales et territoriales de santé marquées. La région est également engagée dans les démarches de certification de l'Organisation of European Cancer Institutes (OECI) et du réseau EUnetCCC, portées par les CHU et les centres de lutte contre le cancer.

La présente feuille de route régionale constitue la déclinaison opérationnelle de la stratégie nationale en Île-de-France. Elle s'appuie sur les 23 actions socles définies par l'INCa, qui feront l'objet d'un suivi renforcé entre les niveaux, national et régional, tout en intégrant des actions adaptées aux enjeux épidémiologiques, sociaux et territoriaux franciliens ainsi qu'aux priorités portées par l'Agence régionale de santé. Son ambition est de renforcer l'efficacité des politiques de prévention, de dépistage, d'accès aux soins et d'amélioration des parcours des personnes concernées par le cancer, tout en contribuant à la réduction des inégalités de santé.

Afin d'orienter les priorités d'action pour la période 2026-2030, il est nécessaire de s'appuyer sur une analyse actualisée de la situation de la cancérologie en Île-de-France. L'état des lieux présenté ci-après vise à identifier les principaux défis auxquels la région est confrontée ainsi que les leviers d'action à mobiliser pour y répondre.

1. ÉTAT DES LIEUX

L'élaboration de la feuille de route régionale 2026-2030 repose sur une actualisation de l'état des lieux de la cancérologie en Île-de-France et sur les enseignements tirés de la première période de mise en œuvre de la stratégie décennale. Si la région présente une situation globalement favorable au regard de nombreux indicateurs, plusieurs évolutions majeures appellent une mobilisation renforcée : le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes vivant avec un cancer, la persistance d'inégalités sociales et territoriales de santé, le poids des cancers évitables et les difficultés persistantes d'accès aux dépistages. Les constats présentés ci-après permettent d'identifier les principaux enjeux régionaux qui structureront les actions prioritaires de la période 2026-2030.

1.1 Une région francilienne contrastée

Au 1^{ER} janvier 2026, l'Île-de-France compte plus de **12 millions d'habitants**, soit **18,3 % de la population française**, et devrait atteindre **12,7 millions d'habitants à l'horizon 2035**¹. Si elle demeure la région la plus jeune de France grâce à un excédent naturel encore positif, sa dynamique démographique ralentit sous l'effet de la baisse des naissances. L'espérance de vie à la naissance progresse à nouveau en 2025 (+0,1%) ; elle atteint 86,5 ans pour les femmes et 82 ans pour les hommes.

La population francilienne demeure relativement jeune, mais cette situation ne doit pas masquer **l'accélération du vieillissement démographique** observée ces dernières années. D'ici 2035, près de **2,3 millions de Franciliens auront 65 ans ou plus**, soit **18 % de la population régionale**, contre 15 % aujourd'hui. Les départements de Paris et des Hauts-de-Seine présentent les proportions les plus élevées de personnes âgées de 75 ans et plus, tandis que la Seine-Saint-Denis, le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne conservent les indices de vieillissement les plus faibles de la région.

Cette évolution constitue un défi majeur pour la cancérologie. L'incidence des cancers augmentant fortement avec l'âge avec une médiane au diagnostic de 68 ans, le nombre de patients à prendre en charge devrait continuer de progresser. Dans le même temps, les progrès thérapeutiques améliorent la survie, transformant de nombreux cancers en maladies chroniques et générant des besoins croissants en suivi, en soins de support et en coordination des parcours. L'adaptation des organisations aux patients âgés et aux parcours de soins de longue durée constitue ainsi un enjeu structurant de la période 2026-2030.

Première région économique française, l'Île-de-France concentre près de **30 % du PIB national**, tout en demeurant **l'une des régions les plus inégalitaires**. Le **taux de pauvreté**² **atteignait 16,1 %**, avec de fortes disparités entre départements, la Seine-Saint-Denis concentrant les niveaux de pauvreté les plus élevés de France métropolitaine, tandis que plusieurs territoires des Hauts-de-Seine, des Yvelines ou de Paris présentent des revenus médians parmi les plus élevés du pays.

A) Un poids majeur des cancers en Ile-de-France

En **2023, 525 178 Franciliens** (55% sont des femmes et 45% sont des hommes) **vivaient avec un cancer**, dont **47 % en traitement actif**, soit **4 % de la population régionale**. On note une augmentation durable du nombre de personnes vivant avec ou après un cancer due à l'effet combiné des évolutions démographiques, du vieillissement de la population, et des progrès thérapeutiques³, conduisant à des prises en charge prolongées, un besoin d'accompagnement en soins de supports et une coordination renforcée des parcours de soins.

Dans le même temps, il est intéressant de préciser que le taux standardisé de prévalence est en légère diminution (-3 % entre 2015 et 2023), ce qui signifie qu'à structure d'âge comparable, le poids du cancer dans la population francilienne a légèrement diminué.

¹ Institut Paris Region

² INSEE, *Taux de pauvreté et niveau de vie en Île-de-France*, édition 2024.

³ Arnold M, Abnet CC, Neale RE, Vignat J, Giovannucci EL, McGlynn KA, Bray F. Global Burden of 5 Major Types of Gastrointestinal Cancer. *Gastroenterology*. 2020 Jul;159(1):335-349.e15. doi: 10.1053/j.gastro.2020.02.068. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32247694; PMCID: PMC8630546.

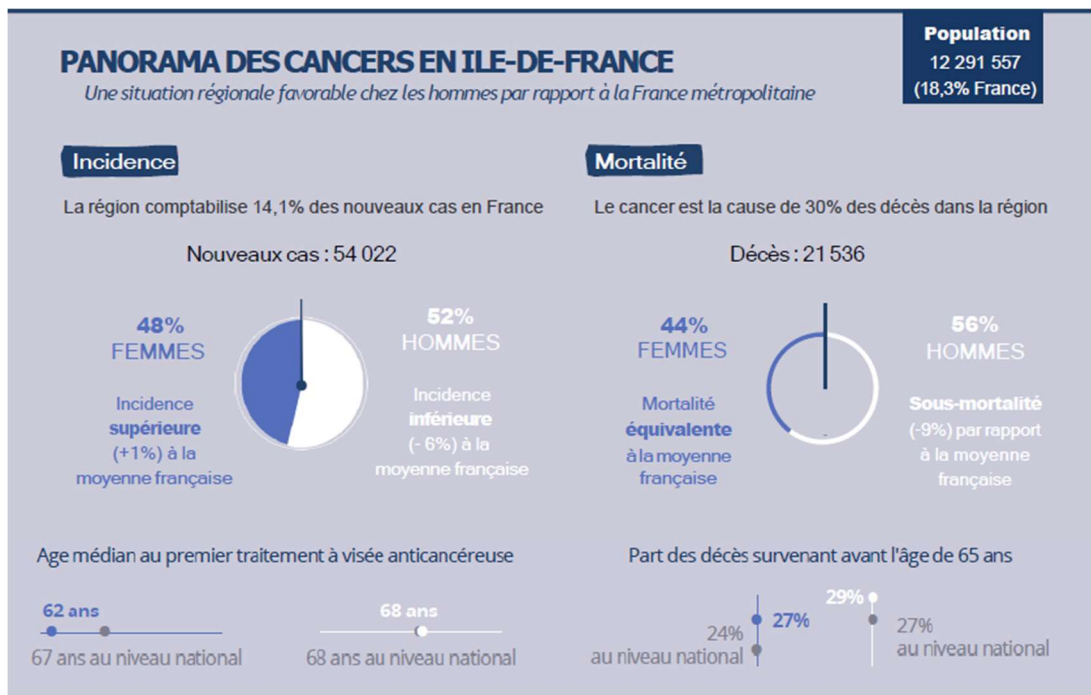
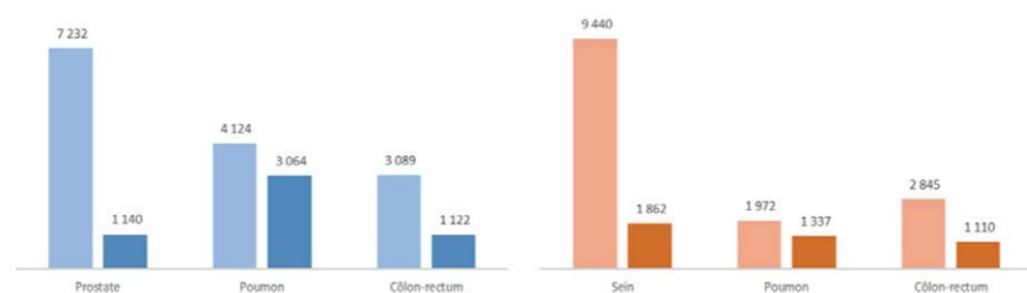


Figure 1 : Panorama des cancers Ile-de-France, Diagnostic Régional INCA Edition 2025

En termes d'incidence et de mortalité (figure 1), chaque année, **54 021 nouveaux cas**, dont 52% d'hommes et 48% de femmes, sont diagnostiqués et 21 500 décès, dont 53% d'hommes et 47% de femmes, sont attribués au cancer, représentant **30 % de l'ensemble des décès** enregistrés en Île-de-France⁴.

Par ailleurs, **en termes de volume** (figure 2), les trois cancers les plus fréquents, responsables chaque année d'un peu plus de la moitié des nouveaux cas sont :

- Cancers de prostate, poumon et côlon-rectum chez l'homme ;
- Cancers du sein, côlon-rectum et poumon chez la femme⁵.



Cas et décès annuels exprimés respectivement à partir des cas et décès observés sur la période 2007-2016 et 2007-2014
 Source : Mathieu P., Lepoutre A., Cariou M., et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France.

Figure 2 : Poids des principaux cancers chez l'homme et la femme, ORS Ile de France, 2019

⁴ Institut national du cancer (INCa), Diagnostic régional Île-de-France, édition 2025.

⁵ Mathieu P., Lepoutre A., Cariou M., Billot-Grasset A., Chatignoux É., *Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France*, Saint-Maurice, Santé publique France, janvier 2019, 170 p. Disponible sur : [Santé publique France](#) (consulté le 22 juillet 2026).

B) Une situation globalement plus favorable que la moyenne nationale, mais qui reste à nuancer

L'état des lieux réalisé dans le cadre de la première feuille de route demeure globalement d'actualité, les données d'incidence n'ayant pas été actualisées à l'échelle régionale. L'Île-de-France conserve une situation globalement plus favorable que la moyenne nationale, même si des contrastes persistent selon les localisations cancéreuses et le sexe.

Cette situation encourageante se traduit par une **diminution de 13 % de la mortalité** tous cancers confondus entre 2015 et 2023, reflet des progrès réalisés en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge thérapeutique (cf. figure 3).

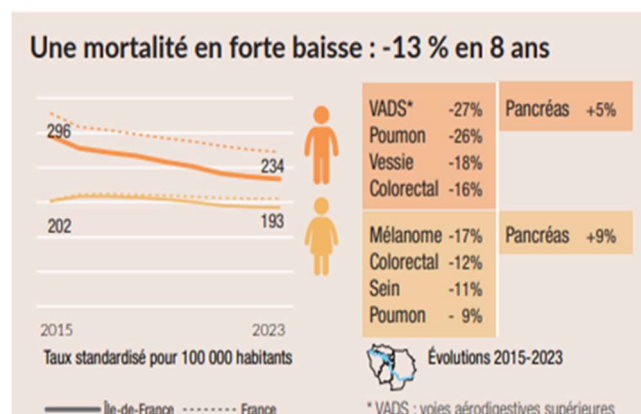


Figure 3 : Epidémiologie des Cancers en Ile-de-France, Journée mondiale contre les cancers, février 2026. Source ORS, Paris Région

Ce constat positif masque cependant des évolutions plus contrastées selon les localisations cancéreuses. En effet, le **cancer du poumon** constitue l'une des préoccupations en lien avec les effets différés de l'évolution des comportements tabagiques des dernières décennies. Son incidence est élevée même si le taux de mortalité s'améliore depuis 2019. À cette tendance s'ajoute la progression du **cancer du pancréas**, dont le pronostic demeure particulièrement défavorable.

C) Des évolutions différenciées selon le sexe

Malgré des évolutions encourageantes, on observe une sur-incidence persistante (figure 4) sur la moitié des cancers.

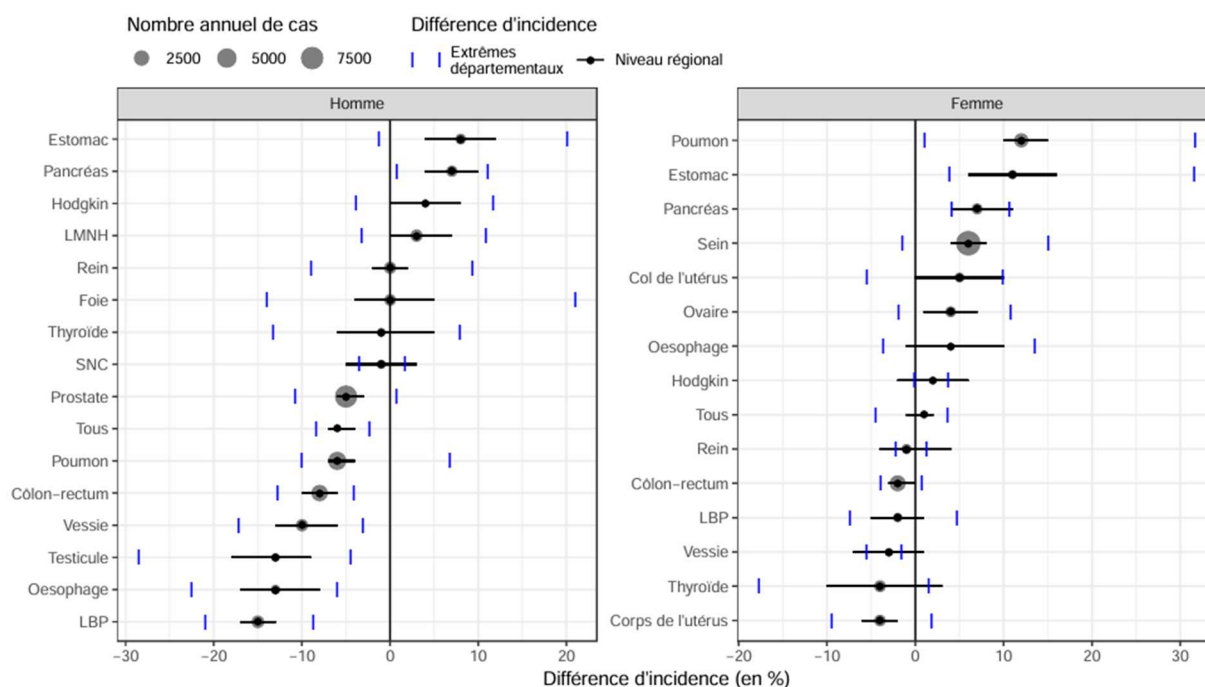


Figure 4 : Différence entre l'incidence de la région et le niveau de la France métropolitaine, par localisation cancéreuse et par sexe, Données Santé Publique France, 2007-2016.

Note de lecture : Localisations cancéreuses présentant une sur-incidence estimée supérieure à la moyenne nationale chez la femme : Poumon, Estomac, Pancréas, Sein, Col de l'utérus, Ovaire, Oesophage, Hodgkin.

Chez les hommes : Une position plutôt favorable par rapport à la France métropolitaine avec une sous-incidence dans la plupart des localisations, hormis pour les cancers de l'estomac (+8%), du pancréas (+7%) et des lymphomes, et une sous-mortalité globale sauf pour les cancers de la plèvre et des voies biliaires.

Chez les femmes, plusieurs localisations présentent une sur-incidence par rapport à la moyenne nationale, notamment les cancers du poumon (+12%), de l'estomac (+11%), du sein, du col de l'utérus, de l'ovaire, du pancréas, de l'œsophage et les lymphomes

Par ailleurs, une étude française⁶ publiée en 2025 dans *The Breast*, met en évidence une **augmentation continue de l'incidence du cancer du sein** depuis plus de trente ans, particulièrement chez les femmes jeunes. Entre 1990 et 2023, l'incidence a augmenté de **63 % chez les femmes de 30 ans** et de **33 % chez les femmes de 40 ans**. Cette évolution pourrait être liée à des modifications des facteurs hormonaux, reproductifs et environnementaux (perturbateurs endocriniens, âge plus tardif des grossesses, évolution des modes de vie), et interroge les stratégies de prévention ainsi que les modalités de dépistage personnalisé chez les femmes les plus jeunes.

D) Des inégalités territoriales et sociale marquées

Derrière une situation régionale globalement favorable persistent de fortes disparités territoriales (figure 5). Les départements de **grande couronne**, en particulier la **Seine-et-Marne** et le **Val-d'Oise**, présentent les niveaux de mortalité par cancer les plus élevés de la région et concentrent une proportion plus importante de personnes vivant avec un cancer. Cette répartition recoupe largement la géographie de la précarité en Île-de-France et met en évidence le poids des déterminants sociaux et environnementaux sur l'état de santé des populations. L'approche par pathologies en comparaison à la moyenne nationale confirme de fortes disparités entre les départements (sein, poumon), ainsi que le cancer de l'estomac qui ne donne pas lieu à ce jour à une politique de dépistage et appelle à une réflexion complémentaire.

Dans l'état des lieux, les chiffres démontrent des inégalités sociales marquées en Ile-de-France, ces dernières se traduisent directement dans le champ de la cancérologie. Les territoires les plus défavorisés cumulent une exposition plus importante aux facteurs de risque, une moindre participation aux programmes de prévention et de dépistage ainsi qu'un diagnostic plus tardif des cancers.

	FEMME									HOMME								
	75	77	78	91	92	93	94	95	Idf	75	77	78	91	92	93	94	95	Idf
Sein																		
Ovaire																		
Col	I+	I+	I+	I+	I+	I+	I+	I+	I+									
Poumon																		
Colorectal																		
Pancréas																		
Prostate																		
Foie	M -	M+	M -	M -	M -	M+	M -	M+	M -									
Estomac																		
SNC	M+	M -	M -	M -	M -	M -	M -	M -	M -									
LBP																		
Vessie																		

Figure 5 : Analyse croisée de l'incidence (*Données 2007-2016, INCA, SPF, HCL*) et du taux standardisé de mortalité (*Données 2018-2022, ORS Ile-de-France*) des principaux cancers en Île-de-France par sexe et département, comparativement à la moyenne nationale

Taux standardisé mortalité (TSM) supérieur / Incidence supérieure

TSM supérieur / Incidence inférieure

TSM inférieur / Incidence supérieure

TSM inférieur / Incidence inférieure

Données non applicables

I+ : Incidence supérieure uniquement, absence de données de mortalité

M+ : Mortalité supérieure uniquement, absence de données d'incidence

M- : Mortalité inférieure uniquement, absence de données d'incidence.

⁶ Pujol P, et al. *Increasing incidence of breast cancer in young women in France: A population-based study (1990–2023)*. The Breast. 2025;83:104555. doi:10.1016/j.breast.2025.104555

Les inégalités sociales constituent un déterminant majeur du risque de cancer. Une étude récente de la DREES⁷ montre que les personnes les plus modestes développent plus fréquemment des cancers de mauvais pronostic et sont davantage diagnostiquées à un stade avancé. Entre 2013 et 2020, leur risque de présenter un cancer métastatique était plus de deux fois supérieur à celui des personnes les plus favorisées.

À l'inverse, certaines localisations, comme le cancer du sein, sont plus fréquentes dans les populations favorisées, illustrant la diversité des déterminants sociaux selon les cancers. Entre 2013 et 2020, à structure par âge et par sexe comparable, les personnes les plus modestes ont 2,3 fois plus de risque que leur cancer soit diagnostiqué à un stade métastatique que les plus aisés lorsque ce cancer est dépistable.

Selon la même étude, les personnes appartenant aux 10 % les plus modestes présentent un risque de développer un cancer du poumon près de deux fois supérieur à celui des 10 % les plus aisés. À l'inverse, les cancers du sein et de la prostate sont davantage diagnostiqués dans les populations favorisées.

Les inégalités ne concernent pas uniquement l'incidence des cancers mais également leur gravité. Les populations les plus modestes présentent une exposition accrue à certains facteurs de risque évitables, notamment le tabagisme, les consommations excessives d'alcool, l'obésité ou certaines expositions environnementales. Elles sont également davantage exposées aux retards diagnostiques et aux formes avancées de cancer au moment de la prise en charge.

Ces constats soulignent la nécessité de renforcer les actions de prévention, de dépistage, d'« aller-vers » et d'accompagnement dans les territoires et auprès des populations les plus vulnérables afin de réduire les inégalités face au cancer.

E) Focus – Les cancers précoces

En Île-de-France, 24 % des décès par cancer surviennent avant l'âge de 65 ans (22% au plan national). Cette situation souligne l'importance de s'intéresser aux cancers précoces, définis comme les cancers diagnostiqués avant l'âge de 50 ans. Leur incidence est en augmentation dans de nombreux pays et constitue un sujet de préoccupation croissante pour les acteurs de santé publique.

Des travaux récents publiés⁸ dans *Nature Medicine* apportent un nouvel éclairage sur ce phénomène dans les pays développés. Menée auprès de plus de 164 000 participants issus de cohortes britanniques et américaines, l'étude met en évidence une **accélération du vieillissement biologique dans les générations récentes**, indépendamment de l'âge chronologique associée à une hausse du risque de développer un cancer solide précoce, notamment les cancers du poumon, du tube digestif et de l'utérus. Si ces résultats doivent encore être confirmés, ils suggèrent que les expositions environnementales, les modes de vie et les facteurs métaboliques⁹ pourraient accélérer le vieillissement biologique et contribuer à l'augmentation des cancers précoces. Ils ouvrent ainsi de nouvelles perspectives pour identifier les populations à risque et adapter les stratégies de prévention et de détection précoce.

F) Focus – Les cancers évitables

Alors que les progrès thérapeutiques améliorent le pronostic de nombreux cancers, une part importante de leur survenue demeure évitable. Selon les estimations de référence du CIRC, de Santé publique France et de l'INCa, **plus de 40 % des cancers peuvent être attribués à des facteurs de risque liés aux comportements individuels, aux expositions environnementales ou à certaines infections**. Plus concrètement, en Île-de-France, sur les 54 000 nouveaux cas, 20 000 cas sont évitables par an.

Le tabagisme demeure de loin le premier facteur de risque évitable, devant la consommation d'alcool, les facteurs nutritionnels (alimentation déséquilibrée, surpoids, obésité, insuffisance d'activité physique) ainsi que certaines infections. Parmi celles-ci, les papillomavirus humains (HPV) sont responsables de la grande majorité des cancers du col de l'utérus et d'autres cancers anogénitaux et ORL. De même, les hépatites virales chroniques, en particulier l'hépatite B, contribuent chaque année à la survenue de cancers du foie, alors même qu'une vaccination efficace permet de prévenir une part importante de ces cancers.

⁷ DREES, Incidence des cancers : les personnes modestes développent plus souvent des formes graves, diagnostiquées plus tardivement, Études et Résultats n°1374, juin 2026.

⁸ Tian R., Zong X., Ren D., et al. *Biological aging and generational shifts in early-onset cancer risk. Nature Medicine.* 2026. doi:10.1038/s41591-026-04448-w.

⁹ Metabolomics, which integrates intrinsic biological changes with extrinsic exposures¹⁵, carries systemic information throughout the body.

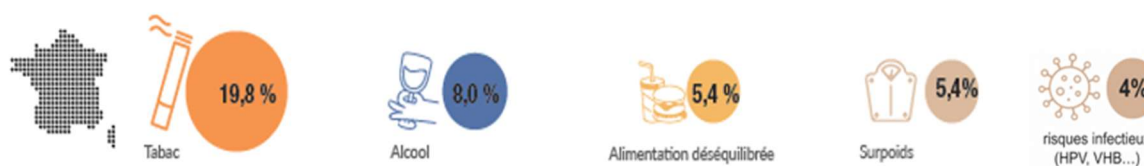


Figure 6 : Poids des principaux facteurs de risque dans la survenue des cancers - Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Épidémiologie des cancers en Île-de-France, Journée mondiale contre les cancers 2026

La prévention des cancers constitue ainsi l'un des leviers les plus efficaces pour améliorer durablement l'état de santé de la population. Elle représente également un enjeu majeur de réduction des inégalités sociales de santé. Les populations les plus défavorisées sont en effet davantage exposées à plusieurs facteurs de risque évitables et cumulent plus fréquemment des difficultés d'accès à la prévention, au dépistage et aux soins.

Le tabagisme (figure 6) est responsable d'environ **20 % des cancers**. Si l'Île-de-France présente une situation globalement favorable en population générale, avec l'une des plus faibles prévalences tabagiques de France, des points de vigilance persistent chez les femmes et les populations socialement défavorisées. L'Île-de-France se distingue par l'une des prévalences tabagiques les plus faibles de France, avec 14,6 % de fumeurs quotidiens parmi les 18-79 ans, contre 17,4 % au niveau national.

Les indicateurs régionaux évoluent globalement favorablement depuis 2017, avec une diminution du tabagisme observée notamment chez les hommes et dans les catégories sociales les plus défavorisées. Cette amélioration ne bénéficie toutefois pas à tous les groupes de population : chez les femmes âgées de 45 à 64 ans, le tabagisme reste élevé, reflétant les comportements d'une génération ayant commencé à fumer plus massivement à partir des années 1970. Cette dynamique contribue aujourd'hui à la progression de certains cancers liés au tabac, en particulier du cancer du poumon chez les femmes.

Ces évolutions s'accompagnent d'une augmentation du **recours aux traitements nicotiniques de substitution (+17 % entre 2022 et 2024)** et du développement des **Espaces sans tabac** et des **Lieux de santé sans tabac** sur l'ensemble du territoire francilien. À l'inverse, le dispositif Mois sans tabac connaît un recul du nombre d'inscrits et d'actions menées, en Île-de-France comme au niveau national. Cette tendance pourrait traduire à la fois des contraintes organisationnelles et budgétaires, mais aussi la difficulté croissante à renouveler les publics touchés par la campagne.

Malgré ces avancées, les **inégalités sociales face au tabagisme demeurent très marquées**. Le tabagisme quotidien reste près de deux fois plus fréquent chez les **ouvriers (25 %)** que chez les **cadres (12 %)** et trois fois plus fréquent chez les personnes déclarant des **difficultés financières (30 %)** que chez celles se considérant à **l'aise financièrement (10 %)**.

Ces écarts s'inscrivent dans une tendance de long terme. Une étude récente¹⁰ montre qu'entre 2000 et 2016, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté parmi les personnes les moins diplômées (de 30 % à 32 %), tandis qu'elle diminuait fortement chez les plus diplômées (de 28 % à 17 %). Les auteurs soulignent néanmoins que **le premier Programme national de lutte contre le tabagisme (2016-2019) a permis, pour la première fois** depuis plusieurs années, **de stabiliser ces inégalités** avant une nouvelle dégradation observée pendant la période de la pandémie de Covid-19. Ces résultats rappellent l'importance de maintenir des politiques de prévention à la fois universelles et ciblées, afin de réduire durablement les inégalités sociales de santé liées au tabagisme.

La consommation d'alcool constitue le **deuxième facteur de risque évitable de cancer**, responsable d'environ **8 % des nouveaux cas** en France.

Les cancers des voies aérodigestives supérieures, du foie, du côlon-rectum et du sein sont particulièrement concernés. Comme indiqué dans le rapport du CIRC¹¹, 15% des cancers du sein auraient pu être évités par l'absence de consommation d'alcool. Conformément aux connaissances scientifiques actuelles, la réduction de la consommation d'alcool permet de diminuer le risque de cancer, celui-ci augmentant avec le niveau d'exposition. En Île-de-France, malgré une consommation d'alcool inférieure à la moyenne nationale avec 5,4 % de consommateurs quotidiens, contre 8 % au niveau national, la prévention demeure un enjeu majeur. Par

¹⁰ Pasquereau A., Guignard R., Andler R., Beck F., Nguyen-Thanh V. *Smoking and social inequalities in France, 20 years of evolution: A secondary dataset analysis of Health Barometers. Tobacco Induced Diseases.* 2026;24:82. doi:10.18332/tid/220422.

¹¹ CIRC, Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France hexagonale, Lyon, 2018.

exemple les jeunes, représentent 4,1% des consommateurs réguliers (contre 7,2% au niveau national)¹² et des femmes, chez qui les conséquences sanitaires de l'alcool sont encore insuffisamment perçues. Le renforcement des actions de sensibilisation et de repérage précoce constitue ainsi un levier essentiel de réduction de l'incidence des cancers.

L'alimentation constitue un déterminant majeur de la prévention des cancers. Une alimentation déséquilibrée est responsable de **5,4 % des nouveaux cas de cancers** en France. L'ensemble des facteurs nutritionnels (alcool, alimentation, surcharge pondérale et insuffisance d'activité physique) est impliqué dans **16 % des cancers chez les hommes** et **20 % chez les femmes**¹³.

Les connaissances scientifiques progressent sur les **aliments ultra-transformés**. Les travaux de la cohorte française **NutriNet-Santé** avaient déjà mis en évidence une association entre leur consommation et une augmentation du risque global de cancer, notamment du cancer du sein. Des études publiées en 2026¹⁴ suggèrent également que certains **additifs alimentaires** présents dans ces produits (colorants, émulsifiants) pourraient être associés à un risque accru de maladies chroniques, dont certains cancers.

La prévention des cancers d'origine infectieuse constitue également un levier d'action, en particulier à travers la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV), principale cause du cancer du col de l'utérus. Au-delà de l'enjeu spécifique porté chez les femmes, cette stratégie s'inscrit dans une approche populationnelle visant à réduire durablement l'ensemble des cancers liés aux HPV (col de l'utérus, mais aussi sphère ORL et anogénitale, chez les femmes comme chez les hommes). Avec une couverture vaccinale de 80 %, il serait possible d'éviter plus de 5 000 cancers chaque année en France, soit la très grande majorité des cancers liés aux papillomavirus humains. Actuellement, 50% des adolescents ont reçu un schéma vaccinal complet.

Les expositions environnementales et professionnelles sont également impliquées dans la survenue de certains cancers. La pollution de l'air, les rayonnements ultraviolets, le radon ou encore l'exposition à des substances cancérigènes en milieu professionnel augmentent le risque de développer plusieurs types de cancers, notamment du poumon et de la peau. En Île-de-France, les enjeux liés à la qualité de l'air et aux expositions environnementales concernent particulièrement les populations vivant dans les zones les plus urbanisées. La prévention de ces risques repose à la fois sur les politiques de santé environnementale, de santé au travail et d'aménagement du territoire.

1.2 Ressources et capacités de réponse de la région

A) Dépistage des cancers : des couvertures contrastées et un enjeu d'améliorer la participation et renforcer le recours au dépistage organisé

En Île-de-France, les programmes de dépistage organisé des cancers concernent près de 5,5 millions de personnes, soit 18,7 % de la population régionale. Ils constituent un levier majeur de réduction de la mortalité évitable grâce à la détection précoce des cancers et des lésions précancéreuses. Si le recours au dépistage repose à la fois sur les programmes organisés et, pour certaines localisations comme le cancer du sein, sur une pratique importante du dépistage individuel, le dépistage organisé demeure le cadre de référence en santé publique en raison des garanties qu'il apporte en matière de qualité des pratiques, de suivi des parcours et de réduction des inégalités d'accès.

Les programmes de dépistage organisés des cancers en Île-de-France, restent caractérisés par des niveaux de participation insuffisants et très hétérogènes selon les territoires et les populations. Ils concernent environ 5,5 millions de personnes (18,7% de la population francilienne) et constituent un levier majeur de réduction de la mortalité évitable. La reprise observée depuis la crise sanitaire ne s'accompagne toutefois pas d'une amélioration suffisante de la participation, qui demeure inférieure aux objectifs de santé publique. Les trois programmes de dépistage organisé présentent des dynamiques distinctes mais convergent vers un même enjeu : améliorer le recours au dépistage tout en réduisant les inégalités sociales et territoriales de santé.

¹² Diagnostic Régional Ile de France Edition 2025, Données Santé Publique France Enquête ESCAPAD 2022

¹³ Soerjomataram I., et al. *Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine*. CIRC/IARC, SPF, INCa, 2018.

¹⁴ Shah, S., Hasenböhler, A., Javaux, G. *et al.* Food colouring additives and cancer incidence in the NutriNet-Santé prospective cohort. *Eur J Epidemiol* (2026). <https://doi.org/10.1007/s10654-026-01393-3>

Département	DO cancer colo-rectal (%) en décembre 2025	DO cancer du sein (%) en 2025	DO cancer col de l'utérus (%) en 2025
75	27,1	27,8	57,8
77	30,1	45,9	54,7
78	29,8	38,8	55,7
91	30,3	40,5	54,6
92	27,7	33,7	54,4
93	23,9	38,8	45,7
94	28,8	38,9	51,2
95	27,2	38,2	51,2
Taux régional	28	37,1	53,5
Taux national	34,2	47,7	60,9
Taux cible CPOM état-ARS IdF	42	52,6	67,9
Cible nationale	45	70	80

Tableau 1 : Taux de participation des différents Programmes de dépistages organisés en Ile-de-France. Taux départementaux et régionaux Données CRCDC Rapport d'activité 2025. Taux nationaux Données SPF Odissé 2023.

Le dépistage organisé du cancer colorectal en Île-de-France représente un enjeu de santé publique majeur, compte tenu de la fréquence du cancer colorectal et de son potentiel important de prévention et de détection précoce. La mise en œuvre du programme repose sur un test simple, proposé tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans, avec un impact démontré sur la réduction de la mortalité lorsque la participation est suffisante.

Le contexte régional est marqué par des évolutions importantes du dispositif, visant à lever les freins d'accès et à moderniser le programme : diversification des modalités d'accès au test (pharmacies, commande en ligne et récemment la remise par les infirmières libérales), simplification du parcours pour les usagers, déploiement d'outils numériques et de dématérialisation, actions de communication renforcées.

Malgré cela, le taux de participation demeure faible (**28% % en Île-de-France**)¹⁵, inférieur au niveau national (34,2 %) et éloigné de l'objectif européen (45 %), marqué par des disparités territoriales importantes, les taux de participation allant de 30 à 27% selon les départements. Les niveaux les plus faibles sont observés dans les zones urbaines denses et socialement défavorisées, notamment en cœur d'agglomération, tandis que certains territoires périurbains ou mieux dotés en professionnels de santé présentent des niveaux de participation relativement plus élevés. Ces inégalités sont d'autant plus préoccupantes qu'elles concernent souvent des populations plus exposées aux facteurs de risque et donc potentiellement plus à risque de développer un cancer colorectal.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus en Île-de-France s'inscrit dans un contexte marqué par un fort potentiel de prévention, ce cancer étant largement évitable grâce à la combinaison de la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) et d'un dépistage régulier permettant d'identifier et de traiter les lésions précancéreuses. Le dépistage a été généralisé en 2018.

Dans la région, la couverture globale de dépistage est encore insuffisante et irrégulière, avec de fortes disparités sociales et territoriales. Les inégalités concernent à la fois les territoires, avec des niveaux de recours plus faibles dans les espaces urbains denses et socialement défavorisés, et les profils de population, notamment les femmes en situation de précarité, d'isolement.

Plus de deux millions de Franciliennes étaient à jour de leur dépistage du cancer du col de l'utérus en 2025, correspondant à une couverture globale de 65,4 % (DO et DI), proche des objectifs intermédiaires de santé publique mais encore inférieure à la moyenne nationale (72,2 %). Les écarts territoriaux demeurent importants, avec des niveaux particulièrement faibles dans certains territoires socialement défavorisés

En 2025 la couverture vaccinale contre le HPV chez les filles pour au moins une dose à 15 ans était de 52.1% en Ile-de-France (61.6% France métropolitaine), avec une importante disparité inter départementale. Le taux de couverture était particulièrement bas en Seine-Saint-Denis (35%) et en Val-d'Oise (45,6%) (Source : SPF, site Odissé)

Le **dépistage du cancer du sein** illustre une spécificité francilienne majeure : le recours important au dépistage individuel. Si la participation au dépistage organisé demeure limitée (37 %), sensiblement inférieure à la moyenne nationale, la couverture globale de dépistage atteint plus de 62 % lorsqu'est pris en compte le dépistage individuel, soit un niveau comparable, voire légèrement supérieur, à la moyenne nationale. Cette

¹⁵ Rapport d'activité 2025 du CRCDC-IDF, Juin 2026, Données Taux de participation INSEE

situation traduit l'adhésion des Franciliennes au dépistage, mais limite le recours au dispositif organisé qui constitue le cadre de référence en matière d'assurance qualité, de double lecture des mammographies et de suivi des parcours. Le renforcement du recours au dépistage organisé constitue ainsi un enjeu majeur d'équité et de qualité des pratiques.

Si le dépistage individuel contribue à une couverture élevée dans plusieurs territoires franciliens, le dépistage organisé demeure le dispositif de référence en santé publique. Il garantit la qualité des examens réalisés, le suivi des résultats, le repérage des personnes non dépistées et contribue à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. L'un des enjeux de la période 2026-2030 sera donc de favoriser le recours au dépistage organisé tout en maintenant un haut niveau de couverture globale de la population.

B) Une gradation des prises en charge avec une meilleure structuration de l'offre hospitalière

Les ressources en prévention, dépistage et accompagnement (CRCDC, médecine de ville, associations, collectivités, dispositifs territoriaux...) sont décrites dans le cadre de la première feuille de route cancer en annexe.

Les évolutions ont, depuis, essentiellement portées sur l'organisation des soins avec la mise œuvre de la réforme des autorisations dans les établissements de santé. La région compte désormais **124 établissements autorisés en cancérologie**, dont **104 autorisations en chirurgie carcinologique**, **77 en TMS** (traitements médicamenteux systémiques du cancer) et **26 en radiothérapie externe**, 11 en curiethérapie et 15 radiothérapie interne vectorisée. La mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité de traitement du cancer (décrets 2022) introduit une gradation des soins avec l'identification de mention B en chirurgie oncologique (tableau 2) pour les prises en charge complexes et de recours.

Chirurgie oncologique - 30 mars 2026												
	Digestif		Thorax		ORL - MF		Uro		Gynéco		Mammaire	Indifférencié
	Mention A	Mention B	Mention A	Mention B	Mention A	Mention B	Mention A	Mention B	Mention A	Mention B	Mention A	Mention A
75	2	11		5	1	7	5	9	3	10	14	21
77	5	2	1			1	6		2	1	5	3
78	4	4			2	1	5		3	2	6	11
91	3	3	1		1	1	6		1	1	5	8
92	3	8		5		4	4	3	1	4	7	13
93	5	3		1	2	1	7		2	1	6	4
94	4	6			1	2	6	3	2	2	6	8
95	3	5	3		1	1	7		2	2	7	7
TOTAL	29	42	5	11	8	18	46	15	16	23	56	75

Tableau 2 : Sites autorisés en chirurgie oncologique selon la mention A ou B par territoire – AR-IdF

Chez l'enfant, ce sont 7 sites autorisés en chirurgie oncologique et 5 en traitements médicamenteux systémiques du cancer.

C) Accès aux soins

La progression des dépassements d'honoraires constitue aujourd'hui un frein majeur dans l'accès aux soins, y compris en cancérologie. En 2024, leur montant atteint **4,5 milliards d'euros**, en hausse de **27 % (hors inflation) depuis 2019**, porté à la fois par l'augmentation du nombre de médecins exerçant en secteur 2 et par la reprise des niveaux de dépassements pratiqués. En France, chez les spécialistes nouvellement installés, **74 % exercent désormais en secteur 2**, contre 64 % en 2017, faisant progressivement du secteur 2 la norme pour de nombreuses spécialités¹⁶.

Ce phénomène, touchant à la fois les grandes métropoles et les territoires plus précaires, le tarif opposable devient insuffisant et engendre des difficultés d'accès aux soins, notamment pour les patients chroniques atteints de cancer nécessitant un suivi régulier.

En outre, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rappelle que ces dépassements montrent les limites du modèle de financement actuel. En effet, la revalorisation insuffisante des tarifs conventionnels face à l'augmentation des charges d'exercice, engendre ces dépassements, outils de compensation financière des professionnels devenus nécessaire à la pérennité de leur activité.

Dès lors, l'accès aux soins en oncologie passe certes par une meilleure régulation des dépassements, mais aussi une réflexion sur l'adéquation des tarifs opposables aux coûts réels de l'exercice en cancérologie.

¹⁶ Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux. Rapport, octobre 2025.

En synthèse, l'état des lieux met en évidence une situation contrastée en Île-de-France. Si la région bénéficie globalement d'indicateurs plus favorables que la moyenne nationale en matière de mortalité et de survie par cancer, elle fait face à des défis majeurs qui devraient s'intensifier dans les années à venir. Le vieillissement de la population et l'amélioration de la survie conduisent à une augmentation continue du nombre de personnes vivant avec ou après un cancer, générant des besoins croissants en prévention, en accompagnement et en coordination des parcours.

Parallèlement, plusieurs signaux appellent une vigilance renforcée. La progression de certains cancers chez les femmes, l'augmentation des cancers diagnostiqués à un âge précoce, la persistance de cancers de mauvais pronostic et le poids toujours important des facteurs de risque modifiables soulignent la nécessité de renforcer les actions de prévention primaire et secondaire.

L'analyse met également en évidence des inégalités sociales et territoriales marquées. Les populations les plus exposées à la précarité cumulent davantage de facteurs de risque, participent moins aux dispositifs de prévention et de dépistage et sont plus souvent confrontées à des diagnostics tardifs ou à des formes plus sévères de la maladie. Malgré les progrès accomplis, les couvertures de dépistage et de vaccination demeurent insuffisantes et très hétérogènes selon les territoires et les publics.

Dans ce contexte, la feuille de route régionale 2026-2030 vise à répondre à un double enjeu : poursuivre l'amélioration globale de la prévention, du dépistage et des parcours en cancérologie, tout en réduisant les inégalités sociales et territoriales de santé.

2. Enjeux pour l'Île-de-France

Bilan de la feuille de route 2021-2025

Le bilan de la feuille de route régionale de lutte contre les cancers 2022-2025, disponible sur le site d'ONCORIF, a été élaboré en collaboration avec les acteurs franciliens fin 2025. Si les avancées sont notables, les résultats demeurent hétérogènes.

Des avancées dans l'exposition aux facteurs de risque, l'organisation et la qualité du parcours

Les actions ont été déployées afin de limiter les facteurs de risque (tabac, nutrition) et d'encourager les facteurs protecteurs (activité physique, vaccination contre les HPV) et de développement des dépistages. Les dispositifs d'« aller-vers » se sont fortement développés, renforçant l'accès à la prévention et au dépistage des publics les plus éloignés du système de santé, en cohérence avec les objectifs du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et du projet régional de santé 3 (PRS3) en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Parallèlement, des progrès ont été réalisés dans la structuration des parcours de soins et la qualité des prises en charge, notamment à travers la mise en œuvre de la réforme des autorisations en cancérologie et la mise en place de la gradation des soins et des nouvelles exigences, le développement de la chirurgie ambulatoire, la télésurveillance ou encore les expérimentations visant à renforcer la coordination ville-hôpital (suivi des thérapies orales).

L'Île-de-France a également confirmé son rôle moteur en matière d'innovation, avec le développement de l'anatomocytopathologie numérique, de l'intelligence artificielle, de la chirurgie robot-assistée, et l'amélioration de l'accès aux thérapeutiques innovantes et aux essais cliniques.

Des résultats encore hétérogènes

Malgré ces avancées, les résultats demeurent contrastés. Les taux de participation aux dépistages organisés restent inférieurs aux objectifs en Île-de-France, en particulier pour les cancers du sein et colorectal. Cette situation doit toutefois être nuancée par le recours important au dépistage individuel ou opportuniste dans la région, notamment pour le cancer du sein, qui conduit à une couverture globale de dépistage plus élevée que ne le suggèrent les seuls indicateurs du dépistage organisé. Dans ce contexte, l'enjeu n'est pas uniquement d'augmenter le recours au dépistage, mais également de favoriser le basculement du dépistage individuel vers le dépistage organisé, afin de garantir une meilleure qualité, un suivi renforcé et une réduction des inégalités d'accès.

Les inégalités d'accès à la prévention, aux dépistages et aux soins demeurent un enjeu, notamment dans les territoires les plus défavorisés et pour certains publics spécifiques (personnes en situation de précarité, de

handicap, ou jeunes publics). Ces inégalités s'inscrivent dans un contexte régional caractérisé par une forte densité d'offre mais une organisation encore très asymétrique.

Différentes contraintes ont limité le déploiement de la feuille de route, en particulier :

- Des tensions persistantes en ressources humaines, impactant la continuité des actions et les capacités de déploiement¹⁷;
- Un manque de coordination entre les acteurs (villes -hôpital, soins palliatifs) ;
- Des retards ou des fragilités sur certains sujets structurants, tels que le dossier communicant de cancérologie, l'organisation de certains parcours (après-cancer, soins oncologiques de support, oncogénétique).

Orientations 2026-2030

Dans ce contexte, la nouvelle feuille de route 2026-2030 s'inscrira dans une logique de consolidation et de priorisation, en capitalisant sur les actions engagées. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé demeure un enjeu transversal, impliquant le renforcement des approches ciblées en prévention et dépistage, ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins, notamment en termes de délais et de reste à charge.

Le premier enjeu régional consiste à réduire le poids des cancers évitables. Plus de 4 cancers sur 10 demeurent évitables par une action sur les facteurs de risque. La stratégie décennale fixe pour l'Île-de-France un objectif de 10 800 cancers évitables par an à l'horizon 2040. L'action doit renforcer l'efficacité des politiques de prévention : Atteindre un niveau très élevé de vaccination HPV, du collège au rattrapage vaccinal ; Intensifier la lutte contre le tabac et l'alcool ; Encourager l'activité physique.

La deuxième porte sur l'amélioration de la participation aux dépistages organisés. Les taux de participation aux trois programmes de dépistage restent inférieurs aux niveaux nationaux et aux objectifs ciblés. La précédente feuille de route visait 200 000 dépistages supplémentaires par an. Les efforts doivent être poursuivis en direction des publics les plus éloignés du système de santé et des territoires les plus fragiles. Le renforcement des démarches d'aller-vers et des actions ciblées sur les populations vulnérables devra être poursuivi.

L'enjeu de qualité et de fluidité des parcours demeure également central. Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de survivants du cancer génèrent des besoins croissants en coordination et en soins de support. Malgré une offre cancérologique parmi les plus importantes de France, les tensions en ressources humaines, les besoins croissants liés au vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes vivant après un cancer nécessitent de renforcer la coordination des parcours, l'accès aux soins oncologiques de support, l'anticipation de la démarche palliative et la prise en compte des spécificités liées à l'âge.

L'Île-de-France doit maintenir son niveau d'excellence en matière d'innovation et d'accès aux thérapeutiques innovantes, tout en garantissant que ces progrès bénéficient à l'ensemble des patients.

Trois nouveaux projets sont intégrés :

- La mise en place l'expérimentation IMPULSION du **dépistage du cancer du poumon**
- Le déploiement d'**organisations diagnostiques en circuit court**
- L'amélioration le parcours des **personnes en situation de handicap**

METHODE

La présente feuille de route a été élaborée à partir du bilan 2021-2025, d'une analyse actualisée des besoins régionaux et d'une concertation conduite avec les principaux acteurs de la cancérologie francilienne.

En Île-de-France, ces politiques sont d'ores et déjà en articulation avec les programmes structurants tels que le programme national de lutte contre le tabac, le Programme national nutrition santé (PNNS), la stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat 2025 / 2030, le Plan régional santé environnement (PRSE), le Plan régional santé au travail (PRST), et, à venir, le plan national de lutte contre les consommations d'alcool. La feuille de route cancer ne vise pas à s'y substituer, mais à les consolider, les articuler et en renforcer l'impact.

¹⁷ Feuille de route Cancer 2021-2025, Page 26-30

Cette 2^{ème} feuille de route propose une déclinaison resserrée autour des actions sélectionnées par l'INCa. Ainsi, 21 des 23 actions proposées à la déclinaison par l'INCa ont été incluses dans la FdR régionale (2 relevant de leviers nationaux).

D'autres actions seront toutefois poursuivies, au titre du PRS, afin de garantir la continuité des politiques déjà engagées : poursuite de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité du cancer et mesure de l'impact, numérisation de l'activité d'anatomocytopathologie dans les hôpitaux, déclinaison des recommandations et référentiels (organisation des 3C, référencement et qualité des RCP), déploiement de l'HAD dans le parcours cancer (TMSC et Soins Palliatifs), conciliation médicamenteuse, développement de la conciliation médicamenteuse et de la recherche clinique (annuaire des essais à finaliser en prenant en compte les spécificités cancer), de la plateforme génomique.

Les modalités de Coordination entre les différentes politiques, de gouvernance, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation sont détaillées dans un document méthodologique annexé (Annexe II).

ACTIONS

AXE 1 : AMELIORER LA PREVENTION

I. Investir dans la prévention, la promotion de la santé dès le plus jeune âge, favoriser l'alimentation équilibrée, encourager l'activité physique, et diminuer la sédentarité

Les constats régionaux mettent en évidence le poids majeur des facteurs de risque évitables dans la survenue des cancers ainsi que l'existence d'inégalités sociales de santé qui s'installent dès l'enfance et l'adolescence. Ils soulignent également l'émergence de cancers survenant à des âges plus précoces et la nécessité d'agir avant l'apparition des comportements à risque. Dans ce contexte, investir dans la prévention dès le plus jeune âge constitue un levier essentiel pour réduire à long terme l'incidence des cancers évitables en Île-de-France.

En Île-de-France, les comportements de santé (alimentation, activité physique, sédentarité) suivent un gradient social qui s'exprime dès le plus jeune âge. Dans ce contexte, l'enjeu régional est double :

- Promouvoir des environnements favorables à la santé dans tous les milieux de vie ;
- Garantir un accès équitable aux comportements protecteurs (alimentation de qualité, activité physique, réduction de la sédentarité).

L'action régionale en s'appuyant sur les politiques existantes, vise à structurer des parcours de prévention cohérents, en mobilisant l'ensemble des acteurs éducatifs, sanitaires et sociaux et en renforçant le pouvoir d'agir des jeunes.

Ainsi, l'ARS a choisi de s'aligner sur les actions 2.1, 2.2, 2.3, identifiées par l'INCA et d'intégrer plus globalement les actions vers les publics en situation de vulnérabilité socio-économique, universitaires et le déploiement de l'activité physique adaptée.

Concernant l'action 4.3, les actions de promotion d'une alimentation favorable à la santé, déployées dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), contribueront aux axes de prévention des cancers de la stratégie décennale, en cohérence avec les objectifs de réduction des facteurs de risque évitables. C'est donc dans une logique de cohérence des politiques publiques, que les actions portées au titre du PNNS en matière d'alimentation seront mobilisées et valorisées comme déterminants majeurs de la prévention des cancers dans le cadre de la stratégie décennale.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 2.1 Permettre la pleine participation des jeunes dans la prévention cancer</i> <i>Action INCa 2.2 : Structurer un parcours de prévention des cancers dès la petite enfance</i> <i>Action INCa 2.3 : Appuyer les établissements scolaires et universitaires dans le déploiement d'actions concrètes en prévention des cancers</i>		
Soutenir le développement de démarche école promotrice de santé ou d'actions éducatives intégrant la prévention des cancers	ARS, EN, RIF Associations, AM	Contractualisation Actions de promotion
Poursuivre la mise en place des programmes de compétences psycho sociales en milieu scolaire et les programmes EVARS	ARS, EN	Etat des lieux Actions de promotion
Généraliser les « campus sans tabac » dans l'enseignement supérieur	Universités	Etat des lieux Actions de promotion
<i>Action INCa 4.3 : Favoriser l'accessibilité à une alimentation favorable à la santé, notamment pour les populations précaires</i>		
Prévention primaire sur l'alimentation : continuer à travailler sur l'enjeu Nutriscore dans les restaurations collectives	ARS, EN, AM	Actions de promotion
Développer une culture commune sur les enjeux nutrition / dénutrition	ARS, associations, AM	Actions de promotion
Sensibiliser l'enseignement supérieur à la prévention cancer	ARS, MSS université, CROUS	Etat des lieux Actions de promotion
<i>Action INCa 4.4 : Promouvoir pour tous et à tous les âges la pratique de l'activité physique et limiter les comportements sédentaires</i>		
Poursuivre la promotion de l'activité physique par les maisons sport santé (100 en IDF mais 55 financées) au sein des établissements scolaires.	ARS, EN, MSS, AM	Contractualisation Actions de promotion
Sensibiliser les MSS à la prévention cancer par une approche globale	ARS, ONCORIF	Actions de promotion
Promouvoir l'usage du SI Sport Santé pour évaluer, prescrire et orienter les patients sur le sport santé	ARS, Drajes	Etat des lieux Actions de promotion

II. Intensifier la lutte contre le tabac et réduire les consommations d'alcool à risque

Malgré une situation régionale plus favorable que la moyenne nationale, le tabac demeure le premier facteur de risque évitable de cancer et les inégalités sociales de consommation restent très marquées. Par ailleurs, l'évolution défavorable observée chez certaines catégories de femmes constitue un signal de vigilance particulier au regard de la progression de certains cancers féminins. Le renforcement des actions de dénormalisation, d'accompagnement au sevrage et de repérage précoce des consommations à risque constitue donc un enjeu prioritaire.

La lutte contre les conduites addictives est déployée notamment à travers l'offre médico-sociale spécialisée (CSAPA, CAARUD) et les actions de prévention sur les territoires portés par les différents acteurs. Le tabac et l'alcool représentent les principales substances à l'origine des prises en charge.

La stratégie régionale vise à intensifier et mieux cibler les actions de prévention et d'accompagnement, en articulant trois leviers complémentaires : la dénormalisation des consommations ; le renforcement de l'accompagnement au sevrage, en lien avec les professionnels de santé et les structures spécialisées et le repérage précoce et les interventions brèves, intégrés dans les parcours de soins et de prévention. Une attention particulière est portée aux jeunes et aux populations les plus vulnérables, à travers le développement de stratégies d'« aller vers », le renforcement de l'offre de proximité et l'intégration de ces actions dans les dispositifs existants.

La Feuille de route pour l'Ile-de-France inscrit les actions 3.2 et 3.4 identifiées par l'INCa, relatives à la réduction des consommations de tabac et d'alcool. Elle anticipe également l'articulation avec le futur plan national de mobilisation contre les consommations d'alcool, afin de renforcer la cohérence et l'impact des interventions. L'action 3.3, relevant de leviers principalement nationaux, n'est pas déclinée à l'échelle régionale.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 3.1 : Poursuivre la dénormalisation des produits du tabac</i> <i>Action INCa 3.2 : Accompagner les fumeurs vers le sevrage et l'arrêt du tabac</i> <i>Action INCa 3.4 : Renforcer le repérage et la réduction des risques liés à l'alcool, notamment pour les publics les plus vulnérables</i> <i>Action INCa 3.5 : Prévenir l'entrée des jeunes dans la consommation d'alcool</i>		
Poursuivre et renforcer le mois sans tabac en IDF	ARS , collectif mois sans tabac IDF, DRIETS, AM, DIRCOM	Actions de promotion
Participer au plaidoyer aux espaces sans tabac	Villes , collectivités territoriales, MILDECA, Ligue, AM, DIRCOM	Actions de promotion
Déploiement stratégie lieu santé sans tabac	ES , RESPADD, AM	Actions de promotion
Poursuivre l'accompagnement au sevrage tabagique des fumeurs	ARS , URPS Pharmaciens, CPTS, ONCORIF, AM	Actions de promotion
Renforcer le lien ville-Hôpital via l'usage de la plateforme de coordination Santélien afin de faciliter le suivi des patients	ARS , CSAPA, ES, AM	Etat des lieux Actions de promotion
Participer et contribuer à des campagnes de communications visant à dénormaliser la consommation d'alcool	SPF, ARS, AM, DIRCOM	Actions de promotion
Soutenir le déploiement de dispositifs de téléconsultation dans la prise en charge des conduites addictives dont les troubles de l'usage d'alcool	ARS, CSAPA, AM , sites expérimentateurs	Actions de promotion
Renforcer la prise en charge des conduites addictives (CMS, MSP, MG, micro-structures...) dans les structures de soins ambulatoires en ville	ARS , FNSCS, CPTS, AM...	Capitalisation des expérimentations

III. Mettre un coup d'arrêt à la hausse de l'incidence des cancers de la peau et favoriser leur détection précoce

Si les cancers cutanés ne constituent pas à ce jour une spécificité francilienne documentée, leur incidence continue de progresser à l'échelle nationale. Dans un contexte où la prévention primaire permet d'éviter une part importante des cancers liés aux expositions environnementales et comportementales, l'amélioration de la prévention des risques UV et du repérage précoce constitue un axe de vigilance de la période 2026-2030.

En Île-de-France, l'ARS souhaite renforcer les actions de prévention primaires ciblées auprès des publics les plus exposés, notamment les enfants, adolescents et jeunes adultes, en mobilisant les acteurs de l'éducation, du sport, les collectivités territoriales et les professionnels de santé.

En parallèle, une attention particulière sera portée à l'amélioration du repérage des lésions cutanées suspectes et à la fluidification des parcours d'accès au diagnostic, dans un contexte marqué par des tensions d'accès à la dermatologie. L'ARS Idf soutiendra ainsi des démarches innovantes d'organisation territoriale associant professionnels de premier recours, télé-expertise, outils numériques et dispositifs mobiles, afin de favoriser un accès plus rapide et plus équitable à l'expertise dermatologique.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 6.1 : Renforcer la prévention des risques liés aux rayonnements ultraviolets (UV) dès l'enfance</i> <i>Action INCa 6.3 : structurer des parcours de détection précoce des cancers de la ci</i>		
Faire un état des lieux des dispositifs en place et proposer des modalités d'organisation afin de faciliter le repérage et la prise en charge des lésions cutanés	ARS, ONCORIF, Acteurs de la dermatologie	Etat des lieux Capitalisation Recommandations organisationnelles
Accompagner la montée en compétences des professionnels de premier recours pour le repérage et l'orientation des lésions cutanées suspectes	ARS, ONCORIF, acteurs de la dermatologie, MT	Actions de promotion
Soutenir des expérimentations d'organisations territoriales dans le cadre de l'AAP régional innovations organisationnelles avec une solution numérique.	ARS, structures de santé	Capitalisation des expérimentations

IV. Bâtir une stratégie intégrée d'élimination du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus constitue l'un des rares cancers pour lesquels une élimination à terme est envisageable, grâce à l'association de trois leviers complémentaires : la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV), le dépistage organisé et la prise en charge précoce des lésions.

Les données régionales montrent que la couverture vaccinale HPV demeure inférieure à la moyenne nationale et présente d'importantes disparités territoriales, tandis que la participation au dépistage reste éloignée des objectifs internationaux d'élimination du cancer du col de l'utérus. Ces résultats justifient la poursuite d'une stratégie intégrée associant vaccination, dépistage organisé et démarches d'aller-vers ciblées vers les populations les plus éloignées du système de santé.

Dans ce contexte, l'ARS Île-de-France poursuit le déploiement d'une stratégie intégrée articulant prévention, vaccination, dépistage et aller-vers, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés : Éducation nationale, Assurance maladie, collectivités, professionnels de santé, établissements scolaires, structures de proximité et associations. La poursuite des campagnes de vaccination en collège, le développement des actions de rattrapage vaccinal jusqu'à 26 ans et l'amélioration de l'accès au dépistage, notamment via l'auto-prélèvement et les dispositifs mobiles, constituent des priorités régionales. Une attention particulière sera portée aux publics les plus éloignés du système de santé afin de réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès à la prévention.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa7.2 : Augmenter la couverture vaccinale contre les infections liées aux HPV</i> <i>Action INCa 7.3 : et améliorer l'accès et le recours au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus</i>		
Poursuivre la mise en œuvre de la campagne de vaccination HPV aux collèges	ARS, EN, AM, collectivités, CRIPS	Engagement de la 4 ^{ème} campagne en 2026
Soutenir les initiatives et démarches de rattrapage vaccinal jusqu'à 26 ans	ARS, EN, AM, SSE, conseil régional IDF, collectivités et prof de santé URPS, ordres, CPTS, DIRCOM	Actions de promotion Soutien expérimentation
Intégrer le dépistage dans les parcours de santé réguliers de la femme	ARS, AM, collectivités, maisons des femmes, CPTS, URPS, ordres	Contractualisation avec collectivités (PMI, CMS ...)
Déployer de manière effective le dépistage par auto-prélèvement	ARS, AM, CRCDC IdF, collectivités, maisons des femmes, CPTS, URPS, ordres	Actions de promotion Soutien à l'expérimentation
Accompagner la mise en œuvre des recommandations concernant le dépistage organisé du cancer du col pour les personnes immunodéprimées.	ARS, AM, CRCDC IDF, ONCORIF, DIRCOM	Actions de promotion

V. Augmenter la participation aux programmes de dépistages organisés et identifier de nouvelles opportunités de dépistage

Les trois programmes de dépistage organisé (cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus) concernent près de 5,5 millions de Franciliens mais leurs taux de participation demeurent systématiquement inférieurs aux moyennes nationales et très éloignés des objectifs européens. Les écarts observés entre départements illustrent la persistance d'inégalités sociales et territoriales majeures dans l'accès à la prévention. Dans ce contexte, l'amélioration de la participation aux dépistages constitue l'un des principaux enjeux régionaux de la période 2026-2030. Ces différents freins nécessitent des réponses différenciées et territorialisées. La stratégie régionale vise à multiplier les points d'entrée dans le dépistage et à favoriser un accès effectif aux dispositifs pour l'ensemble de la population, en particulier les publics les plus éloignés du système de santé par le déploiement des stratégies d'accès élargies et des actions d'« aller-vers »

Par ailleurs, l'Île-de-France est une des premières régions expérimentatrices du programme pilote IMPULSION, dédié au dépistage du cancer du poumon. Dans ce cadre, l'ARS Île-de-France veille à la bonne organisation de l'inclusion des patients, la structuration des filières de radiologie et de pneumologie, l'articulation systématique avec les dispositifs d'aide au sevrage tabagique.

Enfin, la région s'appuiera sur le programme INTERCEPTION pour structurer une approche de prévention personnalisée, intégrant le repérage des facteurs de risque, l'accompagnement au changement de comportements, l'orientation vers les dispositifs de dépistage.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
Action INCa 8.1 : Favoriser l'accès et encourager le recours aux dépistages organisés des cancers		
Mieux informer les professionnels de santé sur les bénéfices du dépistage organisé.	CRCDC IdF, AM,	Actions de promotion
Produire un bilan annuel des programmes de dépistages organisés régional et à l'échelle des différents départements pour identifier les délais, freins, leviers	CRCDC IdF, AM, ARS	2026 Contractualisation et feuille de route prévention
Multiplier les points d'entrée, rechercher des partenariats auprès des structures de soins comme prescripteurs de dépistages indépendamment des lettres d'invitations	CRCDC IdF ARS, AM, DRIEETS	Actions de promotion Déploiement de mon bilan prévention Conventionnement avec les SST
Développer l'aller vers dans des territoires ciblés. Evaluer les approches pour les adapter. Développer les partenariats avec les acteurs de la solidarité et du médico-social	CRCDC IdF ARS, AM, IdF, associatifs, ESMS,	Benchmark soutien expérimentation Actions de promotion
Expérimenter des modalités de délivrance en fonction des territoires (Territoires ruraux, QPV)	CRCDC IdF	Capitalisation des expérimentations
Accompagner la mise en œuvre d'INTERCEPTION "parcours de prévention des cancers chez les personnes à haut risque" (article 51)	Equipe art.51, ARS, promoteurs	Capitalisation des expérimentations
Action INCa 8.2 : Garantir le bon déroulé du programme pilote de dépistage du cancer du poumon (action 8.2)		
Garantir le bon déroulement du programme pilote IMPULSION : Améliorer le diagnostic précoce du cancer du poumon et réduire la mortalité	ARS, AM, APHP, CRCDC IDF, SFMG, associations, radiologues, pneumologues, acteurs du sevrage tabagique	Capitalisation des expérimentations actions de promotion
Initiative régionale		
Amélioration du dépistage précoce et de la prise en charge des cancers de la cavité orale	ARS, promoteurs	Etat des lieux Actions de promotion

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

I. Accélérer le virage ambulatoire en cancérologie

La prise en charge des patients ayant un cancer relève essentiellement de l'expertise d'équipes hospitalières lors de temps courts et l'essentiel de leur parcours s'effectue hors les murs. La coordination des différents acteurs tant au diagnostic que tout au long de la prise en charge avec la mise en place par l'INCa des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), programme personnalisé des soins (PPS) et projet personnalisé de l'après-cancer (PPAC) permet de structurer les étapes. Les échanges et le suivi se développent au travers des différentes expérimentations et évolutions.

Le développement de la chimiothérapie en HAD¹⁸ est soutenu dans le cadre d'une expérimentation qui évalue le caractère incitatif d'une rémunération forfaitaire versée à des établissements autorisés en cancérologie, adresseurs de patients vers l'HAD pour la dispensation de traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMS). (TMS).

Le développement des thérapies orales a conduit à des expérimentations d'organisation de suivi coordonné entre la ville et l'hôpital (article 51 Oncolink) ayant pour objectif d'améliorer la qualité du suivi des patients sous thérapies orales du cancer, améliorer l'observance, la gestion des effets secondaires et baisser la consommation des soins liée aux complications. L'expérimentation structure un circuit pluri professionnel ville-hôpital.

En parallèle, l'entrée dans le droit commun de de solutions numériques de télésurveillance des patients atteints de cancer traités par thérapie systémique et/ou radiothérapie, quel que soit le cancer ou le traitement protocole prescrit, facilite le suivi.

Si ces différentes expérimentations et dispositifs facilitent le suivi et le parcours, les enjeux de coordination restent prégnants et une priorité est donnée par l'INCa de renforcer la coordination entre les dispositifs de ville et hospitaliers, ainsi que la mobilisation, l'information et la formation des professionnels de santé en ville, en particulier des pharmaciens.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 11.2 : Repenser la coordination ville - hôpital</i>		
Organiser un cycle de webinaires d'information et de partage de pratiques pour accompagner l'amélioration du parcours cancer (Soins oncologiques de support, dépistage des cancers, prévention vaccinale, suivi des thérapies du cancer en ville...) à destination des structures d'exercice collectif.	ARS, ONCORIF, MSP (dpt), CPTS (cosuiv) Centres de santé (FNCS)	2027 - Communication auprès des prescripteurs
Organiser un cycle de webinaires d'information et de partage de pratiques pour accompagner l'amélioration du parcours cancer à destination des DAC.	ARS, ONCORIF, FACS, DAC	2027 - Communication auprès des prescripteurs
Mobiliser les acteurs afin de faciliter le passage dans le droit commun de l'art.51 ONCOLINK (outils de coordination V/H, travail de conviction auprès des pharmaciens et des prescripteurs, diffusion du cahier des charges...)	ARS, ES, URPS pharmacien, ONCORIF, OMEDIT	2028 (en attente cahier des charges d'entrée dans le droit commun)
Accompagner le développement des TMS en HAD et suivre l'évaluation de l'expérimentation du forfait TMS en HAD (art 50 LFSS 2024)	ARS, ONCORIF, HAD, ES, FNEHAD	Communication auprès des prescripteurs
Renforcer l'information et la montée en compétences des professionnels de ville : CLS, CPTS	ARS, ONCORIF, Acteurs de Ville, DIRCOM	Formation, webinaires, Outils à destination des pharmaciens, MG, des infirmiers libéraux.
Sécuriser les parcours des patients en situation de vulnérabilité sociale pour prévenir les ruptures de parcours en ambulatoire	ARS, PASS, DAC, Médiation en santé. DRIHL	Mise en place de passerelles ville-hôpital pour ces publics
Promouvoir les services socles de la doctrine du numérique favorisant la coordination ville-hôpital : la télésanté (télé expertise, télé surveillance, télé consultation...), messagerie sécurisée de santé, Santélien, via-Trajectoire	ONCORIF, ARS	Information sur les outils

¹⁸ FEUILLE DE ROUTE STRATÉGIQUE HAD | 2021-2026. Décret n° 2025-114 du 5 février 2025 relatif à l'expérimentation prévue à l'article 50 de la loi n° 2023-1250 de financement de la sécurité sociale pour 2024

II. Assurer l'accessibilité et la qualité des soins oncologiques de support

Les soins oncologiques de support (SOS) constituent une composante essentielle de la prise en charge globale des patients conjointement aux traitements onco-hématologiques. Ils sont complémentaires à la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie, leur objectif étant d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients, en prenant en compte la diversité de leurs besoins, au sein de l'établissement ou en ambulatoire.

L'INCa définit¹⁹ un « panier-référentiel » constitué d'un socle de base de 4 soins de supports (douleur, soutien psychologique, accès aux services sociaux et démarche palliative), complété par 5 soins de support complémentaires (l'activité physique adaptée, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et des aidants, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité) et 2 techniques particulières d'analgésie (l'hypnoalgésie, l'analgésie intrathécale), l'ensemble formant le nouveau socle de base « élargi » ou panier « actualisé ».

En Ile-de-France, un annuaire collige les organisations dédiées mises en place au sein de certains établissements (plateformes d'accès aux soins oncologiques de support, HdJ, consultations...) et les ressources ambulatoires. Des expérimentations sont soutenues comme le projet « vulnérabilité », reposant sur un outil numérique destiné à optimiser le parcours patient et à intégrer les soins de support dans ce parcours (AAP « transformations organisationnelles associées à une solution numérique »).

Les établissements autorisés à l'activité de traitement du cancer bénéficient d'un financement afin de garantir l'accès à ces soins.

Le parcours Après-cancer vient renforcer l'accès aux SOS afin d'accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer. Un financement au forfait ouvre droit à la réalisation de bilans (activité physique, diététique et psychique) et à des consultations de suivi nutritionnel et psychologique. Ce dispositif accompagne la mise en œuvre du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC).

Il est mis en place en Île-de-France depuis 2022 avec, dans la plupart des départements, des difficultés de déploiement liées à un défaut d'adressage (forfait sur prescription médicale, méconnaissance du dispositif), une valorisation insuffisante des intervenants (diététicien, psychologue) et un forfait jugé insuffisant pour couvrir les besoins des patients (séances d'activité physique non financées).

Des ajustements sont en cours au niveau national, avec notamment une expérimentation portant sur l'ajout de séances d'activité physique adaptée (APA). Les régions retenues sont la Bretagne, la Nouvelle-Aquitaine et la PACA (décret du 14 avril 2026), avec des résultats attendus à horizon deux à trois ans.

En outre, l'arrêté du 27 avril 2026 introduit un soutien de 15 € pour « la remontée d'informations et le traitement administratif du dispositif réalisés par la structure », portant ainsi le forfait global à 195 €.

Par ailleurs, le périmètre du forfait « après-cancer » a été modifié : il est désormais ouvert aux personnes en cours de traitement (décret du 13 février 2026) et renommé « parcours de soins global pour les personnes recevant ou ayant reçu un traitement pour un cancer ».

La mise en œuvre de ces différentes évolutions pourra être de nature à renforcer la dynamique de ce parcours.

Concernant l'accès aux soins palliatifs, le cancer demeure la première cause de mortalité. Pathologie majoritairement du sujet âgé, les besoins, notamment en soins palliatifs, sont appelés à augmenter avec le vieillissement de la population.

Des travaux régionaux ont conduit à l'élaboration de recommandations pour la tenue de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) oncopalliatives, mais celles-ci restent encore peu mises en œuvre en Île-de-France. Un guide a été élaboré par ONCORIF et la CORPALIF afin d'accompagner les établissements dans la structuration de leur projet de soins palliatifs.

L'offre de soins palliatifs est organisée par une pluralité d'acteurs structurés en filières territoriales. A domicile comme en Etablissement de Santé, elle repose en grande partie sur une expertise (DAC, Equipes Mobiles de Soins Palliatifs intra hospitalières ou territoriales, Equipe Ressource de Soins Palliatifs Pédiatriques) intervenant en appui des professionnels non spécialistes en charge du patient (MT, ESMS, ES) et pour les situations les plus complexes sur une offre spécialisée (HAD dont ERISP, LISP, USP). Les soins palliatifs ne se limitant pas à la fin de vie, ils doivent être envisagés de façon précoce. Les enjeux dans le parcours cancer demeurent en matière d'acculturation des professionnels de la cancérologie à l'introduction précoce des soins palliatifs afin d'améliorer la qualité de vie, de pluridisciplinarité pour lutter contre l'obstination déraisonnable mais aussi d'articulation avec les acteurs des filières de soins palliatifs et d'anticipation pour éviter les ruptures dans les parcours notamment lors des retours au domicile.

Les soins de support font désormais partie intégrante du parcours de soins en cancérologie et leur accès doit être renforcé et facilité, tant à l'hôpital qu'en ville.

¹⁹ Instruction DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 12.1 : Assurer à tous les patients un accès aux soins oncologiques de support essentiels composant le "panier"</i> <i>Action INCa 12.2 : Mieux intégrer les soins oncologiques de support dans les parcours en cancérologie</i> <i>Action INCa 22.1 : Consolider l'offre de soins d'accompagnement sur tout le territoire dans le cadre de la stratégie décennale des soins palliatifs et d'accompagnement (SPA) 2024-2034</i> <i>Action INCa 22.2 : Sensibiliser les professionnels de santé et les patients aux bénéfices avérés d'une orientation précoce vers les soins d'accompagnement en articulation avec la stratégie décennale des soins palliatifs et d'accompagnement (SPA) 2024-2034</i>		
ETP		
Poursuivre le soutien à des programmes ETP en ville notamment sur la thématique cancer en créant un parcours dédié cancer (lien MSS)	ARS	Poursuite des AAP
Communiquer sur le benchmark des programmes ETP IDF et produire des bonnes pratiques	ARS, ONCORIF, pole ressource en ETP	2027 benchmark et bonnes pratiques
Soins oncologiques de support		
Communiquer auprès des professionnels de santé des établissements de santé sur les outils d'évaluation en soins de support afin d'améliorer l'accès aux SOS	ONCORIF, 3C, ES, DIRCOM	Poursuite des actions, (Webinaires, actions de sensibilisations, journées régionales...)
Promouvoir le programme personnalisé de soin et de l'après-cancer auprès des ES afin d'améliorer l'accès aux SOS	ONCORIF, 3C, ES, DIRCOM	
Evaluer le recours aux soins oncologiques de support dans les établissements de santé (en attente cahier des charges INCa)	ONCORIF, ARS, ES, 3C	Conception outil (2027) Auto-évaluations (2028)
Réinterroger l'organisation régionale dans le cadre de l'extension du parcours après cancer à la période per thérapeutique du cancer (décret avril 2026) et renforcer les liens avec les dispositifs maisons sport santé	ARS, porteurs de dispositifs, ONCORIF, DRAJES	Plan d'action, Files actives suivies
Prévoir une sensibilisation sur le cancer à l'occasion du mois de la promotion de l'activité physique et sportive	ARS, DRAJES, collectif MSS	2027 - communication
Proposer aux personnes en fragilités socioéconomiques prioritairement l'activité physique via les dispositifs prescripass	ARS, DRAJES, collectif MSS	Rapport d'activité
Sensibiliser les MSS à la prise en charge des patients ayant une pathologie de cancer et promouvoir l'usage du SI Sport Santé	ARS, ONCORIF, MSS spécialisée, DIRCOM	Webinaires
Soins palliatifs et douleur		
Communiquer auprès des équipes de cancérologie l'organisation des consultations douleur et cancer.	ONCORIF, ARS, DIRCOM	2027 : Publication des lieux de consultation, communication
Contribuer à la mise en œuvre des plateformes interventionnelles de la prise en charge des douleurs rebelles en cancérologie pendant ou après les traitements prévues dans la SPA 2024-2034.	ARS, ES, DIRCOM	2027 : GT régional, identification des acteurs et communication
Démocratiser l'utilisation par les professionnels de la cancérologie (notamment IPA et IDEC) des questionnaires d'évaluation des besoins en SOS, douleur et soins palliatifs pour un repérage plus précoce	ONCORIF, 3C, ES, DIRCOM	2027 : boîte à outil et communication
Accompagner les équipes autorisées à l'activité de traitement du cancer dans l'élaboration de leur projet de soins palliatifs afin de fluidifier l'orientation du patient et sa prise en charge (référénts soins palliatifs dans les équipes, s'intégrer dans les filières de SP).	CORPALIF, ONCORIF, 3C, ES	2027 : Diffusion des contrats de filière en SP 2028 : Intégration des ES autorisés en cancérologie dans ces filières
Faire le lien avec les filières soins palliatifs et les acteurs de ville pour améliorer la qualité de la fin de vie à domicile	CORPALIF, ARS, ES, ESMS, DAC, EMSPT, HAD	Mise en œuvre du PPA
Lutter contre l'obstination déraisonnable par la mise en place d'un dialogue systématique et formalisé entre oncologues, spécialistes d'organes et palliatologues (RCP, staffs, HDJ....)	CORPALIF, ONCORIF, ES et 3C	A poursuivre : sensibilisations
Expérience patient		
Améliorer la prise en compte de l'expérience patient via des questionnaires PROMs à différentes étapes de parcours cancer en gynécologie [...] et ainsi adapter les interventions de soins de support. Elaborer des recommandations régionales favorisant le déploiement au sein des autres établissements de santé d'IDF	ARS, ES expérimentateurs, AM	Bilan expé (2026) et possible extension de la démarche PREPS (AAP).

III. Incarner un service public du cancer pour faciliter l'accès à l'information et au droit Proposer un guichet unique pour accéder aux ressources et démarches utiles

Afin de renforcer l'accès à l'information et aux droits, et de rendre plus lisible l'offre pour les personnes malades et leurs proches, l'INCa s'engage dans la mise en place d'un guichet unique pour accéder aux ressources et démarches utiles.

Ainsi, l'institut prévoit d'établir une cartographie des ressources mobilisables dans chaque territoire, incluant les structures de santé, médico-sociales et sociales²⁰. L'Ile-de-France contribuera à ces travaux.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 18.1 : Etablir une cartographie des ressources mobilisables dans chaque territoire par les personnes atteintes de cancer et leurs proches, incluant les structures de santé, médico-sociales et sociales</i>		
Contribuer à l'élaboration de la cartographie des ressources mobilisables dans chaque territoire par les personnes atteintes de cancer et leurs proches, incluant les structures de santé, médico-sociales et sociales. Dans l'attente du cadre national, poursuivre la mise à jour de l'annuaire régional des soins de support et autres annuaires (ONCORIF).	ARS , ONCORIF, partenaires et acteurs du parcours cancer et des soins oncologiques de support	En attente méthode nationale Ressources ROR, carte de l'offre hospitalière en cancérologie en Ile-de-France.

²⁰ L'Observatoire des aidants / Plan d'actions 2026-2030

AXE 3 : LUTTER CONTRE LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC

I. Accélérer les diagnostics et l'entrée dans les soins

Les dispositifs de diagnostic en circuit court, initiative première de l'IGR, ont démontré leur intérêt et sont largement déployés dans la prise en charge du cancer du sein. Ils facilitent l'orientation rapide des patients vers des structures spécialisées.

Des initiatives plus ponctuelles existent pour d'autres localisations. L'APHP a ainsi identifié 33 sites de diagnostic rapide couvrant la plupart des cancers et notamment ceux de mauvais pronostic. Ces organisations permettent de réduire les délais de confirmation diagnostique et de favoriser l'entrée dans la prise en charge avec un suivi des délais d'accès à la chirurgie et plus largement au premier geste thérapeutique.

À la suite des travaux menés dans le cadre de l'appel à projets national portant sur les cancers de mauvais pronostic, l'INCa élabore des recommandations organisationnelles²¹ afin d'accompagner les établissements de santé, et plus largement les acteurs de la cancérologie, dans la mise en place de « filières accélérées ».

Il s'agira, pour la région, de mettre en œuvre ces recommandations.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 21.2 : Mettre en place des modèles organisationnels de diagnostic accéléré en cas de suspicion de cancer</i> <i>Action INCa 21.3 : Mettre les professionnels non spécialistes en capacité de détecter des signes d'alerte et d'orienter les patients</i> <i>Action INCa 21.4 : Assurer un suivi de l'évolution des délais d'entrée dans les soins</i>		
Soutenir le développement des diagnostics en circuit court : identifier les différentes modalités d'organisation en IdF et accompagner la mise en œuvre des recommandations organisationnelles INCa à venir	ONCORIF, ARS, 3C, ES	Etat des lieux, capitalisation, promotion
Suivre les IQSS (Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins en établissement) cancers produits par l'INCa et l'ATIH, à l'échelle régionale.	ARS, ONCORIF, 3C, ES	Webinaire, Plan d'action
Diffuser des fiches synthétiques nationales visant à clarifier les signes d'appel et les informations pratiques d'accès à la prise en charge des patients	ARS, ONCORIF, 3C, ES, acteurs de la cancérologie.	Cadres régionaux à établir avec les adaptations territoriales Actions de communication pour diffusion des fiches
Mettre en place, par les établissements de santé autorisés à l'activité de traitement du cancer, un accès direct pour les professionnels de santé de ville, par type de cancer ou mutualisés, afin de faciliter l'accès à l'avis et la prise en charge	ARS, ONCORIF, ES, 3C	Liste de contacts et moyens au sein des ES autorisés à vérifier dans le cadre de la conformité

²¹ Février 2026 : Comment réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques pour les patients atteints de cancers de mauvais pronostic ? résultats d'une expérimentation organisationnelle en 9 fiches-actions

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

I. Créer un registre national des cancers

La création du registre national des cancers implique de poursuivre la mise en place de documents de soins standardisés et interopérés, accessibles dans le dossier médical partagé. A cette fin, le dossier communicant de cancérologie (DCC) doit être mis en œuvre afin d'améliorer le partage et l'exploitation des données relatives aux parcours des patients atteints de cancer.

Le DCC a pour objet l'élaboration et le partage de la RCP, du PPS et PPAC. Sa mise en œuvre en IdF a fait l'objet de plusieurs tentatives de déploiement. Un outil a été développé en Ile-de-France mais son déploiement arrêté en raison de sa performance et de son ergonomie. Un appel d'offre pour retenir une solution régionale commerciale a été publié en septembre 2022 déclaré sans suite faute de garantie sur l'usage. Un nouvel appel à projet en 2024 a permis de sélectionner deux projets territoriaux avec un déploiement en cours dans 25 établissements.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 24.2 : Porter une stratégie d'interopérabilité, de collecte et de croisement des différentes sources de données</i>		
Poursuivre la mise en œuvre du DCC par les titulaires d'autorisation d'activité de traitement du cancer afin de peupler le registre national	ONCORIF, ARS, ES, 3C	Mise en conformité des établissements autorisés à l'activité du traitement du cancer
Réinterroger l'opportunité organisationnelle et financière de mettre en place une plateforme régionale DCC sur ONCORIF	ARS, ONCORIF	

II. Se mobiliser contre les cancers de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte

Le plan national prévoit, d'une part, l'élaboration par l'INCa d'une charte de bonnes pratiques d'accueil des adolescents et jeunes adultes (AJA), suivie d'une labellisation, et, d'autre part, l'adaptation du référentiel organisationnel des soins oncologiques de support à cette population.

Il encourage également la mise en réseau des équipes et des établissements prenant en charge des patients AJA, afin de favoriser le partage de bonnes pratiques et d'optimiser l'accès à des services spécialisés adaptés.

Les précédents plans cancer ont permis la mise en place, en Île-de-France, d'unités hospitalières dédiées aux AJA. En 2016, une instruction ministérielle a préconisé le déploiement d'une cellule ressource régionale, par redéploiement des moyens alloués aux unités AJA. Cette cellule n'a toutefois pas été mise en place en Île-de-France ; ses modalités de déploiement seront réinterrogées à la lumière du contenu de la future charte de bonnes pratiques d'accueil des AJA.

Les décrets « cancer » de 2022 réaffirment, par ailleurs, la nécessité d'une double compétence (adulte et pédiatrique) au sein des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) examinant les dossiers AJA.

L'organisation régionale actuelle apporte une réponse adaptée pour les patients pris en charge dans les unités hospitalières AJA dédiées (quatre unités en Île-de-France) ainsi que dans un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) AJA. Toutefois, des difficultés d'accès aux soins oncologiques de support, y compris aux soins palliatifs, demeurent.

Les travaux à venir viseront notamment à améliorer la réponse aux besoins spécifiques de cette tranche d'âge, en particulier lors de prises en charge dans des établissements ne disposant pas d'unités dédiées, ainsi que dans le cadre du suivi à long terme.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 27.3 : Consolider les dispositifs de soins dédiés aux adolescents et jeunes adultes (AJA)</i>		
Mettre en œuvre la charte nationale de bonnes pratiques d'accueil des AJA	ONCORIF, AJA, 3C, ES	A disponibilité de la charte de l'INCa
Mettre en œuvre le référentiel national organisationnel des soins oncologiques de support pour les enfants et les AJA en l'adaptant aux spécificités franciliennes	ARS, AJA, ONCORIF	A disponibilité du référentiel INCa
Actualiser les RCP avec la double compétence (onco adulte + onco pédiatrique). Mise en visibilité sur le site d'Oncorif	AJA, CANPEDIF, ES, ONCORIF	2026 : listes des RCP et des RCPPI actualisées annuellement.
Communiquer auprès des 3C sur les dispositifs AJA, les moyens d'orientations (RCP, thérapeutique, SOS, SMR...)	ONCORIF, AJA, DIRCOM	2026 - 2027 : boîte à outil, communications, informations, actualisation annuelle du contenu du site
Communiquer sur les modalités de formation (DU, AJA savoir, formation régionale) auprès des équipes de cancérologie de la région	ONCORIF, AJA, DIRCOM	2026 - 2027 : communications, actualisation annuelle du contenu du site ONCORIF
Améliorer l'accès aux soins palliatifs pour les AJA	GT SP/AJA IdF, ONCORIF, ARS, CORPALIF, Palliped	2027 : état des lieux de l'organisation et besoins, Carte des USP prenant les AJA et formation des USP à la PC des AJA 2028 : Opportunités de structuration.

III. Améliorer le parcours face au cancer des personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap connaissent des niveaux de participation aux dépistages inférieurs à ceux de la population générale et rencontrent davantage d'obstacles dans l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. La réduction de ces inégalités constitue un objectif prioritaire de la stratégie régionale.

Les écarts s'expliquent par des freins multiples : insuffisante accessibilité des dispositifs, manque de coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux, faible structuration des parcours, déficit de ressources médicalisées dans certains établissements et services médico-sociaux (ESMS), ou encore manque de formation des professionnels.

L'enquête régionale menée en 2024 auprès des ESMS franciliens met également en évidence de fortes disparités, notamment selon le niveau de médicalisation des structures, et souligne la nécessité de mieux accompagner les établissements dans leurs actions de prévention et d'accès aux soins.

Dans ce contexte, l'Île-de-France s'engage dans la mise en œuvre des actions 28.1 et 28.2 de la feuille de route nationale, afin d'améliorer l'accès aux dépistages organisés et de développer des parcours de soins plus adaptés aux personnes en situation de handicap.

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action 28.1 : Garantir l'accès à la prévention et au dépistage aux personnes en situation de handicap</i> <i>Action 28.2 : développer des parcours de soins adaptés</i>		
Sensibiliser les professionnels de l'accompagnement du secteur PH aux dépistages et à la vaccination HPV	CRCDC IDF , ESMS, IMH	En cours actions de sensibilisation
Former les professionnels du soin du secteur PH aux dépistages et à la vaccination HPV	CRCDC IDF , ESMS, IMH	En cours actions de formations
Intégrer les services de soins et d'accompagnements à domicile (SAVS, SAMSAH) dans la remise de tests et de kits et l'aide à la réalisation	CRCDC IDF , ARS, ESMS	Plan d'action à établir
Sensibiliser les ESMS à l'importance d'inclure dans les projets d'établissement l'organisation des dépistages organisés	ARS, ESMS	Webinaire spécifique
Poursuivre le développement du dispositif handi gynéco en ESMS PH en soutien aux actions de prévention et de dépistage	ARS , handigyneco	Passage du dispositif dans le droit commun (2027)
Réaffirmer la place des handiconsultations dans le dépistage et l'orientation des personnes en situation de handicap dans les soins parcours cancers	ARS , handiconsult	Animation territoriale et travaux nationaux (cahier des charges et modèle de financement – 2027)
S'assurer que les décisions thérapeutiques prennent en compte les spécificités liées au handicap	ONCORIF , 3C, ARS, experts	Production de recommandations et cartographie des expertises territoriales
Faire travailler les référents handicap à un parcours spécifique pour les personnes en situation de handicap atteintes d'un cancer	ARS , référents handicap, ES, HAD	Animation territoriale et production de livrables

IV. Mieux adapter les parcours aux spécificités et besoins des personnes âgées

L'âge médian au diagnostic de cancer est de 70 ans chez l'homme et de 68 ans chez la femme. En IdF, les plus de 75 ans passeront de 839 000 en 2020 (6,9 %) à 1 142 000 en 2030 (8,9 %), soit une hausse de 36 %.

Si les défis du vieillissement de la population font l'objet de feuille de route dédiée, les personnes âgées sont vulnérables face au cancer (comorbidités et polymédication fréquentes, métabolisme, perte d'autonomie) et il s'agit bien, dans la continuité des plans précédents d'améliorer la prise en compte des spécificités liées à l'âge par les oncologues et les spécialistes d'organe afin de délivrer le juste soin, d'adapter le cas échéant le schéma thérapeutique et d'éviter l'obstination déraisonnable. L'IDF s'engage dans la poursuite de l'action 29.2 (améliorer la qualité du parcours de soins du patient âgé).

L'action INCa 29.1 (adapter la prévention et le dépistage aux spécificités des personnes âgées) relève globalement de leviers nationaux (ajouter un bilan prévention, décalage à 75 ans des dépistages organisés) et l'ARS attend ces premiers éléments pour s'engager dans une déclinaison régionale.

En complément des actions priorisées par l'INCa, les UCOG d'IdF souhaitent valoriser les travaux de recherche menés en oncogériatrie et améliorer leur visibilité afin de renforcer les inclusions des personnes âgées dans les essais cliniques (action INCa 29.3).

Axes de travail et descriptif des actions	Pilotes et partenaires	Mise en œuvre
<i>Action INCa 29.2 : améliorer la qualité et la coordination du parcours de soins des patients âgés atteints de cancer</i>		
1. Assurer la montée en compétences des professionnels de la cancérologie en gériatrie et soins de supports spécifiques (APA, nutrition, vaccination, iatrogénie médicamenteuse etc.)	UCOG, EMGI, ES (CS et SMR), ONCORIF	A déployer : sensibilisations et formations
2. Systématiser la détection des fragilités chez les patients âgés atteints de cancer de 75 ans et plus (usage du G8 et d'une mini évaluation gériatrique type G-CODE le cas échéant)	UCOG, ES et 3C, ONCORIF	En cours : sensibilisations et formations
3. Intégrer les IDEC et les IPA en oncologie au repérage et à l'orientation des personnes âgées fragiles atteintes de cancer dans le parcours de soins du patient.	UCOG, ES et 3C, ONCORIF	A déployer : sensibilisations et formations
4. Communiquer sur l'organisation et la valorisation de la consultation et l'hôpital de jour oncogériatrique.	UCOG, ES et 3C, ONCORIF, DIRCOM	A initier : promotion
5. Diffuser les recommandations de la HAS sur la prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation en service de cancérologie et en SMR oncologique	UCOG, EMGI, ES, ONCORIF, DIRCOM	A déployer : communication sensibilisations
6. Améliorer la connaissance des dispositifs d'activité physique adaptée	ONCORIF, UCOG, PS, DIRCOM	En cours : communication
7. Evaluer l'opportunité d'une boîte à outils spécifique pour la prescription des anticancéreux chez la personne âgée	Omedit, UCOG, ONCORIF, ARS	A initier : état des lieux, capitalisation
8. Lutter contre l'obstination déraisonnable par la mise en place d'un dialogue systématique et formalisé entre oncologues, gériatres et palliatologues (RCP, staffs, HDJ, etc.)	Corpalif ONCORIF, UCOG, ES et 3C	En cours : sensibilisations
9. Repérer et accompagner les aidants de patients âgés atteints de cancer (ex : accès aux ressources régionales pour les aidants (boîte à outils Oncorif/ Centr Aider à venir)	ARS, ONCORIF, UCOG, ES, PS	A initier : état des lieux, capitalisation
10. Déployer les services socles de la doctrine du numérique en santé et notamment la solution numérique de coordination Santélien et la messagerie sécurisée de santé pour faciliter la coordination du suivi de la prise en charge et notamment fluidifier le lien ville-hôpital	ARS, ONCORIF	A déployer : actions de promotion
<i>Action INCa 29.3 : renforcer les inclusions des personnes âgées dans les essais cliniques en cancérologie</i>		
11. Développer des cohortes observationnelles auprès des établissements en Ile de France pour obtenir des données en vie réelle sur la tolérance des traitements	UCOG, Cancéropôle	En cours : récolte des données
12. Améliorer le recensement et la promotion des essais dédiés aux sujets âgés	UCOG GIRCI ONCORIF	A initier : état des lieux et complétude du registre des essais cliniques

Glossaire des sigles et abréviations

AJA	Adolescents et jeunes adultes
AM	Assurance maladie
APA	Activité physique adaptée
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AAP	Appel à projets
3C	Centres de coordination en cancérologie
CAMI	Cancer Arts Martiaux et Information
CANPEDIF	Réseau de cancérologie pédiatrique d'Île-de-France
CCR	Cancer colo-rectal
CLS	Contrat local de santé
COMEX	Comité exécutif
CORPALIF	Coordination régionale des soins palliatifs d'Île-de-France
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCDC	Centre régional de coordination des dépistages des cancers
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRIEETS	Direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et solidarités
EMGI	Équipe mobile de gériatrie
EMSPT	Équipe mobile de soins palliatifs territoriale
EN	Éducation nationale
ES	Établissement de santé
ESMS	Établissement ou service médico-social
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FACS	Fédération des acteurs de la coordination en santé
FIR	Fonds d'intervention régional
FNSCS	Fédération nationale des centres de santé
GIRCI	Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation
GT	Groupe de travail
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEC	Infirmier de coordination
IGR	Institut Gustave Roussy
IMH	Infirmier mobile handicap
INCa	Institut national du cancer
IPA	Infirmier en pratique avancée
IQSS	Indicateurs de qualité et de sécurité des soins
LAM	Lits d'accueil médicalisés
LHSS	Lits halte soins santé

MG	Médecin généraliste
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSS	Maison sport-santé
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
ONCORIF	Dispositif spécifique régional de cancérologie d'Île-de-France
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ORS	Observatoire régional de santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PNNS	Programme national nutrition santé
PPAC	Programme personnalisé de l'après-cancer
PPS	Programme personnalisé de soins
PREPS	Programme de recherche sur la performance du système de soins
PRS	Projet régional de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PS	Professionnels de santé
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RCPI	Réunion de concertation pluridisciplinaire interrégionale
RESPADD	Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SF / SFMG	Société française de médecine générale
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SNC	Système nerveux central
SOS	Soins oncologiques de support
SPF	Santé publique France
SSE	service santé étudiants
SST	Services de santé au travail
TMSC	Traitements médicamenteux systémiques du cancer
TNS	Traitements nicotiniques de substitution
TSM	Taux standardisé de mortalité
UCOG	Unité de coordination en oncogériatrie
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USP	Unité de soins palliatifs

Annexes

Annexe I - Références épidémiologiques

- **Agence régionale de santé Île-de-France.** (2025). *Stratégie décennale cancer : Feuille de route régionale pour l'ARS Île-de-France – Bilan fin 2025*. Agence régionale de santé Île-de-France.
- **Bardes, J., Firdion, L., & Ndiaye, K.** (2025). *Mortalité par cancer en Île-de-France : Évolutions et disparités infra-départementales*. Focus Santé. Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut Paris Région.
- **Centre régional de coordination des dépistages des cancers Île-de-France.** (2026). *Rapport annuel d'activité 2025*. CRCDC Île-de-France.
- **Institut national du cancer.** (2025). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : Bilan de la feuille de route 2021-2025 – Synthèse*. Institut national du cancer.
- **Institut national du cancer.** (2025). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : Diagnostic régional – Île-de-France*. Institut national du cancer.
- **Le Mer, H., Naouri, D., & Varnier, R.** (2026). *Incidence des cancers : les personnes modestes développent plus souvent des formes graves, diagnostiquées plus tardivement* (Études et Résultats, n° 1374). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
- **Observatoire régional de santé Île-de-France.** (2026). *Épidémiologie des cancers en Île-de-France : Chiffres clés 2023* (Planche de synthèse). ORS Île-de-France.
- **Observatoire régional de santé Île-de-France.** (2025). *Mortalité par cancer en Île-de-France : Évolutions et disparités infra-départementales*. Focus Santé. L'Institut Paris Region.
- **Santé publique France, Réseau français des registres des cancers (Francim), Hospices civils de Lyon, & Institut national du cancer.** (2019). *Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 : Île-de-France*. Santé publique France.

Annexe II - Méthode

Gouvernance et pilotage

L'ARS coordonne le système régional de santé afin de développer la réponse aux besoins de santé et d'autonomie, développer la prévention et la promotion en santé, veiller au bon fonctionnement du système, prévenir et corriger ses dysfonctionnements et garantir et développer la qualité et la sécurité des prises en charge des usagers. Le Projet Régional de Santé (PRS) 2023 - 2028, établi en concertation avec les acteurs régionaux, intègre les orientations portées par les différents plans nationaux et précise la feuille de route régionale.

Le Projet Régional de santé (PRS) est élaboré en collaboration avec les acteurs régionaux et avec l'appui de la CRSA (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie), organe consultatif qui participe à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

La Feuille de route cancer est pilotée par le Comité exécutif (COMEX) de l'ARS qui comprend les 8 délégations départementales, suivie par la CRSA et ses commissions spécialisées. En complément, le Comité régional Cancers (COREG-cancers) regroupe les différentes parties prenantes au sein de la région et assure le suivi de la mise en œuvre de la déclinaison de la stratégie décennale cancer et de la mise en œuvre de la valence cancer du projet régional de santé.

Modalités d'élaboration de la Feuille de route cancer 2026-2030 :

Le bilan de la feuille de route 2021-2025 a été élaboré en collaboration avec les acteurs et présenté en COREG-cancers (20 octobre 2025).

Pour cette nouvelle itération, les travaux ont été engagés le 15 mars 2026 suite à la communication par l'INCA de la feuille de route nationale complète qui a précisé les axes de déclinaison régionale. Ont notamment été réunis en lien avec ONCORIF, les comités oncogériatrie, adolescents-jeunes adultes (AJA), le CRCDC IdF. Les 8 ligues contre le cancer ont été rencontrées. L'interface avec les pilotes des différents plans en articulation étroite avec la feuille de route ont été sollicités.

L'INCa a accompagné l'élaboration des feuilles de route régionales avec des ateliers dédiés. L'ARS a proposé de retenir les 3 thématiques accompagnées : Renforcer la prévention des risques UV et la détection précoce des cancers de la peau, Accélérer les diagnostics et l'entrée dans les soins, Renforcer l'accessibilité des soins oncologiques de support.

Une proposition d'orientations et actions a été soumise au COREG-cancers le 20 mai 2026. Les retours des acteurs et de la direction de l'ARS ont permis de produire et transmettre en juillet 2026 une feuille de route cancer pour la région IdF.

Les modalités de déclinaisons mobiliseront les partenaires régionaux et territoriaux avec la mobilisation de chaque Conseils territoriaux de santé (CTS) afin de présenter la feuille de route régionale et d'engager la déclinaison territoriale.

Un suivi annuel sera présenté au COREG-cancers et transmis à l'INCa.

Coordination entre les différentes politiques

La feuille de route régionale de lutte contre les cancers s'articule avec les autres politiques publiques agissant sur les déterminants de santé, les comportements à risque, les environnements de vie et les parcours de soins, afin de garantir la cohérence des actions mises en œuvre à l'échelle régionale.

En matière de prévention primaire, la stratégie régionale cancer s'appuie sur les orientations du Programme national nutrition santé (PNNS)²², qui intervient sur les facteurs liés à l'alimentation, à l'activité physique et à la prévention du surpoids et de l'obésité, impliqués dans la survenue de nombreux cancers. Elle s'inscrit également en cohérence avec les politiques nationales de réduction des consommations de substances à risque, notamment le programme national de lutte contre le tabac (PNLT)²³. Elle est par ailleurs étroitement articulée avec les politiques en matière d'addictions, portées à l'échelle régionale à travers les dispositifs médico-sociaux (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD))²⁴, permettant d'agir de manière ciblée auprès des publics les plus exposés et de renforcer les parcours de prévention et de prise en charge. Au-delà des déterminants, la feuille de route s'articule avec les politiques portées sur des milieux et populations spécifiques, en particulier :

- les actions menées en lien avec la protection maternelle et infantile (PMI) et la santé des femmes, en matière de prévention et de dépistage ;
- les politiques de santé des jeunes et en milieu scolaire, qui constituent un levier structurant pour les actions de prévention précoce (tabac, alimentation, vaccination HPV) ;
- les initiatives en santé urbaine et en politique de la ville, essentielles pour intervenir dans les territoires les plus marqués par les inégalités sociales de santé.

La Feuille de route Prévention conjointe Assurance Maladie – ARS Île-de-France, signée le 8 décembre 2025, appui à la mise en œuvre d'actions coordonnées de prévention et de dépistage sur les territoires, permet de mobiliser les réseaux de l'Assurance maladie et les dynamiques territoriales, dans une logique de complémentarité et de montée en charge.

Sur les déterminants environnementaux, la feuille de route s'inscrit dans le cadre du Plan régional santé environnement (PRSE)²⁵, qui vise à réduire les expositions aux polluants (air, eau, sols), aux agents cancérigènes et aux perturbateurs endocriniens. Elle mobilise également les orientations du Plan régional santé au travail (PRST)²⁶, notamment en matière de prévention des expositions professionnelles à des agents cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques, contribuant à la réduction des cancers d'origine professionnelle.

²² Programme National Nutrition Santé | 2026 -2030

²³ Programme national de lutte contre le tabac 2023 - 2027

²⁴ Liste des établissements médico-sociaux de prise en charge des conduites addictives en Île-de-France

²⁵ 4^{ème} Plan Régional Santé Environnement Ile de France 2024- 2029

²⁶ 4^{ème} Plan régional de santé au travail (PRST4),

La feuille de route s'inscrit également en cohérence avec le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)²⁷, qui constitue un levier central pour atteindre les publics en situation de grande précarité, et développer des actions adaptées, dans une logique d'« aller-vers » et de réduction des inégalités sociales de santé.

Dans le champ des parcours, elle intègre les orientations du plan national pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie²⁸, afin de garantir une prise en charge globale aux besoins des patients atteints de cancer. Le développement de modalités alternatives d'hospitalisation, notamment la chimiothérapie à domicile et les soins palliatifs, contribuant à l'adaptation des parcours et à l'amélioration de la qualité de prise en charge sont portés dans le cadre de la feuille de route régionale de l'hospitalisation à domicile (HAD)²⁹. Par ailleurs, la feuille de route entre dans le cadre du Plan Grand Age³⁰.

En outre, la feuille de route s'appuie sur les dynamiques territoriales de coordination, notamment les contrats locaux de santé (CLS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ainsi que les dispositifs de coordination ville-hôpital et médico-social (Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), Centres de ressources territoriaux (CRT), etc.) qui permettent de territorialiser les actions et de mieux répondre aux spécificités locales.

Ainsi, la politique régionale de lutte contre les cancers s'inscrit dans une logique de mobilisation coordonnée de l'ensemble des leviers de santé publique. Et prévoit, pour cette 2^{ème} feuille de route, une déclinaison resserrée autour des actions sélectionnées par l'INCa. Ainsi, 21 des 23 actions sont proposées à la déclinaison par l'INCa ont été incluses dans la FdR régionale (2 relevant de leviers nationaux).

D'autres actions seront toutefois poursuivies, au titre du PRS, afin de garantir la continuité des politiques déjà engagées : poursuite de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité du cancer et mesure de l'impact, numérisation de l'activité d'anatomocytopathologie dans les hôpitaux, déclinaison des recommandations et référentiels (organisation des 3C, référencement et qualité des RCP), déploiement de l'HAD dans le parcours cancer (TMS et Soins Palliatifs), conciliation médicamenteuse, développement de la conciliation médicamenteuse et de la recherche clinique (annuaire des essais à finaliser en prenant en compte les spécificités cancer), de la plateforme génomique.

Evaluation

La stratégie nationale fixe 4 objectifs nationaux chiffrés ambitieux. Dans le cadre de la feuille de route nationale des indicateurs ont été fixés, dans le cadre de la FDR régionale les 4 indicateurs suivants ont été maintenu pour assurer une cohérence avec la 1^{ère} feuille de route.

- **Réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables, à horizon 2030.**
 - o Le nombre de cancers évitables est ainsi estimé au plan national en 2020 à environ 153 000 par an.
 - o Objectif pour l'Ile-de-France de 10 800 cancers évités par an en 2040
- **Réaliser un million de dépistages en plus à horizon 2030**, sur le périmètre des dépistages existants
En 2020, environ 9 millions de dépistages sont réalisés chaque année
 - o Objectif en IdF 200 000 dépistages en plus par an.
- **Réduire de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic**
 - o Modalité de calcul en attente (INCa).
- **Améliorer significativement le taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic, à horizon 2030.** Modalité de calcul en attente (INCa)

Le suivi reposera sur trois niveaux complémentaires :

- Les indicateurs nationaux et contractualisés
 - o Indicateurs du CPOM État-ARS.
 - o Indicateurs de suivi des actions socles de la feuille de route nationale.
 - o Indicateurs associés aux chantiers prioritaires du Gouvernement.

²⁷ Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS 2023-2028)

²⁸ La stratégie décennale des soins d'accompagnement 2024-2034

²⁹ Feuille de route HAD 2021-2026

³⁰ Plan Grand Age, mars 2022

- Les indicateurs régionaux de résultats. Ils permettront de mesurer les évolutions observées sur les principaux enjeux régionaux :
 - o Réduction de l'exposition aux facteurs de risque ;
 - o Augmentation de la participation aux dépistages ;
 - o Progression de la couverture vaccinale HPV ;
 - o Amélioration de l'accès précoce au diagnostic ;
 - o Réduction des inégalités territoriales et sociales.
- Les indicateurs d'actions. Ils permettront d'apprécier la mise en œuvre effective des actions prioritaires retenues dans la feuille de route.

Indicateurs régionaux prioritaires 2026-2030 retenus en première intention mais qui nécessitent un travail de fiabilisation d'indicateurs et d'évaluation. Le travail prochain mené dans le cadre du PRS4 viendra enrichir ces derniers.

Actions	Indicateurs de suivi
Renforcer la prévention primaire par la vaccination	Vaccination HPV (Source SPF). - Taux de couverture vaccinale HPV - Taux de vaccination à 15 ans Vaccination en milieu scolaire (Source extraction COLIBRI par DSP) - Nombre et part des élèves vaccinés en classe de 5^e - Nombre et part des élèves vaccinés en classe de 4^e <i>Calcul : nombre d'élèves vaccinés au collège (D1 et D2) / nombre total d'élèves de 5^e et de 4^e).</i> <i>Cible : 80 % de taux de couverture globale et 100 % des collèges ciblés par la campagne</i>
Intensifier la lutte contre le tabagisme	Source SFP : - Prévalence régionale du tabagisme - Ecart avec la moyenne nationale - Nombre de traitements nicotiniques de substitution délivrés Source ARS : - Nombre de lieux de santé sans tabac <i>Cible : Situation de référence 2024 : 22,4 % en Île-de-France ; 25,3 % au niveau national.</i>
Augmenter la participation aux dépistages organisés	Cancer colorectal / sein / col de l'utérus (Source CRCDC et AM) - Taux régional de participation / taux national - Taux départementaux. <i>Cibles CPOM Etat ARS IDF : DOCCR 42% - DOCS 52,6 % - DOCCU 67,9%</i> <i>Cibles nationales : DOCCR 45% - DOCS 70 % - DOCCU 80%</i>
Déployer les nouvelles modalités de dépistage	Dépistage du cancer du poumon (Source IMPULSION) : - Nombre d'inclusions dans l'expérimentation IMPULSION - Nombre de centres autorisés à inclure - Nombre de centres de radiologie autorisés. <i>Cible : 4000 inclusions en IDF à 2030</i>
Développer les démarches d'aller-vers et réduire les inégalités d'accès	Nombre d'actions d'aller-vers mises en œuvre à destination des populations et territoires présentant les plus faibles taux de participation aux dépistages organisés (Source CRCDC). - Valeur annuelle (N) - Évolution N/N-1 - Répartition territoriale.
Améliorer l'accès au diagnostic précoce	Structuration des établissements (Source ARS) - Part des établissements autorisés au traitement du cancer disposant d'organisations dédiées facilitant le diagnostic et la prise en charge rapide (enquête DOS) Amélioration des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS, INCa). - Délais entre l'acte diagnostique et le premier acte thérapeutique (IQSS année N< année N-1).
Contribuer au peuplement du Registre national des cancers	Source ONCORIF : - Part des établissements autorisés aux traitement du cancer équipés d'un DCC - Part des établissements déversant les RCP dans le Registre