

— PLAN   
cancer  
2014-2019

# 2<sup>E</sup> RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

Février 2016



2<sup>E</sup> RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE  
FÉVRIER 2016



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

---



# sommaire

## 1. Guérir plus de personnes malades..... 7

- Objectif 1** Des diagnostics plus précoces sont favorisés par le déploiement d'un test immunologique de dépistage du cancer colorectal et l'intégration des femmes à risques aggravés dans le dépistage organisé du cancer du sein ..... 7
- Objectif 2** La qualité et la sécurité des prises en charge sont renforcées par le développement du parc des IRM, le déploiement du DCC, et l'adoption d'une procédure de labellisation de référentiels nationaux de prise en charge ..... 12
- Objectif 3** Les évolutions technologiques et thérapeutiques progressent grâce au développement de la chimiothérapie orale, la chirurgie ambulatoire, la radiologie interventionnelle et la radiothérapie ..... 15
- Objectif 4** Le métier d'infirmier en pratiques avancées est créé, et les métiers de physicien médical et de dosimétriste sont reconnus ..... 18
- Objectif 5** Les inclusions dans les essais augmentent facilitant la diffusion de l'innovation au bénéfice des patients ..... 18
- Objectif 6** La France conforte son avance dans la médecine personnalisée à travers le développement du séquençage nouvelle génération ..... 20

## 2. Préserver la continuité et la qualité de vie.....23

- Objectif 7** L'effort de formation des professionnels à l'annonce du diagnostic de cancer et le développement de l'éducation thérapeutique des patients sont renforcés ..... 23
- Objectif 8** Les études sur le risque de second cancer démontrent un risque plus important chez les patients ayant déjà souffert d'un cancer lié au tabagisme ou à la consommation excessive d'alcool ..... 24
- Objectif 9** Le « droit à l'oubli » pour les anciens patients a été instauré dans la loi..... 26

## 3. Investir dans la prévention et la recherche .....29

- Objectif 10** Les premières mesures législatives du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) voient le jour, appuyées par sa plateforme de recherche et d'appels à projets « Priorité Tabac » ..... 29
- Objectif 11** Une campagne en ligne et des travaux sur la nutrition et l'activité physique donnent à chacun les moyens de réduire son risque de cancer ..... 31
- Objectif 12** Le Plan santé au travail, des études et actions de prévention ciblent les cancers liés au travail ou à l'environnement ..... 33
- Objectif 13** L'effort de recherche a été consolidé avec le lancement de nouveaux appels à projets en recherche fondamentale et le soutien des jeunes équipes de recherche ..... 36

**FOCUS** LES FINANCEMENTS PUBLICS CONSACRÉS À LA RECHERCHE EN 2015 ..... 38

## **4. Optimiser le pilotage et les organisations .....41**

<b>Objectif 14</b>	La concertation citoyenne et scientifique pour améliorer le dépistage organisé du cancer du sein contribue au développement de la démocratie sanitaire.....	41
<b>Objectif 15</b>	De nouveaux rapports et données partagées appuient les politiques publiques.....	42
<b>Objectif 16</b>	Les missions des organisations sont clarifiées et la gouvernance renforcée afin d'optimiser l'efficience.....	44
<b>Objectif 17</b>	La prise en charge des molécules onéreuses en établissements de soins de suite et de réadaptation et la revalorisation de la consultation de primo prescription de chimiothérapie orale contribuent à l'évolution des modes de financement.....	47
<b>FOCUS</b>	LES ACTIONS EN FAVEUR DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES .....	51
<b>FOCUS</b>	LA MISE EN ŒUVRE TERRITORIALE DU PLAN CANCER 2014-2019 : DES ARS PLEINEMENT MOBILISÉES .....	53

## **Tableaux de bord de suivi des actions du Plan cancer .....59**

# Introduction

Dans ce deuxième rapport adressé au Président de la République, l'Institut national du cancer (INCa), responsable du pilotage du troisième Plan cancer pour le compte des Ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires les principales actions réalisées sur l'ensemble du territoire en 2015.

Cette première année complète de mise en œuvre du troisième Plan cancer a vu ainsi la forte mobilisation des acteurs locaux et le déploiement des actions aux niveaux régional et territorial, impératives pour que les mesures du Plan bénéficient aux usagers. Une synthèse de chaque action, ainsi que des tableaux de bord exhaustifs donnent une vision complète de l'état d'avancement du Plan.

En 2015, des mesures fondamentales pour l'ensemble de nos concitoyens ont trouvé leur concrétisation. Le programme national de réduction du tabagisme, et notamment le paquet neutre adopté récemment par le législateur, renforcera très fortement les mesures visant à réduire la consommation de tabac, préoccupation majeure de santé publique. L'instauration du droit à l'oubli permettra aux anciens patients, a priori guéris, de faire des projets immobiliers ou professionnels, sans devoir payer des surprimes assurantielles ou se voir exclus de certaines garanties.

Les programmes de dépistage ont évolué, avec l'introduction d'un test plus performant dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal et l'inclusion dans le programme du dépistage du cancer du sein des femmes à risque élevé qui bénéficieront désormais d'une prise en charge à 100 % des actes complémentaires.

L'effort de recherche reste soutenu, notamment avec une nouvelle impulsion donnée à la recherche sur les déterminants du tabagisme pour lesquels il convient d'améliorer nos connaissances dans une logique interdisciplinaire afin d'orienter les politiques publiques.

La mobilisation des acteurs pour améliorer les connaissances et les prises en charge des cancers des enfants se poursuit et fait l'objet d'une synthèse dédiée dans ce rapport.

Enfin, la prévention a fait l'objet d'actions nouvelles pour éclairer les choix individuels et collectifs et donner à chacun des repères clairs sur le poids des différents facteurs de risque de cancer.

Malgré ces réalisations, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre la totalité des objectifs. L'ensemble des partenaires et l'INCa demeurent pleinement impliqués pour faire aboutir toutes les mesures du troisième Plan cancer, avec le souci constant, qui nous anime tous, qu'elles bénéficient aux patients, à leurs proches, et à tous nos concitoyens.



# 1. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

**Objectif 1** Des diagnostics plus précoces sont favorisés par le déploiement d'un test immunologique de dépistage du cancer colorectal et l'intégration des femmes à risques aggravés dans le dépistage organisé du cancer du sein

## Un nouveau test immunologique du dépistage du cancer colorectal est déployé depuis avril 2015

### Action 1.6

2015 marque une véritable avancée dans le dépistage du cancer colorectal avec une nouvelle procédure de dépistage du cancer colorectal officiellement lancé par la ministre en charge de la santé le 6 mai 2015. Ce programme comporte un nouveau test immunologique de dépistage qui est plus simple d'utilisation et plus performant. La simplification du schéma organisationnel, la meilleure performance, la plus grande fiabilité et la simplicité du nouveau test sont favorables à un impact de santé plus élevé et à une meilleure participation de la population cible.

Ce test, destiné aux personnes de 50 à 74 ans, est mis à disposition notamment auprès des médecins généralistes *via* leur espace Pro, ou *via* les structures de gestion du dépistage.

À la suite de certains ajustements opérationnels, la montée en charge du programme s'est faite durant l'été et l'automne 2015 et les structures de gestion du dépistage ont, sur le second semestre 2015, rattrapé la quasi-totalité des invitations (personnes invitées dans le cadre de l'ancien programme et personnes à inviter au démarrage du nouveau programme).

**17 millions de personnes**  
concernées de 50 à 75 ans

**9 cancers colorectaux**  
sur 10 peuvent se guérir  
s'ils sont dépistés à temps

**3,5 millions de tests**  
de dépistage du cancer colorectal  
disponibles chez les médecins traitants

**1,5 million de tests**  
environ réalisés

**4,6 %** de taux positifs en 2015

**Impact attendu :**  
**2 fois plus de cancers détectés**

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

Les Agences régionales de santé (ARS) ont accompagné la mise en place du nouveau test dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal. Les actions d'accompagnement proposées se traduisent principalement par :

1. des adaptations des modalités organisationnelles du programme :
  - mise en place d'une démarche qualité (Haute-Normandie, Limousin) ;
  - mutualisation, restructuration et réorganisation du dépistage organisé (Corse, Ile-de-France, Rhône-Alpes) ;
  - utilisation de la télémédecine pour Mayotte (Océan Indien) ;
  - ciblage de la population à partir de la transmission d'informations complémentaires (actes antérieurs) au médecin traitant (Alsace, Languedoc Roussillon, Limousin)
2. une forte mobilisation des professionnels de santé en lien avec l'Assurance maladie notamment via :
  - une sensibilisation des médecins et médecins du travail par les visiteurs médicaux (Alsace) et les délégués de l'Assurance maladie (Aquitaine, Limousin),
  - organisation d'une rencontre régionale à destination des professionnels de santé sur le dépistage (Nord-Pas-de-Calais).

### Le dépistage du cancer du sein pour les femmes à risques aggravés sera pris en charge à 100 %

#### Action 1.5

La ministre en charge de la santé a annoncé, au lancement de la campagne Octobre Rose 2015, que toutes les femmes à risque « élevé » de cancer du sein (antécédents personnels ou familiaux, ou certaines prédispositions génétiques) bénéficieront désormais d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des examens de dépistage et de surveillance. Ces dernières ne faisaient donc pas l'objet d'une incitation systématique à se faire dépister et leur suivi était hétérogène. Hormis pour les femmes qui, du fait d'un cancer antérieur, peuvent bénéficier du dispositif post ALD (Affection longue durée), la prise en charge des examens de dépistage relevait par ailleurs du droit commun.

Ainsi, dans la ligne de l'action 1.5 qui prévoit que chaque personne se voit proposer une nouvelle modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque, les barrières financières ont été levées. Ces dispositions ont été inscrites dans l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

Plusieurs ARS ont engagé une réflexion et des actions sur l'accès aux dépistages des personnes à risques aggravés :

- des expérimentations de nouvelles procédures d'identification, d'invitation et de suivi adaptées à cette démarche (Corse, Guadeloupe, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie) ;
- des actions de formation continue (Languedoc-Roussillon, Picardie) ;
- des stratégies de diffusion des recommandations à venir, relatives au dépistage des personnes à risques élevés ou très élevés, avec leurs partenaires : structures de gestion du dépistage, réseaux régionaux de cancérologie, union régionale des médecins libéraux, maisons de santé pluridisciplinaires (Basse-Normandie, Bourgogne, Corse).



## L'étude médico-économique et un groupe de réflexion éthique préparent la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus

### Action 1.1

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit la mise en place d'un troisième programme national de dépistage organisé des cancers. Il s'agit du dépistage du cancer du col de l'utérus, véritable marqueur d'inégalités sociales. Plus de 1 100 femmes meurent chaque année de ce cancer, l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic en diminution (68 % en 1989/91 à 64 % en 2001/04), et avec un impact démontré du niveau socio-économique sur la mortalité. Or, la réalisation d'un frottis du col de l'utérus, recommandé chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans tous les 3 ans (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle), peut permettre de dépister des lésions précancéreuses des cancers et faciliter leur guérison.

L'objectif est de passer d'un taux de couverture dans la population cible de 50-60 % à 80 %, notamment en facilitant l'accès au dépistage des populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. Au cours de l'année 2015, l'INCa a réalisé la première phase d'une étude médico-économique relative à la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle a permis de mieux identifier les femmes ne réalisant pas de dépistage et les populations les plus vulnérables, et de documenter les stratégies susceptibles de les atteindre. Différents scénarios de généralisation cohérents avec les enjeux d'optimisation du dispositif, de rationalisation des pratiques de dépistage, de réduction des inégalités, et d'organisation des parcours de soins ont ainsi pu être hiérarchisés en termes de gain de participation, de réduction des inégalités de recours au dépistage et d'impact budgétaire. Sur la base de ce travail une préfiguration de la généralisation va pouvoir être mise en œuvre au niveau régional au cours de l'année 2016.

Le Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED) a été saisi pour apporter un éclairage éthique sur les stratégies proposées pour organiser le dépistage au niveau national, ainsi que sur les points de vigilance à considérer. Les résultats seront communiqués en début 2016.

**17 millions de femmes**  
de 25 à 65 ans concernées  
par le dépistage du col de l'utérus

**Plus de 1 femme sur 3**  
ne participe pas à ce dépistage  
(1 femme sur 2 après 50 ans)

**60 % des femmes**  
non dépistées régulièrement résident dans  
les territoires les plus défavorisés sur le  
plan socio-économique

**10 à 15 points**  
de participation supplémentaire  
au plan national devraient être atteints avec  
la généralisation du programme  
de dépistage organisé

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

Les ARS se sont largement mobilisées en lien avec l'Assurance maladie en 2015 sur des actions permettant de faciliter l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment autour des axes suivants :

- la poursuite du financement des sites expérimentaux de dépistage organisé (Auvergne, Centre, Ile-de-France, Pays de la Loire, Océan Indien) ;
- l'amélioration de l'accès au frottis via plusieurs types d'actions, la diversification des effecteurs (sages-femmes libérales ou en maisons de santé pluridisciplinaires, infirmières diplômées d'État) et des lieux de réalisation des frottis (Aquitaine, Haute-Normandie, Limousin, Poitou-Charentes) ;
- l'expérimentation de la détection du virus HPV en dépistage primaire (Champagne-Ardenne, Lorraine) ;
- l'expérimentation de la pratique du dépistage par autoprélèvement (Poitou-Charentes) ;
- l'envoi d'un e-mailing ciblé par l'Assurance maladie pour les femmes n'ayant pas réalisé de frottis (Basse-Normandie).

Les actions se sont aussi appuyées sur le déploiement des outils conventionnels :

- inclusion de la thématique dans les Contrats locaux de santé (Aquitaine ; Franche Comté, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes) ;
- visite des délégués de l'Assurance maladie sur la thématique (Basse-Normandie, Haute-Normandie).

### L'étude de l'ANSM et de la CNAMTS sur la vaccination HPV et le risque de survenue d'une maladie auto-immune confirme la balance bénéfique/risque en faveur de la vaccination

#### Action 1.2

L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a réalisé une étude de surveillance de l'incidence des maladies auto-immunes dans la population vaccinée contre les infections invasives à papillomavirus humain en collaboration avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAMTS) dans le cadre du plan de gestion de risque national. L'étude a porté sur plus de 2,2 millions de jeunes filles âgées de 13 à 16 ans révolus entre janvier 2008 et décembre 2012, parmi lesquelles environ 840 000 avaient été vaccinées contre les infections à papillomavirus humains (HPV) (sérotypes 6, 11, 16 et 18 par Gardasil, et 16 et 18 par Cervarix) et 1,4 million n'avaient pas été vaccinées.

Les résultats de l'étude, s'intéressant à 14 types de pathologies auto-immunes, montrent que la vaccination contre les infections HPV par Gardasil ou Cervarix n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes, confirmant ainsi les données de la littérature française et internationale.

Une augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré après vaccination contre les infections à HPV apparaît toutefois probable, mais ses conséquences sont limitées (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées) compte tenu de la rareté de la maladie.

Les résultats de cette étude ne remettent pas en cause la balance bénéfique/risque pour les vaccins concernés.

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

L'amélioration du taux de couverture vaccinale s'est traduite en région par plusieurs types d'actions menées par les ARS :

- le renforcement de l'implication des structures existantes : vaccination en structure CeGIDD (centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic) (Basse Normandie, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Corse), Pass Santé Jeunes (Bourgogne), Centre public de vaccinations, Centre de protection maternelle et infantile (PMI) de l'Ile-de-France, gratuité dans les centres de vaccination (Rhône-Alpes) ;
- la diversification des sites de vaccinations (Guadeloupe) ;
- le développement de l'implication des partenaires : éducation nationale, Institut de recherche et prévention santé (IRPS), Service départemental de santé publique (SDSP) (Bourgogne, Nord-Pas de Calais), Assurance maladie, Conseils généraux (Ile-de-France) ;
- l'intervention auprès de populations / territoires spécifiques : jeunes hors milieu scolaire en centres de vaccination publique (CVP) (Languedoc-Roussillon), quartier prioritaire / territoires via les contrats locaux de santé (CLS) (Limousin).

À noter une action innovante en Alsace : la mise en place d'un registre des vaccinations HPV et la prise en charge par la Ligue contre le cancer, en l'absence de mutuelle, de la partie non remboursée du vaccin anti-HPV pour les jeunes filles de 11 à 14 ans.

## **Objectif 2** La qualité et la sécurité des prises en charge sont renforcées par le développement du parc des IRM, le déploiement du DCC, et l'adoption d'une procédure de labellisation de référentiels nationaux de prise en charge

### **Le soutien à l'augmentation de l'offre d'équipements IRM et à l'optimisation de leur fonctionnement se poursuit**

#### Action 2.3

L'augmentation du parc d'IRM (Imagerie par résonance magnétique) de plus de 45 % en 5 ans a permis d'accompagner la hausse des besoins. Du fait de l'augmentation constante des indications de l'IRM, cet effort doit être poursuivi et accompagné d'autres mesures pour améliorer durablement l'accès. Par conséquent, la politique que mène le ministère chargé de la Santé a été renforcée selon trois axes :

- installer les nouveaux appareils dans les zones où les besoins sont les plus importants. Ainsi, en 2015, une aide de 15 millions d'euros, a été apportée aux 8 régions identifiées comme prioritaires ;
- favoriser la pertinence des examens d'imagerie en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé, ainsi que celles figurant dans le « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale » des sociétés françaises de radiologie et de médecine nucléaire ;
- optimiser l'utilisation des IRM pour en faire bénéficier le plus de patients possible. Pour ce faire, des objectifs opérationnels ont été fixés par les ARS afin de mieux utiliser les plateaux techniques d'imagerie (amplitude horaire d'ouverture, efficacité).

**Le parc d'IRM : + de 45 % en 5 ans :  
en 2015, la France comptait 971 IRM  
autorisés, dont 828 installés,  
soit 14,4 IRM autorisés et 12,6 IRM installés  
par million d'habitants**

**15 millions d'euros  
ont été apportés aux 8 régions identifiées  
comme prioritaires**

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

Les ARS ont réalisé des bilans, états de lieux ou audits de l'offre en IRM permettant un ajustement des installations au regard des besoins identifiés et/ou prévus dans les Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) imagerie. S'agissant de l'accessibilité, elles ont conduit des enquêtes régionales sur les délais d'accès aux IRM. De plus, elles ont mis au point des actions visant à améliorer la performance de ce type de prise en charge : soit par la mise en place d'IRM dédiés aux pathologies cancéreuses (Ile-de-France, Haute-Normandie, Poitou-Charentes), et/ou de circuits courts de prise en charge (Haute - Normandie) ; soit par la création de comités de pilotage spécifiques (type comité régional de l'imagerie par exemple en Corse) ou de fédérations hospitalières (Franche-Comté).

## La loi de modernisation de notre système santé rend possible de nouveaux dispositifs d'autorisations de traitement du cancer

### Action 2.6

La loi de modernisation de notre système de santé inclut une disposition (article 51) qui permettra à l'horizon 2018 de faire évoluer les régimes d'autorisation d'activités de soins et notamment le traitement du cancer, dans un double objectif de simplification des procédures et de modernisation des règles afin de mieux prendre en compte les enjeux de qualité et de sécurité, ainsi que les évolutions en cours des techniques et modes de prise en charge.

La phase d'état des lieux et d'analyse des besoins préparatoire à cette réforme a démarré en 2015, en concertation avec l'ensemble des acteurs et partenaires institutionnels dans le cadre du groupe de travail « Simplification » piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Sur l'activité de traitement du cancer, la réflexion a été conduite dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH CANCER) *via* une analyse globale des évolutions en cours (enjeux de la chimiothérapie orale, des soins oncologiques de support et du virage ambulatoire), mais aussi à travers des réflexions ad hoc conduites sur des thèmes spécifiques et/ou émergents (radiologie interventionnelle, radiothérapie de haute technicité *via* un groupe d'experts de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), prise en charge de l'enfant notamment).

## Le dossier communicant de cancérologie (DCC) est étendu sur le territoire national

### Action 2.19

Le DCC est un dossier numérique des patients atteints de cancer. Compte tenu de la pluralité des acteurs du parcours de soins en cancérologie, le DCC permet le partage, notamment entre la ville et l'hôpital, des documents supports de la coordination des soins, dont la fiche de synthèse de la décision thérapeutique de la Réunion de concertation pluridisciplinaire (FRCP). La Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) pilote la montée en charge du DCC. En 2014, 32 % des patients atteints de cancer disposaient d'un DCC.

En 2015 le déploiement au niveau national du DCC s'est poursuivi ; 85 % des centres de coordination en cancérologie ou 3C disposaient d'une solution informatique de DCC. Sur l'ensemble du territoire, la FRCP est dématérialisée dans 93 % des cas. Les éléments jugés nécessaires à une prise en charge de qualité ont été identifiés dans un modèle

**85 % des centres**

**de coordination en cancérologie ou 3C disposent d'une solution informatique**

**La fiche RCP est dématérialisée dans**

**93 % des cas**

**+ de 800 établissements**

**de santé sont engagés dans la démarche d'adoption d'une messagerie sécurisée de santé**

**350 établissements**

**sont en capacité d'échanger des documents dans l'espace de confiance MSSanté**

**92 % des RCP ont été référencées dans l'annuaire des RCP**

adopté au niveau national, participant ainsi à l'égalité des prises en charge des patients. Une démarche équivalente a été initiée avec le Programme personnalisé de soins (PPS).

Le DCC bénéficie par ailleurs d'un environnement de services numériques qui permettent aux professionnels de santé de partager et d'échanger les informations clés du parcours de cancérologie améliorant ainsi la continuité des soins : le dossier médical partagé (DMP), dont la relance est actée par la loi de modernisation de notre système de santé, et dont le DCC constitue le volet cancérologique, les messageries sécurisées organisées au sein du système MSSanté (800 établissements de santé engagés dans la démarche d'adoption d'une messagerie sécurisée de santé, et 350 sont en capacité d'échanger des documents dans l'espace de confiance MSSanté), et l'annuaire national des RCP qui référence l'ensemble des RCP, qui permet de trouver une RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire) quelles que soient sa thématique ou sa localisation géographique.

## Une nouvelle procédure de labellisation des référentiels nationaux de prise en charge est entrée en vigueur

Actions 2.7, 3.1

L'objectif est de permettre un développement coordonné de recommandations et référentiels nationaux par les acteurs impliqués dans ce domaine, notamment les sociétés savantes et les réseaux régionaux de cancérologie, afin de favoriser une harmonisation des pratiques des professionnels de santé dans la prise en charge des patients atteints de cancer, au moyen d'outils nationaux élaborés selon les principes de qualité et d'indépendance de l'expertise sanitaire et en partenariat.

Pour ce faire, l'INCa a mis en place une procédure de labellisation de recommandations et de référentiels nationaux de bonnes pratiques qui permet de s'assurer de la qualité et de l'indépendance de leur élaboration. Cette procédure fera appel à des candidatures en réponse à un programme de travail établi par l'INCa, sur proposition d'un comité de programmation partenarial. Cette procédure a été validée par le conseil d'administration de l'INCa en octobre 2015, publiée dans le bulletin officiel en décembre et sa mise en œuvre est prévue en janvier 2016.

Par ailleurs en avril 2015, l'INCa a publié le premier référentiel national de prise en charge du cancer du poumon pour les professionnels de santé. Ce référentiel s'inscrit dans un dispositif national, qui répond à la volonté portée par le Plan cancer, de gagner en cohérence et en lisibilité dans la production de référentiels et de recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels de santé.

### **Objectif 3** Les évolutions technologiques et thérapeutiques progressent grâce au développement de la chimiothérapie orale, la chirurgie ambulatoire, la radiologie interventionnelle et la radiothérapie

**Face à l'essor de la chimiothérapie orale, l'accompagnement des professionnels a été renforcé avec des recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables, des actions de formations nationales et l'expérimentation des infirmiers de coordination (ville/hôpital)**

Actions 3.4

Le nombre de traitements anticancéreux pris par voie orale augmente de façon très significative. Ces traitements sont, le plus souvent, pris tous les jours par le patient, à son domicile. C'est pourquoi le Plan cancer prévoit d'accompagner l'utilisation des chimiothérapies orales par des recommandations de bonnes pratiques, ainsi que par un cadre organisationnel de prise en charge.

En complément des travaux conduits sous l'égide de la DGOS pour adapter le cadre d'organisation et de financement de la chimiothérapie orale (cf. Objectif 17), plusieurs actions ont permis en 2015 de poursuivre l'accompagnement des professionnels et des patients pour une prise en charge sécurisée des chimiothérapies orales :

- le dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie, qui fait l'objet d'une expérimentation de la DGOS et de l'INCa, a en particulier montré tout son intérêt pour sécuriser les parcours des patients bénéficiant d'un traitement oral. Le bilan de la première année de mise en œuvre de ce projet a montré sa contribution à l'information des patients, au suivi de l'observance des traitements et au développement d'actions d'éducation thérapeutique ;
- l'INCa a publié en juillet 2015 les premières recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux par voie orale. Il s'agit d'aider les professionnels de santé à prévenir et à gérer ces effets indésirables et à informer leurs patients. Six recommandations ont été produites et couvrent trois aires thérapeutiques : l'hématologie, les cancers pulmonaires et les cancers dermatologiques. Dix-neuf molécules différentes font l'objet d'une recommandation consultable en ligne sous un format interactif. Ces recommandations feront l'objet d'une déclinaison sous forme de fiches pratiques qui alimenteront une base nationale ;

**Le dispositif IDEC  
Phase 2 d'expérimentation c'est :**

**35 sites hospitaliers**

**+ 10 structures de ville**

**3,150 millions d'euros  
de financement total, dont**

**2,45 millions d'euros**

**financés en MIG, et**

**0,7 million d'euros en FIR**

- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients sous chimiothérapie orale fait partie des actions de formation nationales de 2015 pilotées par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Au-delà des enseignements fondamentaux sur les chimiothérapies orales, cette formation vise à amener les professionnels à établir un plan d'actions sur la base du partage d'expériences et d'être force de proposition au sein de l'équipe hospitalière d'origine.

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

De façon innovante, dans plusieurs régions (Aquitaine, PACA, Bourgogne, Ile-de-France, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, notamment) les acteurs ont mis en place des initiatives visant à optimiser et à sécuriser le parcours de chimiothérapie orale selon deux catégories :

### 1. Des outils informatiques ou téléphoniques, par exemple en Franche-Comté :

- un Portail « Officines » du Système d'information Bonnes pratiques de chimiothérapie est en cours de déploiement dans la région Franche-Comté ;
- un plan de formation et d'information des professionnels accompagne le déploiement de cet outil avec le soutien du réseau Oncolie ;
- des plateformes téléphoniques « médecins généralistes et cancer », des dispositifs et projets innovants mis en place pour apporter des informations aux professionnels du premier recours ont également été introduits en Limousin et Haute-Normandie.

### 2. Des dispositifs et organisations de suivi spécifique des patients :

- un accompagnement des patients par une infirmière est soutenu au centre de lutte contre le cancer Bergonié à Bordeaux (Aquitaine) : ce dispositif est mis en place afin de proposer au patient une information et un suivi personnalisés, et alléger le temps médical d'oncologue pour le suivi du traitement afin d'améliorer la compliance et la gestion des événements indésirables.

## Une expérimentation a été engagée pour développer la chirurgie ambulatoire dans le domaine du cancer

### Action 3.7

Le taux global de chirurgie ambulatoire est passé de 37,8 % à 44,9 % entre 2010 et 2014. En cohérence avec le programme ambitieux de développement de la chirurgie ambulatoire conduit par le ministère de la Santé, une démarche nationale d'accompagnement des projets de chirurgie ambulatoire en cancérologie a été engagée en 2015. L'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques, ainsi que des programmes de réhabilitation rapide, permet en effet, pour de plus en plus de cancers, d'envisager un traitement chirurgical ambulatoire.

La DGOS et l'INCa conduisent une expérimentation nationale visant à accompagner les équipes volontaires pour développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie, à évaluer ces projets sur un plan organisationnel et médico-économique, et à diffuser leurs expériences auprès des établissements et des équipes.

La sélection des équipes candidates s'est faite sur la base d'un cahier des charges qui insiste particulièrement sur la qualité des prises en charge ainsi que la prise en compte des spécificités de la pathologie cancer (inscription de la séquence chirurgicale dans le parcours patient). Une trentaine d'équipes bénéficieront ainsi en 2016 d'un accompagnement financier de la DGOS.



## La révision du régime d'autorisation de radiologie interventionnelle en oncologie a été préparée

### Action 3.8

La radiologie interventionnelle regroupe l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie réalisée sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (radiographie, échographie, scanner, IRM). Cette spécialité récente est en plein développement depuis 10 ans ; elle offre dans de nombreuses situations cliniques une alternative moins invasive à la chirurgie pour traiter les tumeurs cancéreuses, favorisant la diminution des durées d'hospitalisation voire la prise en charge ambulatoire des patients. Grâce à des innovations techniques récentes, les possibilités de traitements en radiologie interventionnelle sont de plus en plus larges : détruire des tumeurs, déposer directement une chimiothérapie au sein des lésions cancéreuses ou soulager les douleurs osseuses, par exemple.

Sous l'égide de la DGOS, des travaux ont été engagés avec les professionnels et institutions concernées pour accompagner le développement de cette activité. Ces travaux visent à définir le dispositif d'encadrement de l'activité (création d'un régime d'autorisation) en précisant les conditions d'implantation et les conditions techniques garantissant la qualité et la sécurité des soins. Ils portent également sur l'organisation territoriale à mettre en place.

## Radiothérapie : la haute technicité de la radiothérapie poursuit son expérimentation via des enquêtes sur sa pratique et son coût, et fait l'objet de nouvelles recommandations

### Actions 3.14, 3.15 et 3.16

Le champ de la radiothérapie a donné lieu en 2015 à deux démarches importantes pour adapter, d'une part, le financement de cette activité à la logique de parcours de prise en charge et préciser, d'autre part, le maillage attendu des équipements de très haute technicité (protonthérapie).

Un état des lieux des coûts et des pratiques en matière de radiothérapie, piloté par la DGOS et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), a été réalisé avec le concours de 63 centres de radiothérapie, avec l'appui de l'INCa et de l'ensemble des acteurs concernés. Ce travail est complété par la publication par l'INCa d'un état des recommandations internationales concernant la radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate, permettant d'engager la construction du nouveau modèle financier de la radiothérapie.

En outre, l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) a publié en mars 2015 des recommandations sur les conditions de mise en œuvre des nouvelles techniques et pratiques en radiothérapie. Ces éléments contribueront à la déclinaison par le ministère de la Santé, d'un cadre adapté de mise en œuvre de la radiothérapie de haute technicité.

Par ailleurs, des actions ont dû être engagées dès 2015 par la DGOS, en lien avec l'INCa, pour réguler l'installation d'équipements de protonthérapie. Cet équipement présente un intérêt, car il peut cibler précisément des tumeurs installées en profondeur dans le corps en minimisant les dommages occasionnés aux tissus environnant. C'est donc un équipement très utile, mais qui doit être encadré compte tenu de son caractère

hautement spécialisé et très coûteux. Sur la base de l'expertise produite par l'INCa sur les indications des traitements par protonthérapie, et pour mieux réguler les installations de ces équipements sur le territoire national, la DGOS a, dès fin 2015, délivré les premières orientations aux ARS. En 2016, une évolution vers un mode de régulation qui ne relèverait plus du seul échelon régional sera mise en place. Un travail complémentaire est par ailleurs en cours pour préciser le modèle médico-économique de fonctionnement de ces équipements.

#### **Objectif 4** Le métier d'infirmier en pratiques avancées est créé, et les métiers de physicien médical et de dosimétriste sont reconnus

**Les évolutions des métiers d'infirmier en pratiques avancées, de physicien médical et de dosimétriste sont inscrites dans la loi de modernisation de notre système de santé**

Actions 4.1, 4.2, 4.3

L'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé représente une avancée forte en termes de reconnaissance de plusieurs professions de la cancérologie, avec la création du métier d'infirmier en pratiques avancées (clinicien) et la reconnaissance des professions de physicien médical et de dosimétriste en tant que professions de santé. L'année 2015 a permis, sous l'égide de la DGOS, de décliner les référentiels d'activité et de compétences des métiers de physicien médical et de dosimétriste.

#### **Objectif 5** Les inclusions dans les essais augmentent facilitant la diffusion de l'innovation au bénéfice des patients

**Le nombre de patients inclus dans des essais cliniques est passé de 12 841 en 2008 à 42 803 en 2014**

Action 5.2

L'enquête annuelle réalisée par l'INCa en 2015 auprès de 190 établissements de santé recevant des financements dans le cadre des Plans cancer a permis d'évaluer les activités de recherche clinique en 2014. Le nombre total de patients inclus est de 42 803 ; une hausse de 97 % entre 2008 (année de référence) et 2014 a été observée. Au cours de la même période, le nombre de patients participant à des essais académiques a augmenté de 122 %, celui de patients participant à des essais industriels de 22 %.

La répartition des inclusions entre les différentes structures de soins reste sensiblement la même d'une année sur l'autre : les CHU et CLCC assurent chacun 42 % du recrutement, les centres hospitaliers (CH) 10 % et le secteur libéral 6 %.

## Le premier bilan du programme AcSé fait l'objet d'une reconnaissance internationale

### Action 5.6

L'objectif du programme AcSé, lancé en 2013, est d'évaluer l'intérêt d'ouvrir les indications de prescription d'un médicament innovant à d'autres cancers que l'indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), en se basant sur le « profil génétique » de la tumeur et non pas uniquement sur l'organe d'origine. AcSé permet ainsi d'accélérer l'accès aux thérapies ciblées en proposant à des patients, en échec thérapeutique, un accès précoce à des médicaments innovants en dehors de ses indications validées. Il apporte donc, dans un cadre sécurisé, une réponse thérapeutique supplémentaire.

AcSé se décline en différents essais cliniques déployés sur l'ensemble du territoire national portant chacun sur des médicaments innovants très coûteux. Il permet de générer et de collectionner des données. Il s'inscrit dans l'objectif de lutte de contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chances du Plan cancer 2014-2019.

Le premier essai sur le crizotinib a démontré la pertinence et la faisabilité du programme. Les patients atteints d'un cancer du poumon et dont la tumeur présente une altération génétique retrouvée dans plus de 20 cancers différents, notamment dans d'autres formes de cancer du poumon, certains types de lymphomes, de cancers colorectaux, de cancers du rein, peuvent bénéficier de ce traitement innovant.

Le deuxième essai, lancé fin 2014, porte sur le vemurafenib et vise à évaluer l'efficacité et la tolérance de ce médicament auprès d'environ 500 patients atteints de divers types de cancer, ayant comme point commun de présenter une altération génétique précise ciblée par le vemurafenib.

Par ailleurs, les résultats du programme AcSé ont fait l'objet d'une présentation à l'échelle internationale : lors du congrès international sur le cancer à Chicago en juin (ASCO 2015) et lors du Congrès européen du cancer en septembre dernier à Vienne (ECCO-ESMO 2015).

**Commencé en juillet 2013,**  
**l'essai **crizotinib** en 2015 c'est :**

**5 000 patients**  
**qui ont réalisé les tests moléculaires**

**Près de 6 % de tests positifs**

**132 patients** inclus au 9 juin 2015

**7 enfants** inclus

**22 cohortes** créées

## **Objectif 6** La France conforte son avance dans la médecine personnalisée à travers le développement du séquençage nouvelle génération

Si les conditions physiques tels que l'âge, les antécédents, mais aussi des facteurs sociaux, psychiques et culturels influencent le traitement du cancer à des degrés divers, nécessitant une individualisation des prises en charge, il apparaît également que l'échec ou le succès du traitement dépend de caractéristiques du génome constitutionnel du patient ou de spécificités propres à sa tumeur. Ainsi, la récente compréhension des déterminants biologiques qui affectent la sensibilité des individus au processus de cancérogénèse ou aux traitements, a induit des changements profonds pour guider les prises en charge. La médecine personnalisée vise à prendre en compte l'ensemble de ces paramètres.

### **Le séquençage nouvelle génération est déployé pour l'analyse simultanée de plusieurs gènes dans l'ensemble des plateformes de génétique moléculaire**

#### Action 6.4

La caractérisation de la séquence de l'ADN est utilisée en médecine pour diagnostiquer des maladies génétiques ou des gènes de prédisposition à des maladies, dont le cancer. Par ailleurs, la prolifération anarchique des cellules tumorales résulte d'une accumulation d'erreurs au sein de l'ADN de ces cellules. Les traitements de la médecine de précision visent à bloquer ou à corriger ces perturbations en ciblant les anomalies moléculaires qui en sont responsables.

Aujourd'hui, les techniques de séquençage nouvelle génération (appelées NGS) sont utilisées pour rechercher, de manière simultanée au cours d'une seule analyse, les anomalies moléculaires de plusieurs gènes dans la tumeur des patients. Afin de soutenir le saut technologique vers cette nouvelle technologie, l'INCa a sélectionné, dès 2013, onze projets pilotes pour mener à bien une phase d'implémentation du NGS en routine clinique. En s'appuyant sur l'expérience acquise pendant cette phase pilote, cette nouvelle technologie est déployée en 2015 dans l'ensemble des plateformes de génétique moléculaire et des laboratoires d'oncogénétique. Les financements de l'INCa vont permettre de soutenir la phase de validation technique du NGS et le recrutement de bioinformaticiens au sein des équipes.

L'INCa a également sélectionné quatre équipes référentes en bio-informatique afin d'accompagner le déploiement du NGS sur un panel de gènes dans les laboratoires d'oncogénétique et les plateformes de génétique moléculaire. Ces équipes référentes ont élaboré plusieurs solutions d'analyses (pipelines) adaptées aux différentes technologies de séquençage existantes et permettant de couvrir l'ensemble des champs d'application (génétique des cancers, génétique héréditaire). Une étude comparative réalisée en 2015 a permis de valider ces solutions. Plusieurs actions de transfert de technologies vers d'autres laboratoires ont débuté, dans l'objectif de démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans les prises en charges des patients. En 2016, les efforts devront se concentrer sur des actions de formation et d'accompagnement pour accélérer le transfert et l'appropriation des pipelines par les utilisateurs finaux.

## Et également en 2015 (Axe 1)

- **Dématérialisation des mammographies** : un appel à projets portant sur des expérimentations et sur l'évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique a été lancé par l'INCa pour une sélection des projets en 2016 (action 1.6)
- **Oncogériatrie** : un rapport de suivi sur la prise en charge des malades et la recherche clinique en oncogériatrie a été publié en mars 2015. Ce rapport annuel décrit les perspectives d'évolution au cours du Plan cancer 2014-2019 et présente les chiffres clés de l'incidence et de la mortalité en France, des taux de survie, des grandes évolutions selon les localisations de cancers et des disparités géographiques françaises. Il aborde également les données et tendances dans les domaines de la recherche, de la prise en charge des cancers et des conséquences de la maladie (action 2.16)
- **Structuration de la recherche** : 5 intergroupes coopérateurs ont été labellisés entre 2014 et 2015 portant ainsi le nombre total d'intergroupes labellisés par l'INCa à 13. Un renouvellement de labellisation pour une durée de deux ans a également été réalisé pour les 6 premiers intergroupes coopérateurs labellisés en 2013 (action 5.2)
- **L'égalité d'accès aux essais cliniques** :
  - 16 centres dont 6 avec valence pédiatrique ont été labellisés en tant que Centres d'essais cliniques de phase précoce en cancérologie adulte/pédiatrie (CLIP<sup>2</sup>). Sept de ces centres sont issus d'une coopération entre les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) (action 5.3) ;
  - l'INCa a mis en œuvre la prise en charge financière des frais de transport des patients inclus dans sa subvention des essais thérapeutiques du programme CLIP<sup>2</sup> (action 5.10).
- **Accès des patients aux molécules innovants** : une étude de benchmark international a été lancée afin d'identifier les bonnes pratiques pour définir une innovation médicamenteuse et accélérer sa mise à disposition des patients (action 5.7)
- **Oncogénétique** :
  - Accompagnement de l'arrivée sur le marché des inhibiteurs de PARP dans le traitement des cancers de l'ovaire : la réalisation du test BRCA pour identifier des patients éligibles à l'essai thérapeutique européen PAOLA1 a été réalisée, dès 2015, par 5 centres soutenus par l'INCa (action 6.1)



## 2. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

**Objectif 7** L'effort de formation des professionnels à l'annonce du diagnostic de cancer et le développement de l'éducation thérapeutique des patients sont renforcés

**Un appel à projets a été lancé pour développer l'éducation thérapeutique des patients**

Actions 3.3 et 7.14

L'essor des évolutions technologiques et thérapeutiques en chimiothérapie orale et chirurgie ambulatoire nécessite d'adapter les modes de prise en charge des patients, en renforçant leurs compétences d'adaptation et psychosociales. L'objectif est de contribuer à une plus grande autonomie des personnes concernées et de leurs proches, et de les aider à mieux vivre au quotidien avec leur maladie. À cet effet, l'INCa a lancé, depuis 2014, trois appels à projets visant à promouvoir l'éducation thérapeutique auprès des professionnels de santé et en impliquant les patients dans leur prise en charge, tel que prévu dans le troisième Plan cancer.

**25 projets**

dédiés à l'éducation thérapeutique financés par l'INCa depuis le début du Plan cancer 2014-2019 pour un montant de **1 849 475 euros**

dont **10 projets** financés en 2015 dans le cadre de l'appel à projets « Promouvoir l'éducation thérapeutique des soins oncologiques de supports des patients à domicile » (374 548 euros)

### ▶ LES ACTIONS EN RÉGION

Au-delà de l'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique que délivrent les ARS, celles-ci s'engagent dans une stratégie de développement de l'éducation thérapeutique en cancérologie (Alsace, Haute-Normandie) en concertation avec tous les acteurs concernés et mettent en place des plateformes territoriales d'éducation thérapeutique (Bretagne, Ile-de-France). Ces plateformes visent à coordonner et renforcer la formation des professionnels de santé à l'éducation thérapeutique, à l'hôpital comme en ville (médecin, pharmacien, infirmier). Elles constituent un levier majeur pour accompagner les acteurs dans le développement de nouveaux programmes en professionnalisant les équipes pour dispenser l'ETP et coordonner des programmes.

## La formation des professionnels à l'annonce du diagnostic de cancer a été choisie comme axe prioritaire de formation pour les établissements de santé

Action 7.13

L'annonce du diagnostic de cancer et les relations soignant/soigné tout au long du parcours des patients représentent un enjeu majeur de qualité de prise en charge mais aussi de droits des patients. Ces deux points donneront lieu à des actions de formation continue des professionnels sur ce thème, retenu comme axe prioritaire de formation pour les établissements de santé en 2016 (instruction DGOS du 27 juillet 2015). Par ailleurs, le cancer sera très présent dans les thématiques investies par le programme de développement professionnel continu (DPC) pour la période 2016-2018, sous l'angle de l'annonce du cancer, mais aussi de l'appréhension des nouveaux médicaments et techniques en cancérologie.

## Objectif 8 Les études sur le risque de second cancer démontrent un risque plus important chez les patients ayant déjà souffert d'un cancer lié au tabagisme ou à la consommation excessive d'alcool

### La synthèse du rapport « Estimation du risque de second cancer en France » publiée en mai 2015 soulève la nécessité de renforcer les actions de prévention secondaire de lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool

Action 8.7

Une synthèse d'un travail sur le risque de second cancer chez des personnes ayant eu un diagnostic de premier cancer, entre 1989 et 2004, dans 8 départements français et suivies jusqu'en 2007, a été publiée. Ce travail montre que le risque de second cancer en France est augmenté de 36 % chez les personnes atteintes de cancer par rapport à la population générale. Ce risque de second cancer était particulièrement élevé après un cancer lié à la consommation de tabac et d'alcool (il était pratiquement multiplié par 4 après un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), par exemple). Par conséquent, la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool apparaît primordiale, autant dans la population générale que chez les personnes ayant déjà présenté un premier cancer lié à la consommation de ces substances.



## Une enquête auprès des ARS sur l'accès des personnes atteintes de cancers aux techniques de préservation de la fertilité a été lancée

### Action 8.1

Grâce aux évolutions techniques en cours, de plus en plus de patients atteints de cancer, y compris désormais les enfants et adolescents, peuvent prétendre à bénéficier des techniques de préservation de leur fertilité. Cela suppose une démarche structurée au plan régional pour informer les patients et professionnels sur les opportunités ouvertes par ces techniques et pour coordonner l'intervention des professionnels de la cancérologie et de la reproduction. Pour mieux appréhender l'état des réflexions régionales sur ce sujet, une enquête a été menée auprès des ARS (instruction DGOS du 9 octobre 2015 – réalisation Agence de la biomédecine (ABM)). Elle permet d'identifier les expériences régionales réussies, mais également les difficultés et manques des organisations en place, afin d'orienter les travaux qui seront conduits en 2016 au plan national.

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

Les remontées seront riches d'enseignement car les ARS ont montré une grande mobilisation, au travers de plusieurs types d'actions ayant trait à :

1. **La formation des professionnels** : la mise en place de formation des personnels concernés aux dispositifs dédiés à l'oncofertilité ou à la préservation de la fertilité en cas de cancer (formation d'un agent par établissement signataire) (PACA) ; formation d'un référent oncofertilité par 3C sur indications et risque de stérilité après-cancer (Corse, Basse-Normandie) ;
2. **L'élaboration de procédures favorisant l'accès à la préservation** : la mise en place d'un groupe de travail de professionnels de santé sur les procédures d'orientation à définir pour améliorer l'accès à la protection de la fertilité ; informer les patients lors du dispositif d'annonce des modalités de préservation de la fertilité. Faire un rappel aux professionnels lors des RCP deux fois par an (Centre) ;
3. **L'élaboration de supports d'information** : information ciblée adressée aux territoires identifiés en sous recours pour la préservation de la fertilité (Aquitaine) ; chartes d'information (PACA, Corse) ; promotion de l'oncosexologie dans le dispositif d'annonce ; affiche sur préservation de la fertilité (Basse-Normandie).

Par ailleurs, l'activité physique adaptée est considérée comme un facteur protecteur permettant de réduire le risque de second cancer. Ainsi, la grande majorité des ARS a largement investi le champ de l'activité physique adaptée via le financement d'actions proposées sous forme de soins de support via des associations ou des conventions avec des professionnels de santé ou des éducateurs sportifs (Alsace, Bourgogne, Centre, Aquitaine, Picardie...). Elles ont aussi déclinées des actions à travers la mise en œuvre du Plan sport-santé bien-être ou de schéma dédié (Nord-Pas-de-Calais, Limousin, Océan Indien, Lorraine, Bretagne, Basse-Normandie).

## **Objectif 9** Le « droit à l'oubli » pour les anciens patients a été instauré dans la loi

### **Le droit à l'oubli est consacré grâce à son inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé**

#### Action 9.13

Le Plan cancer prévoit un « droit à l'oubli », c'est-à-dire la possibilité de ne pas déclarer un cancer survenu antérieurement à la demande d'emprunt, sous certaines conditions.

À la suite de la signature, sous l'égide du président de la République, d'un protocole d'accord le 24 mars 2015, l'ensemble des parties à la convention AERAS (Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) ont signé, le 2 septembre 2015, un avenant à la convention mettant en place un « droit à l'oubli ».

La loi de modernisation de notre système de santé est venue donner une valeur législative au droit à l'oubli. Elle dispose qu'il ne peut y avoir de majoration des tarifs ou d'exclusion de garanties pour avoir accès au crédit pour les malades du cancer dont le protocole thérapeutique relatif à cette pathologie est achevé depuis plus de 10 ans. Ce délai est ramené à 5 ans pour les cancers pédiatriques (18 ans révolus). Dans ces deux cas, aucune information médicale ne pourra être sollicitée par l'assureur et aucune surprime ni exclusion de garantie ne pourra être appliquée au candidat à l'emprunt. Cette avancée a été permise grâce à la volonté politique, la collaboration de toutes les parties prenantes de la convention AERAS, ainsi qu'à des études de l'INCa qui ont permis d'objectiver les modèles et délais de guérison de différents cancers.

Par ailleurs, concernant les conditions d'accès à l'assurance, la loi met en place une grille de référence listant des pathologies cancéreuses et des pathologies chroniques pour lesquelles les anciens patients concernés accèderont au tarif « normal » sans exclusion, à l'issue d'un délai déterminé en fonction des données de la science, et inférieur à 10 ans, après la fin du protocole thérapeutique. Les candidats à l'emprunt seront néanmoins tenus de déclarer la pathologie.

Une première version de la grille a été élaborée en décembre 2015, incluant les cancers des testicules, les cancers de la thyroïde, et certains cancers du sein, mélanomes et cancers du col de l'utérus. La loi confie à l'INCa la responsabilité de formuler et rendre publique des propositions pour compléter la grille en fonction des avancées thérapeutiques.

Pour faire connaître ces nouvelles avancées à tous ceux qui sont concernés et permettre à chacun de faire valoir ses droits, un dispositif d'information et de diffusion de la grille est prévu, en la rendant consultable depuis le site web de l'INCa et celui de la convention AERAS.

## Et également en 2015 (Axe 2)

- **Hébergement non médicalisé en accompagnement des prises en charge hospitalières** : la DGOS a défini les modalités de mise en œuvre, et en application de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, d'une expérimentation ouvrant la possibilité pour les établissements de santé de proposer un hébergement non médicalisé de proximité, pour faciliter l'accès à des techniques spécialisées souvent éloignées et améliorer la qualité de vie des patients. Le lancement opérationnel des expérimentations se fera en cours d'année 2016 (action 7.11)
- **L'information aux patients se développe** : le 25<sup>e</sup> guide Cancer info « Comprendre le myélome multiple » rédigé, en partenariat avec l'Association française des malades du myélome multiple, décrit la prise en charge initiale du myélome et comporte également une partie « Carnet de suivi » (action 7.13).
- **Hospitalisation à domicile (HAD)** : la Haute Autorité de santé (HAS) a dans un rapport de janvier 2015 réaffirmé le rôle essentiel de l'HAD dans l'administration des chimiothérapies lorsqu'elles sont réalisées par voie sous cutanée, de durée d'administration courte. Par ailleurs, un ensemble de mesures financières favorables au développement de la chimiothérapie en HAD sont déjà intervenues ou ont été programmées :
  - revalorisation en 2014 de la pondération du mode de prise en charge en principal, en 2015 du mode de prise en charge en associé ;
  - lancement en 2015 des travaux pour faire évoluer le modèle de tarification et de classification de l'HAD (objectif 2019-2020) (action 7.5).
- **Soins oncologiques de support** : les soins oncologiques de support jouent un rôle important dans le parcours des patients avec un apport démontré en termes de qualité de vie, mais également de survie. La DGOS conduit, avec l'appui de l'INCa, des travaux pour conforter cette offre de soins, en assurant une équité des prises en charge et l'amélioration de la réponse aux situations les plus complexes. Un cadre national permettant le développement cohérent de ces soins de support sur les territoires sera défini en 2016.
- **La nouvelle édition du Baromètre cancer** sur les comportements, les attitudes et l'opinion de la population vis-à-vis du cancer a été réalisée en 2015 ; 4 000 personnes ont été interrogées en 2015 par l'institut de sondage et les premiers résultats seront publiés en 2016.
- **Le rapport de l'Observatoire sociétal des cancers** publié en avril 2015 a mis en avant les conséquences sociales, psychologiques et financières de la mastectomie et de la reconstruction mammaire, à partir d'une étude auprès de 1 000 femmes concernées par ces actes médicaux (action 9.17).
- **L'enquête VICAN** : à la suite de la publication de l'enquête VICAN 2 (La vie 2 ans après un cancer), la mise en œuvre de son extension par une enquête à 5 ans du diagnostic a été engagée visant à développer les connaissances sur la vie des personnes après un cancer (action 9.17).

- **Cancer et emploi :**

- avec l'appui de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), opérateur du ministère chargé du travail, et des Associations régionales de l'amélioration des conditions de travail (ARACT), l'INCa soutient financièrement le déploiement d'actions d'accompagnement de proximité auprès des travailleurs et des entreprises dans 5 régions (action 9.5) ;
- l'INCa, en partenariat avec le ministère en charge du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et l'Association nationale des DRH, a créé le « Club des entreprises : cancer et emploi » (regroupant notamment Carrefour, ENGIE, la Poste, SNCF, Sodexo, FACE, Casino, Delpeyrat, Fermiers Landais, AFNOR, Orange). Ce lieu d'échanges de bonnes pratiques a vocation à mobiliser les entreprises et les aider à trouver des solutions concrètes pour mieux prendre en compte la problématique des personnes atteintes de cancer au sein de leur organisation.

## 3. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

### **Objectif 10** Les premières mesures législatives du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) voient le jour, appuyées par sa plateforme de recherche et d'appels à projets « **Priorité Tabac** »

Le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT), annoncé par la ministre en charge de la santé en septembre 2014, vise à parvenir à ce que dans moins de 20 ans les enfants qui naissent aujourd'hui soient la première « génération d'adultes sans tabac ». D'ici à cinq ans, la prévalence du tabac devra avoir diminué de 10 % et, dans dix ans, être descendue sous la barre des 20 % de fumeurs quotidiens.

#### **La loi de modernisation de notre système de santé énonce de nombreuses mesures pour éviter l'entrée dans le tabac, aider les fumeurs à s'arrêter et agir sur l'économie du tabac**

##### Objectif 10

L'ensemble des mesures qui nécessitaient une traduction législative ont été adoptées dans le cadre de la loi, mises à part celles ayant une nature budgétaire ou fiscale (par exemple, le fonds dédié à la lutte contre le tabac). Les mesures notables sont :

- **l'introduction d'un paquet neutre.** Cette mise en place vise à la « dénormalisation » sociale du tabac et la réduction de l'attractivité des produits du tabac, notamment pour éviter l'entrée des jeunes dans le tabagisme. L'INCa a lancé les travaux, dans le cadre de « **Priorité Tabac** », pour établir les modalités d'évaluation du paquet neutre ;
- un dispositif de transparence des activités de communication et de lobbying de l'industrie du tabac a été introduit se concentrant sur les activités d'influence et de représentation d'intérêts ;
- **l'interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur.** Cette disposition est encore plus ambitieuse que celle du PNRT qui se limitait aux mineurs de moins de 12 ans ;
- l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac et donnant droit au forfait sevrage a été élargi au-delà de ce qui était prévu dans le PNRT, avec l'inclusion des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes.

Par ailleurs, d'autres mesures hors du champ du PNRT, mais qui concourent à ses objectifs et qui compléteront utilement ses mesures ont été adoptées lors des débats parlementaires :

- l'obligation de demander une preuve de majorité lors de la vente de produits du tabac ou de produits du vapotage ;
- l'interdiction complète du parrainage et du mécénat promouvant le tabac ou menées par les industriels du tabac ;
- la mise en place de zones protégées, où ne peuvent être installés de nouveaux débits de tabac, à l'instar de ce qui existe pour les débits de boissons alcooliques ;
- l'expérimentation pour une durée de trois ans à l'échelon régional d'une consultation et d'un suivi spécialisé systématique pour les femmes enceintes fumeuses ;
- l'homologation des prix des produits du tabac par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du budget (la définition conjointe de la fiscalité est en cours d'adoption également) ;
- le durcissement des peines pour les faits de contrebande.

Enfin, la loi de ratification du protocole de lutte contre le commerce illicite de tabac de la Convention-cadre de lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été promulguée le 26 octobre (loi 2015-1350).

L'ambition du volet tabac dans la loi a amené les parlementaires à voter la remise par le gouvernement au Parlement d'ici le 31 décembre 2018 d'un rapport qui devra présenter les améliorations de la situation sanitaire permises par la mise en application des dispositions de lutte contre le tabagisme de cette loi.

## La plateforme de recherche du PNRT dénommée « Priorité Tabac » a été mise en place et les travaux sont lancés pour établir les modalités d'évaluation du paquet neutre

### Actions 11.14

L'INCa met en œuvre la plateforme de recherche du PNRT via un programme partenarial multidisciplinaire (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, Ligue nationale contre le cancer, Direction générale de la santé (DGS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives (MILDECA)) permettant d'établir des priorités de recherche et d'actions concernant le tabac et les cancers qui y sont liés. Ce programme s'inscrit dans le Plan cancer 2014-2019.

Un premier appel à projets a été publié en mai 2015 faisant suite à un séminaire national qui a permis d'identifier les priorités nationales. La Fondation ARC et la Ligue nationale contre le cancer sont partenaires financiers de cette première édition.

## 21 projets

**reçus au 1er appel à projets « Priorité Tabac » qui seront évalués par le comité d'évaluation international au cours du premier trimestre 2016**

Par ailleurs, une méthodologie d'évaluation du paquet neutre sera élaborée avec l'aide d'experts nationaux et internationaux. Un benchmark international ainsi que des financements supplémentaires permettront d'affiner la méthode d'évaluation de telle sorte que les premières mesures (pré-paquet neutre – TO) s'effectuent au premier semestre 2016.

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

Certaines ARS n'ont pas attendu le lancement officiel du Plan national de réduction du tabagisme en mai 2015 pour préfigurer ou poursuivre des actions en cours localement en particulier dans le cadre du plan addiction. À titre d'exemple, des actions d'aide à l'arrêt du tabac sont engagées, en facilitant son accès par la prise en charge financière des Traitements nicotiques de substitution (Aquitaine, Ile-de-France).

### **Objectif 11** Une campagne en ligne et des travaux sur la nutrition et l'activité physique donnent à chacun les moyens de réduire son risque de cancer

**Une campagne de l'INCa comportant un test de 3 minutes a été lancée en ligne pour évaluer son risque de cancer et donner à chacun**

**les repères pour le réduire en adaptant son comportement**

Action 11.12

L'INCa a lancé en juin 2015 une campagne d'information visant à clarifier la hiérarchie des différents facteurs de risque de cancers en France pour aider chacun à réduire ses facteurs de risque liés à ses comportements. Un test en ligne a également été lancé qui permet d'identifier ses risques individuels sur la base d'une quinzaine de questions et de disposer de conseils de prévention personnalisés.

La campagne s'est appuyée sur une expertise scientifique qui fait le point sur les principaux facteurs de risque et leur hiérarchie. Elle a permis de rappeler que 4 cancers sur 10 résulteraient de l'exposition à des facteurs de risque liés à nos modes de vie et comportements (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, expositions professionnelles, infections, manque d'exercice, surpoids, UV, pollution de l'air); 40 % des cancers sont ainsi évitables individuellement et collectivement.

**180 000 personnes**  
ont réalisé le test en ligne dont près de  
**50 000** ont souhaité laisser leurs  
coordonnées pour recevoir de l'information  
sur la prévention des cancers

**40 % des cancers**  
pourraient être évités

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

L'action des ARS porte sur la réduction des principaux facteurs de risques au travers de la lutte contre les addictions, de la lutte contre l'obésité et pour la promotion de la nutrition santé. S'agissant en particulier du risque alcool, plusieurs programmes d'aide à l'arrêt de l'alcool ou d'actions en direction des jeunes visant à les informer sur les risques ont été mis en place (Alsace).

On note aussi :

- l'utilisation des appels à projets prévention incluant un chapitre spécifique sur les liens alcool-cancer ;
- la formation des professionnels de santé de premier recours, et des professionnels en contact avec les jeunes ainsi que des enseignants ;
- des actions d'articulations des acteurs autour de la prise en charge des intoxications éthyliques aiguës (IEA) des jeunes passant par les urgences, liens avec les médecins généralistes et les consultations jeunes consommateurs (CJC) ;
- le renforcement des consultations d'addiction en direction des personnes détenues ou des publics fragiles (Aquitaine, Bourgogne, Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Guadeloupe, Limousin) ;
- des mesures organisationnelles, avec en 2015 des réorganisations des territoires d'intervention des CSAPA (Corse) ;
- 2015 est en outre une année pendant laquelle les ARS ont procédé à des états des lieux notamment des structures spécialisées, Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), dans le domaine de la prévention de l'addiction à l'alcool.

### La connaissance entre des liens entre nutrition, activité physique et prévention des cancers a été renforcée

Actions 11.5 et 11.6

Un rapport d'expertise sur les liens entre nutrition et prévention des cancers a été publié par l'INCa en juin 2015, en collaboration avec le réseau NACRE (National alimentation cancer recherche), complété par l'élaboration et la diffusion d'une brochure destinée au grand public. Concernant la prévention nutritionnelle des cancers, cinq facteurs de risque (boissons alcoolisées, viandes rouges et charcuteries, surpoids et obésité, sel et aliments salés et compléments alimentaires à base de bêta-carotène) et cinq facteurs protecteurs (fruits et légumes, fibres alimentaires, produits laitiers, activité physique et allaitement) ont été identifiés.

Des objectifs prioritaires en matière de prévention nutritionnelle des cancers ont été définis : réduire la consommation des boissons alcoolisées, favoriser et promouvoir une alimentation équilibrée et diversifiée en évitant de recourir aux compléments alimentaires, favoriser et promouvoir la pratique d'activité physique, et plus spécifiquement chez les femmes en âge de procréer ou promouvoir l'allaitement. Ces préconisations ont été largement relayées dans les médias.

Par ailleurs, un recensement des actions menées sur l'alimentation et l'activité physique auprès des jeunes de 3 à 25 ans a été réalisé sur le territoire par l'INPES et ses partenaires, portant sur les années 2013 et 2014 en milieux scolaire, périscolaire, sportif, associatif et universitaire. Ce recensement a permis de collecter 1 844 actions.



Le rapport final, prévu en 2016, comportera une analyse et une cartographie des actions recensées, ainsi que l'identification des grandes tendances et les éventuelles corrélations avec certaines pathologies (obésité, par exemple).

## **Objectif 12** Le Plan santé au travail, des études et actions de prévention ciblent les cancers liés au travail ou à l'environnement

### **Le troisième Plan santé au travail consolide des mesures du Plan cancer et favorise les liens entre la santé au travail et la santé publique au service des patients**

Actions 12.1, 12.2 et 9.4 à 9.7

Le troisième Plan santé au travail (PST3) qui court de 2016 à 2020, adopté fin 2015, contribuera à la lutte contre le cancer. Les échanges qui se sont déroulés dans le cadre des groupes de travail pour l'élaboration de ce plan ont permis de consolider et même d'étoffer les actions d'ores et déjà inscrites dans le Plan cancer et pilotées dans ce cadre par le ministère chargé du travail et de l'emploi comme, par exemple, les actions de prévention de la désinsertion professionnelle.

Le PST3 poursuit l'objectif de maintenir en emploi les travailleurs atteints de cancer et, plus largement, de maladies chroniques. Cet objectif vise directement à diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle. Le PST3 offrira, à cet égard, des réponses concrètes aux enjeux du vieillissement au travail et de l'usure professionnelle, ainsi que de la sécurisation des parcours des personnes atteintes de difficultés de santé, tant au niveau national que dans le cadre d'actions engagées sur le territoire.

Il promeut la diminution de façon durable de la sinistralité liée au risque chimique, la prévention des expositions à ces produits et l'amélioration des pratiques professionnelles qui doit faire partie des priorités des entreprises concernées par ce risque. Plus encore, et mettant l'accent sur la prévention primaire, le PST3 s'attelle à anticiper les défis du futur : il prévoit une action en anticipation des risques émergents comme ceux liés aux perturbateurs endocriniens ou aux nanomatériaux. La production de connaissances et la recherche occupent, dès lors, une place importante dans le PST3.

Enfin, le PST3 promeut l'idée d'une approche plus globale des risques centrée sur la personne, qui sera favorisée par le renforcement de la transversalité entre institutions compétentes en matière de santé au travail et de santé publique. À cet égard, des conventions seront signées entre les ARS et les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

## Des actions de soutien de la surveillance épidémiologique et la recherche mises en œuvre pour estimer la part de cancers attribuables à certaines expositions professionnelles en France

### Action 12.4

Peu de travaux permettent d'objectiver quantitativement le poids des cancers d'origine professionnelle. En complément des travaux réalisés par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) à la demande de l'INCa, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) a quantifié la part de certains cancers attribuables à quatre nuisances (amiante, silice, benzène, trichloréthylène) en se basant sur l'évaluation des expositions professionnelles aux cancérogènes produite dans le cadre du programme Matgéné. Ce rapport sera disponible sur le site de l'InVS début 2016.

## ▶ LES ACTIONS EN RÉGION

Les Groupes d'alerte en santé-travail (Gast), dispositif régionalisé mis en place en 2008 et réunissant les acteurs institutionnels de la santé au travail et de la santé publique, permettent une prise en charge rapide et concertée des signalements en milieu professionnel, dont la plupart concernent des suspicions d'agrégat spatio-temporel de cancers, c'est-à-dire un regroupement dans le temps et l'espace de cas de cancers. La plateforme de veille et d'urgences sanitaires des ARS constitue le point focal de ces signalements. En 2015, 11 régions en disposent. Le dispositif sera étendu à toutes les régions de métropole et aux DOM.

## Une étude ouvre la voie à une surveillance nationale des expositions non professionnelles à l'amiante

### Action 12.5

Dans le cadre de la mise en place de la déclaration obligatoire des mésothéliomes, une étude pilote a été réalisée par l'InVS dans 9 régions françaises (Alsace, Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Franche-Comté, Limousin, Picardie, Poitou-Charentes, Réunion) visant à améliorer les connaissances sur les expositions non professionnelles à l'amiante chez les personnes atteintes de mésothéliome hors plèvre, les hommes de moins de 50 ans et les femmes atteintes de mésothéliome de la plèvre. Elle se fonde sur le recueil d'informations permettant d'évaluer ces expositions par questionnaire auprès des patients.

L'étude conclut à la faisabilité d'une évaluation des expositions non professionnelles dans le cadre d'une surveillance nationale pérenne des mésothéliomes ; l'expérience ainsi acquise permet d'envisager un déploiement national de ces enquêtes et de proposer des améliorations dans le recueil des informations et l'automatisation de leur traitement.

## Des dispositions encadrant l'utilisation et les pratiques commerciales relatives aux appareils de bronzage sont adoptées dans la loi de modernisation de notre système de santé

### Action 12.8

L'incidence des cancers cutanés en France a triplé entre 1980 et 2005 (80 000 cancers de la peau chaque année en France). L'exposition aux ultraviolets (UV) naturels et artificiels représente le principal facteur de risque, en particulier pour le mélanome, la forme la plus agressive. En effet, le lien entre les UV et les cancers est bien documenté : l'OMS a classé les UV naturels comme cancérogènes certains pour l'homme en 2006, puis les UV artificiels en juillet 2009. S'agissant du bronzage artificiel, l'INCa a évalué le risque global de développer un cancer cutané, toutes classes d'âges confondues, comme étant deux fois plus élevé pour les personnes ayant recours aux UV artificiels. Or, selon le « baromètre santé 2010 » réalisé par l'INPES, moins de 50 % des personnes ayant pratiqué au moins une fois une séance de bronzage artificiel estiment être bien informées sur les risques de cancer liés à cette pratique ; la perception des bienfaits supposés des UV artificiels subsiste.

À la suite de la réglementation renforcée en 2013 relative à la vente et à la mise à disposition des appareils de bronzage au public par des professionnels, la loi pour la modernisation de notre système de santé comprend plusieurs mesures visant :

- à interdire la vente ou la cession d'appareils de bronzage aux particuliers ;
- à interdire toute pratique commerciale visant à promouvoir ou à proposer une offre de prestation de services incluant l'utilisation, à volonté ou gratuite d'un appareil de bronzage, et toute pratique commerciale visant à promouvoir ou à proposer des tarifs préférentiels ou des offres promotionnelles de prestation de services incluant l'utilisation d'un appareil de bronzage. Ces pratiques commerciales très répandues, contribuent à promouvoir l'utilisation d'appareils de bronzage artificiel ;
- à interdire toute pratique commerciale visant à faire croire à un bénéfice des UV artificiels pour la santé ;
- à renforcer les conditions de mise à disposition des appareils de bronzage par des professionnels, notamment les conditions d'information des utilisateurs sur les risques pour la santé liés à cette pratique, de contrôle de l'âge des utilisateurs et la formation des professionnels.

## Le Plan chlordécone consolide les actions de prévention des risques

### Actions 12.5 et 12.9

La chlordécone, insecticide utilisé dès 1973 aux Antilles pour lutter contre le charançon du bananier, a été classée « cancérogène possible pour l'homme » par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Malgré son interdiction depuis 1993, elle persiste dans l'environnement et contamine certaines denrées alimentaires.

Le Plan chlordécone III (2014-2020), copiloté par le ministère chargé de la santé et le ministère chargé des Outre-mer, poursuit les actions engagées depuis

**30 millions d'euros**  
consacrés au plan chlordécone  
pour la période 2014-2016

2008 pour protéger la population, mais aussi pour accompagner les professionnels concernés.

En 2015, les actions de communication et de prévention ont permis un meilleur partage d'informations et une meilleure compréhension du grand public, autour du concept de transparence constructive entre les acteurs, y compris les acteurs économiques ; elles accompagnent les autoconsommateurs de denrées végétales et animales afin de réduire les risques d'exposition. D'autres actions continuent également telles que l'exploitation des registres antillais des cancers, la reconstitution des expositions historiques aux pesticides des professionnels de la banane (Matphyto) et l'analyse d'une cohorte de travailleurs exposés entre 1973 et 1993.

## **Objectif 13** L'effort de recherche a été consolidé avec le lancement de nouveaux appels à projets en recherche fondamentale et le soutien des jeunes équipes de recherche

### **Les efforts pour la recherche fondamentale ont été renforcés**

Actions 13.1 et 17.11

En 2015, la recherche fondamentale est restée une priorité de la programmation des appels à projets de l'INCa et de l'Institut thématique multi-organismes (ITMO) Cancer de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan). Les appels à projets de recherche fondamentale financés par l'INCa couvrent les champs de la biologie du cancer et des sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique. Ils sont laissés à la libre initiative des investigateurs notamment pour répondre à l'action 17.11 du Plan cancer. Quant à l'ITMO Cancer, il propose des appels à projets sur des questions de recherche spécifiques. Ces appels à projet favorisent l'interdisciplinarité et encouragent les chercheurs d'autres disciplines à investir le champ de la recherche sur le cancer. En 2015, près de 5 M€ ont été attribués aux projets sélectionnés au programme « Physique, mathématiques et sciences de l'ingénieur appliquées au cancer ». Le nouvel appel à projets dédié à l'hétérogénéité intratumorale, qui sera publié début 2016, fera naître des projets interdisciplinaires d'équipes nationales de biologie cellulaire, de modélisation mathématique, de génétique et épigénétique ou de biophysique et de bioinformatique.

### **Des actions de soutien à la formation à la recherche ont été lancées pour les jeunes équipes de recherche**

Actions 13.1 et 13.3

L'INCa a investi le champ de la formation dans le domaine la recherche en sciences humaines et sociales en finançant 6 projets de thèse de doctorat. Cet appel à candidatures, développé en partenariat avec l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP), est récurrent.

Par ailleurs, l'INCa, en partenariat avec l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) d'Aviesan et l'EHESP, a créé une chaire dédiée à la recherche en prévention dans le domaine des cancers et plus particulièrement sur les changements de comportements à risque de cancers. La leçon inaugurale de la chaire aura lieu le 5 janvier 2016.

L'ITMO Cancer a poursuivi en 2015 le soutien aux jeunes équipes de recherche en cancérologie à travers le programme ATIP-Avenir de l'Institut national de recherche médicale (Inserm) et du Centre national de recherche scientifique (CNRS) favorisant l'autonomie de jeunes chercheurs.

Le programme de formation à la recherche translationnelle a permis de financer des bourses de 1 à 3 ans pour que des étudiants en médecine, pharmacie ou école vétérinaire puissent effectuer un master en science, une thèse de doctorat ou un stage postdoctoral. Par ailleurs, l'ITMO Cancer a accru en 2015 son soutien à l'école doctorale « Frontières du vivant » (École normale supérieure (ENS) et Universités Paris 5 et Paris 7) qui vise à former des doctorants internationaux à des projets interdisciplinaires.

# focus

## LES FINANCEMENTS PUBLICS CONSACRÉS À LA RECHERCHE EN 2015

En 2015, plus de 102 millions d'euros ont été consacrés à la recherche en cancérologie dans les trois grands domaines de recherche suivants :

- recherche fondamentale : 60 millions d'euros
- recherche translationnelle : 23 millions d'euros
- recherche clinique : 19 millions d'euros

Ces crédits ont permis de financer des projets de recherche sélectionnés suite à une évaluation compétitive internationale pour près de 57 millions d'euros. En 2015, 1126 projets de recherche ont été soumis en réponse à des appels à projets libres ou thématiques et 214 ont été acceptés pour financement. À titre d'exemple, les éditions 2015 des programmes de recherche récurrents suivants ont sélectionné des projets qui seront financés pendant les quatre prochaines années pour un montant de :

- 17,2 millions d'euros attribués dans le cadre de l'appel à projets « Biologie et Sciences du Cancer »;
- 5 millions d'euros ont été attribués dans le cadre de l'appel à projet « Physique, mathématiques et sciences de l'ingénieur appliqués au cancer »;
- 4,2 millions d'euros ont été attribués dans le cadre de l'appel à projets « SHS, épidémiologie et santé publique appliquées aux cancers ».

Par ailleurs l'année 2015 a permis de renforcer le soutien aux jeunes chercheurs de la manière suivante :

- 6 projets de thèse de doctorat financés par l'INCa en sciences humaines et sociales ;
- La création d'une chaire de recherche en prévention avec l'EHESP et l'IRESP ;
- 4 nouvelles équipes bénéficiant du programme ATIP-Avenir de l'Inserm et du CNRS ;
- 3 équipes ATIP-Avenir prolongées de 2 années, portant à 5 ans le soutien à ces équipes ;
- 26 médecins, pharmaciens et vétérinaires ont été sélectionnés dans le cadre du programme de Formation à la recherche translationnelle afin d'accroître leur compétence en recherche.

Deux millions d'euros ont été consacrés en 2015 aux jeunes équipes, aux médecins désireux de s'investir dans la recherche et à la formation de jeunes chercheurs.

Les financements sont également destinés à faire progresser la recherche au niveau national par le financement de structures ou d'infrastructures, d'outils de recherche ou d'équipements pour un montant de plus de 43 millions d'euros .

## Et également en 2015 (Axe 3)

- **Hiérarchisation des facteurs de risques** : dans le cadre d'une convention avec l'INCa, le CIRC a débuté la démarche pour l'actualisation des fractions attribuables des facteurs de risques de cancer dans la population française (action 11.12).
- **Surveillance médico-professionnelle** : une brochure a été publiée pour aider les médecins à déclarer les cancers professionnels de leurs patients. Des recommandations de bonnes pratiques sur la « surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérigènes pulmonaires » ont reçu le label méthodologique HAS-INCa le 4 novembre 2015 (action 12.2).
- **Une restructuration du dispositif de surveillance des mésothéliomes pour une plus grande visibilité et efficacité** : l'InVS a animé, en lien avec l'INCa, un groupe d'experts chargé de définir les enjeux actuels de la surveillance et proposer les modalités d'un dispositif unifié de surveillance des mésothéliomes et des expositions, articulé avec l'expertise et la recherche. Une mise en œuvre progressive des recommandations pourra être engagée dès 2016 (action 12.4).
- **Une évaluation de l'exposition des agriculteurs aux dérivés arsenicaux** utilisés comme produits phytosanitaires a été conduite en 2015. L'arsénite de sodium est le dernier dérivé arsenical à avoir été autorisé en France et utilisé jusqu'en 2001 pour ses actions insecticides et fongicides. Son rôle dans la survenue des cancers cutanés est le mieux référencé, mais le risque d'apparition d'autres cancers et notamment de la vessie est élevé. L'InVS est en train de définir des indicateurs d'exposition pour mieux identifier les principales professions du secteur agricole concernées. Les résultats sont attendus fin 2016 (action 12.4).
- **Recherche sur l'environnement-santé-travail** : les résultats de l'appel à projets de recherche 2015 du Programme national de recherche environnement-santé-travail (PNREST) ont été publiés le 21 octobre 2015. Sur 36 projets retenus, 5 sont soutenus par l'ITMO Cancer d'Aviesan (0,74 M€). (action 12.4).
- **Rapport de biosurveillance** : dans le cadre du volet périnatal du programme national de biosurveillance, les analyses statistiques des niveaux de biomarqueurs d'exposition et de leurs déterminants ont été effectuées. Le rapport final sera publié début 2016 (action 12.5).
- **Évaluation de l'impact du chlore** : l'évaluation quantitative de l'impact sanitaire de l'exposition aux sous-produits de chloration de l'eau potable sur le cancer de la vessie a été réalisée et sera publiée début 2016 (action 12.5).
- **Nucléaire et surveillance** : l'étude de faisabilité relative à la surveillance multi-sites de l'incidence des cancers autour des centrales nucléaires est achevée. Ses résultats feront l'objet d'un rapport en 2016 (action 12.5).
- **Risques environnementaux** : un appel à projets a été publié sur les effets de l'exposition aux facteurs de risques environnementaux (action 12.5).
- **Partage des données** : l'INCa s'est engagé dans le Global Alliance for Genomics and Health pour organiser le partage des données au niveau international. Au niveau national, l'INCa et l'ITMO Cancer d'Aviesan ont incité les chercheurs, via les textes de leurs appels à projets, à publier les résultats de leurs travaux dans des revues d'accès gratuits, en prenant en charge les surcoûts de frais de publication engendrés (action 13.5).





## 4. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

**Objectif 14** La concertation citoyenne et scientifique pour améliorer le dépistage organisé du cancer du sein contribue au développement de la démocratie sanitaire

**Les usagers sont désormais représentés dans les structures de recherche, de dépistage et de soins**

De nombreuses actions sont menées en faveur de l'implication de représentants des usagers dans les structures de recherche, de dépistage et de soins. En effet, conformément aux objectifs de démocratie sanitaire du Plan cancer 2014-2019, les Sites de recherche intégré sur le cancer (SIRIC) ont progressivement intégré des représentants de patients dans leurs différentes instances de gouvernance (comités de pilotage, comités scientifiques) ou leurs programmes ou projets de recherche. Par ailleurs, en 2015 des représentants d'usagers ont été nommés au sein de chacun des trois comités techniques et de prospective du dépistage créés par l'INCa. Dans le champ de l'organisation des soins, un représentant du Comité d'usagers et de professionnels (Comup) est systématiquement représenté dans tous les groupes de travail de l'INCa. En outre, les coordonnateurs de réseaux cancers rares ont été invités à formaliser des liens avec les associations de patients en matière de la gouvernance et des travaux (rapport « Réseaux nationaux pour cancers rares de l'adulte / Bilan et perspectives », publié en 2015).

**La concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein a démarré en septembre 2015**

Action 1.6 et objectif 14

La mise en œuvre de la démocratie sanitaire dans le champ du cancer passe également par le développement de modes de concertation innovants avec les citoyens. À cet égard, la ministre en charge de la santé a annoncé en octobre 2014 qu'elle chargeait l'INCa d'organiser une concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein. Dix ans après la généralisation du programme de dépistage organisé à l'ensemble du territoire, l'objectif de cette démarche est d'améliorer la politique de dépistage du cancer du sein en s'appuyant sur les avis et les attentes des femmes et de l'ensemble des parties prenantes concernées, dont les professionnels de santé.

La concertation a été officiellement ouverte par la ministre à l'occasion d'Octobre Rose 2015 et se déroulera jusqu'à l'été 2016, sous l'égide d'un comité d'orientation indépendant qui remettra à l'issue de la démarche un rapport de recommandations sur les évolutions du dépistage dans notre pays.

Un site dédié à la concertation – [www.concertation-depistage.fr](http://www.concertation-depistage.fr) – permet de recueillir et de partager les contributions de toutes les personnes qui souhaitent apporter leur point de vue : citoyen/nes, professionnels de santé, scientifiques, etc. Au premier semestre 2016, deux conférences, l'une regroupant des citoyennes et l'autre des professionnels du secteur sanitaire et social, permettront d'approfondir certains points comme les attendus du programme de dépistage, la prise en compte des bénéfices et des risques du dépistage, l'information des femmes, ou encore la réduction des inégalités de santé.

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

Les ARS se sont dotées d'un dispositif de gouvernance ancré dans la concertation des acteurs régionaux. Les trois quarts des ARS mentionnent une gouvernance en cancérologie (type comité régional cancérologie) qui réunit l'ensemble des acteurs professionnels de santé et institutionnels. D'autres formes de concertation sont utilisées via des groupes ad hoc (comité technique de concertation). La moitié des ARS ont signalé la mise en œuvre d'une démarche de concertation autour de leurs feuilles de route et un tiers font mention d'un passage en Conférence régionale de santé et d'autonomie (CRSA).

### **Objectif 15** De nouveaux rapports et données partagées appuient les politiques publiques

#### **Un projet d'évaluation a été lancé sur l'environnement socio-économique du lieu de résidence des patients enregistrés dans les registres de cancer**

##### Action 15.1

Afin de mieux connaître les caractéristiques socio-économiques des personnes atteintes de cancer et identifier les inégalités, une procédure de géocodage est développée en routine pour attribuer un index de défavorisation sociale à chaque patient atteint d'un cancer enregistré dans les registres de cancer du réseau FRANCIM. Lancée en 2015, l'étude est prévue sur une durée de trois ans.

Le géocodage consiste à identifier l'IRIS (Ilots regroupés pour l'information statistique : un niveau géographique plus fin que le seul niveau communal) de chaque patient à partir de son adresse d'habitation au moment de son diagnostic. À chaque patient diagnostiqué par l'IRIS, sera attribuée la valeur d'un index de défavorisation, correspondant à son lieu de résidence au moment du diagnostic. Ces informations, déterminées pour environ 120 000 personnes atteintes d'un cancer par an, seront ensuite regroupées dans la base de données commune des registres des cancers et permettront d'estimer les taux d'incidence de cancer selon le degré de défavorisation. Les résultats visent à permettre d'adapter les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge aux différents niveaux de défavorisation tels qu'objectivés par ce nouvel index.

Cette étude fait partie du programme de travail partenarial mis en œuvre par les registres du réseau Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'InVS et l'INCa.

## La cohorte cancer est constituée, permettant les premières analyses des trajectoires portant sur la prise en charge des cancers du sein

### Action 15.4

Afin de développer ses missions d'observation et d'évaluation, l'INCa met en place une cohorte des personnes atteintes de cancer s'appuyant sur les données de l'Assurance maladie (SNIIR-AM). Celle-ci permettra de documenter toutes les consommations de soins de ces personnes (hospitalisation, médecine de ville, médicaments, actes d'imagerie, actes paramédicaux..., mais aussi recours aux transports sanitaires, aux arrêts maladie...) pour une durée de 25 ans. Les principaux objectifs sont l'étude des trajectoires de soins du dépistage à l'après-cancer et la production de tableaux de bords d'activité et de dépenses au niveau national ou infra national. Une première étude « pilote » des trajectoires de soins des femmes ayant un cancer du sein pendant leur première année après le diagnostic a été menée.

Ces travaux ont permis d'identifier les étapes de la prise en charge devant faire l'objet d'une actualisation des recommandations.

## Un rapport relatif à la survie des personnes atteintes de cancers en France a été publié montrant une amélioration de la survie nette pour la plupart des tumeurs solides et des hémopathies malignes

### Action 15.7

La survie après un diagnostic de cancer est un indicateur épidémiologique permettant d'apprécier l'efficacité des actions mises en œuvre en cancérologie, notamment en termes de diagnostic et de prise en charge.

Une étude sur la survie de 538 000 personnes habitant dans un département métropolitain couvert par un registre de cancer, atteintes d'un cancer diagnostiqué entre 1989 et 2010, a été réalisée concernant 37 tumeurs solides et 16 hémopathies malignes et sera publiée début 2016.

Pour la première fois en France, ces travaux ont permis d'estimer pour une majorité de localisations la survie à long terme, soit 15 ans après le diagnostic. L'étude montre que la survie est très variable selon les localisations cancéreuses : sur la période 2005-2010, la survie nette à 5 ans varie de 4 % pour le mésothéliome pleural à 96 % pour le cancer du testicule, et de 22 % pour les leucémies aiguës myéloïdes à 87 % pour les lymphomes de la zone marginale. Une amélioration de la survie nette est observée pour la plupart des tumeurs solides et des hémopathies malignes sur la période 1989-2010.

Cette publication est le résultat d'un travail partenarial entre les registres du réseau Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'InVS et l'INCa.

## Des estimations de l'incidence des cancers dans les départements de France métropolitaine ont été publiées pour la première fois

### Action 15.7

Après plus de dix ans de travaux méthodologiques sur les données d'hospitalisation et de reconnaissance des cancers comme affection de longue durée, des estimations d'incidence des cancers ont pu être produites pour la première fois à l'échelle des départements métropolitains, en utilisant comme référence les données des registres départementaux de cancers. Les estimations, réalisées sur la période 2008-2010, concernent 8 cancers chez les hommes et 8 cancers chez les femmes.

Bien que cette étude n'ait pas pour objectif d'analyser les liens entre facteurs de risque et incidence des cancers, des disparités interdépartementales d'incidence ont été mises en évidence pour les cancers pour lesquels les facteurs de risque personnels (tabac, alcool) sont importants et connus. Chez les hommes, une sur-incidence des cancers des lèvres-bouche-pharynx, de l'œsophage, du larynx et du poumon a ainsi été mise en évidence dans le Nord tout comme une sur-incidence du cancer du poumon chez les femmes dans le Sud ainsi qu'en Ile-de-France. Il ne faut cependant pas oublier le rôle possible d'autres facteurs de risque (professionnels, environnementaux, etc.) dans la survenue de ces cancers ni le délai de latence entre l'exposition à un facteur de risque et le diagnostic de cancer. Pour les autres cancers, les disparités départementales sont moins nettes. Il s'agit, pour la plupart, de cancers dont les facteurs de risque sont moins connus.

Cette publication est le résultat d'un travail partenarial entre les registres du réseau Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'InVS et l'INCa.

## Objectif 16 Les missions des organisations sont clarifiées et la gouvernance renforcée afin d'optimiser l'efficience

### Un nouveau référentiel des missions des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) est en préparation

#### Action 16.4

L'INCa a conduit en 2015, en lien avec la DGOS, un projet d'élaboration d'un nouveau référentiel des missions des RRC. Ces travaux ont été menés en concertation avec les parties prenantes du dispositif, représentants et professionnels des RRC et 3C, en associant les ARS et le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).

Les évolutions majeures des missions des RRC portent sur les éléments suivants :

- le positionnement des RRC comme de véritables structures d'appui et d'expertise en cancérologie auprès des ARS ;
- l'intégration des missions des centres de coordination en cancérologie (3C) dans les RRC ;

- l'extension des missions des RRC aux dispositifs de coordination en oncogériatrie et en cancéropédiatrie ;
- la participation des RRC à la nouvelle procédure de labellisation de référentiels nationaux de bonne pratique en cancérologie ;
- le rôle des RRC en interface avec les cancéropôles et les GIRCI pour faciliter l'inclusion des patients dans les essais cliniques en cancérologie.

## ► LES ACTIONS EN RÉGION

Dans le cadre du partenariat instauré avec les ARS et en lien avec le Secrétariat général du ministère des Affaires sociales, deux ateliers ARS-INCa ont été organisés dédiés à l'évolution des réseaux régionaux de cancérologie et l'autre à celle des structures de gestion. Les ARS ont pu donner leur avis tant sur les propositions de missions ou de schéma cible que sur les principes de gouvernance à mettre en place pour les réseaux régionaux de cancérologie ou les structures de gestion du dépistage.

### Les Contrats d'objectifs et de performance (COP) des cancéropôles ont été signés pour la période 2015-2018

Action 16.6

Les 7 cancéropôles ont été labellisés en 2015 pour une période de 3 ans avec un financement total de 21 millions d'euros. Le programme de chacun d'eux a été formalisé au moyen d'un COP signé avec l'INCa, recentrant leurs missions et fixant des objectifs communs à tous, ainsi qu'une méthodologie pour les atteindre. Des indicateurs de suivi quantitatif et qualitatif permettent d'en suivre la mise en œuvre.

**21 millions d'euros**  
consacrés aux 7 cancéropôles  
labellisés en 2015 pour 3 ans

Afin de renforcer le pilotage des actions menées par chaque cancéropôle dans le cadre du programme, l'INCa a également créé deux comités pour assurer le suivi de ce programme : d'une part, un comité stratégique (COSTRAT) dont la mission est d'échanger sur la mise en œuvre du COP et d'assurer un suivi des actions communes ou particulières réalisées dans chaque cancéropôle ; d'autre part, un comité de pilotage (COPIL) dont la mission est la mise en œuvre opérationnelle du COP et sa gestion.

### La structuration de la recherche est consolidée via le renforcement de l'interdisciplinarité et du continuum des programmes de recherche des SIRIC

Action 16.8

En 2011 et 2012, huit SIRIC ont été labellisés pour cinq ans pour développer la recherche translationnelle sur le cancer, optimiser et accélérer la production de nouvelles connaissances, et promouvoir leur diffusion et leur application dans la pratique courante.

En 2015, à l'initiative de l'INCa, les SIRIC ont renforcé l'interdisciplinarité et le continuum de leurs programmes de recherche avec l'organisation de séminaires autour de trois

thématiques : l'intégration de la recherche en sciences humaines et sociales, l'immunologie, les essais cliniques et médecine de précision.

Par ailleurs, la structuration des SIRIC a conduit à la mise en place du groupe de travail inter-SIRIC, Groupe inter-SIRIC sur le Partage et l'Intégration des données cliniques, biologiques et génomiques (OSIRIS) sur les solutions informatiques et l'interopérabilité des systèmes, les aspects éthiques et réglementaires, l'ontologie et les référentiels. Ces travaux feront l'objet d'une publication en 2016.

Enfin, l'INCa a organisé l'évaluation à mi-parcours des SIRIC.

## Le nouveau COP de l'INCa a été signé

### Action 16.1

Le COP fixant les priorités de l'Institut pour les années 2015 à 2018 a été signé par la ministre en charge de la santé, le secrétaire d'État en charge de recherche, et la présidente de l'INCa.

Le COP s'inscrit d'une part dans les priorités du Plan cancer présenté par le président de la République le 4 février 2014, et d'autre part dans les axes de la Stratégie nationale de santé (SNS) et de la Stratégie nationale de recherche (SNR) « France Europe 2020 ».

Dans le cadre des missions qui lui sont confiées par le législateur, le COP fixe des objectifs ambitieux à l'Institut au service des patients articulés autour de 4 axes stratégiques, qui visent à :

- consolider une approche intégrée de la lutte contre le cancer : conforter l'articulation des actions de recherche, de prévention, de dépistage et d'organisation des soins, et contribuer à la lutte contre les inégalités face à la maladie ;
- conforter la qualité de l'expertise et améliorer la performance de l'Institut ;
- promouvoir une recherche de pointe au profit de tous les patients dans « une société innovante, intégrative et adaptative », conformément à la SNR.
- renforcer la démocratie sanitaire et partager les résultats de l'expertise : accroître la pertinence des actions de l'Institut par l'implication des citoyens et des professionnels dans les processus de travail de l'INCa.

Ce COP conforte les missions de l'INCa et renforce son rôle dans le pilotage du troisième Plan cancer et dans l'articulation des actions de recherche, de prévention, de dépistage et d'organisation des soins. Il s'agit de décloisonner et d'optimiser la fluidité entre les différentes structures impliquées dans la lutte contre le cancer afin de faciliter le parcours de santé de la personne.

Issu d'un travail collaboratif entre l'INCa et l'État, le COP sera suivi dans sa mise en œuvre à travers des indicateurs de performance, dont l'atteinte de la cible sera évaluée chaque année.

## **Objectif 17** La prise en charge des molécules onéreuses en établissements de soins de suite et de réadaptation et la revalorisation de la consultation de primo prescription de chimiothérapie orale contribuent à l'évolution des modes de financement

### **Des travaux ont été menés conduisant à la revalorisation de la consultation de primo prescription de chimiothérapie orale et la préparation d'un nouveau modèle de financement pour la prise en charge en soins de support**

#### Action 17.3

Le champ du cancer est marqué par de fortes évolutions qui impactent les parcours des patients et poussent les organisations et les professionnels à adapter leurs modalités d'intervention. Leur financement doit être adapté, pour permettre leur déploiement et leur réalisation dans des conditions de sécurité et qualité optimales pour les patients.

Une enquête nationale a été réalisée sur la chimiothérapie orale et les soins oncologiques par la DGOS auprès des acteurs et partenaires institutionnels en cancérologie.

Elle a permis d'identifier au plan national les freins et les leviers du développement de ces prises en charge et conduit à engager une démarche d'évolution de leur financement en deux temps : à court terme, en début d'année 2016, interviendra une revalorisation de la consultation de primo prescription de chimiothérapie orale avec la création d'une dotation MIG ad hoc, qui prendra en compte les enjeux d'information et d'observance liés à ces traitements ; dans un second temps, en cours d'année 2016, un nouveau modèle de financement sera établi pour consolider la prise en charge en soins de support et répondre à la diversification constatée de ces prestations.

### **La liste en sus pour la prise en charge des molécules onéreuses a été mise en place au sein d'établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)**

#### Action 17.7

La réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), portée par l'article 78 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2016, prévoit la création d'un financement pour les molécules onéreuses. L'objectif est de permettre aux établissements de santé de dispenser des traitements innovants. Sont particulièrement concernés les traitements intercurrents, qui sont aujourd'hui un obstacle à la prise en charge en SSR de patients atteints de pathologies chroniques (HIV, cancer par exemple) et qui, de ce fait, sont amenés à rester inutilement dans des lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

La liste des molécules qui pourront être financées en SSR comprend trois types de molécules : les molécules onéreuses du secteur de MCO pour permettre la fluidité des parcours, les traitements intercurrents dont le coût journalier est supérieur à une fraction du prix de journée moyen, ainsi que des molécules spécifiques aux soins de suite et de réadaptation (ex. toxine botulique).



## Et également en 2015 (Axe 4)

- **Mise en place du comité stratégique des registres** : le comité stratégique des registres a été mis en place en 2015. L'évaluation par le comité d'évaluation des registres des 31 registres régionaux ou nationaux, généraux ou spécifiques, qui ont antérieurement reçu un financement national a débuté en 2015 et se poursuivra en 2016 (action 15.10).
- **Constitution des comités techniques du dépistage des cancers** : trois comités techniques et de prospective ont été créés par l'INCa pour le pilotage opérationnel des programmes de dépistage des cancers (sein, côlon et rectum, col de l'utérus) et l'aide à la décision du ministère en charge de la santé dans le pilotage stratégique de ces dispositifs (action 16.2).
- **Harmonisation de la recherche** : l'INCa contribue aux travaux de la mission sur l'harmonisation de la recherche en santé confiée en 2014 par les ministères en charge de la santé et de la recherche à Aviesan. Un portail commun des appels à projets de recherche devrait être lancé (objectif 16).



# focus

## LES ACTIONS EN FAVEUR DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

Le Plan cancer consacre un axe transversal aux enfants, adolescents et jeunes adultes. En 2015, différentes actions ont mobilisé de nombreux partenaires du Plan cancer pour répondre à une prise en charge adaptée et de qualité.

### ► Évolutions organisationnelles de la prise en charge en cancéropédiatrie et soutien à la recherche

Le Plan cancer 2014-2019 encourage l'accès aux médicaments innovants, notamment en oncologie pédiatrique, et la mise en œuvre de méthodologies appropriées pour les essais cliniques incluant les enfants. De plus, pour renforcer la connaissance des mécanismes sous-jacents des cancers pédiatriques et développer des médicaments spécifiques, plusieurs tumeurs de l'enfant auront un séquençage complet de leur génome dans le cadre du programme *International Cancer Genome Consortium* (ICGC). À l'instar du programme AcSé, et via un soutien à un projet international (MAPPYACTS), un essai clinique AcSé eSMART spécifiquement dédié aux enfants et jeunes adultes a été préparé en 2015 pour être ouvert au premier semestre 2016. C'est un programme de soutien à la recherche clinique au même titre que d'autres évolutions de prise en charge.

Début 2015, l'INCa a labellisé un intergroupe coopérateur en cancérologie pédiatrique avec les objectifs, entre autres, de développer et conduire des essais thérapeutiques afin de réduire les effets secondaires des traitements, d'accélérer et d'augmenter les inclusions d'enfants et adolescents dans les essais cliniques, ainsi que de contribuer à structurer et mobiliser les chercheurs en cancérologie pédiatrique dans les programmes pluridisciplinaires, comme le prochain programme de recherche pluridisciplinaire en cancérologie pédiatrique (PAIR pédiatrique).

En 2015, 6 des 16 centres CLIP ont été labellisés par l'INCa pour leur expertise en pédiatrie. Ils prennent part au réseau européen dédié aux thérapies innovantes pour les enfants atteints de cancers (ITCC) et ont déjà tous inclus des enfants dans les essais cliniques de phase précoce. Ces centres sont labellisés pour 4 ans avec un financement de l'INCa et de la Ligue nationale contre le cancer.

Ces centres traitent à la fois les tumeurs solides et les cancers hématologiques. Ils vont également se consacrer à la médecine de précision. La labellisation et le financement des centres vont permettre aux laboratoires de collaborer avec les CLIP<sup>2</sup> pour la mise en place d'essais précoces testant des molécules innovantes.

L'expérimentation (2012-2014) de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes (AJA) réalisée par les huit équipes projets s'est achevée en avril 2015 et un rapport final a été réalisé par chaque équipe projet. Sur cette base, conformément à l'action 2.13 du Plan cancer, un cadre national sera proposé au cours du premier semestre 2016.

► **Développement de la démocratie sanitaire au sein de la cancéropédiatrie**

Un comité d'interface institutionnel rassemblant des représentants de différentes parties prenantes impliquées dans la lutte contre les cancers de l'enfant – associations, professionnels, institutions – a été mis en place par l'INCa début 2015 pour suivre la mise en œuvre des actions du Plan cancer dédiées à la cancéropédiatrie. Il est important de souligner l'apport des associations de patients et de parents qui sont très impliquées et actives. L'INCa veille à les rencontrer régulièrement et à échanger sur les résultats des actions de recherche et d'innovation destinées aux cancers pédiatriques du Plan cancer 2014-2019.

Avec le soutien de l'INCa et de l'Inserm, les registres de cancers pédiatriques ont développé une plateforme d'observation des cancers de l'enfant Hope-Epi également financée dans le cadre des investissements d'avenir.

Par ailleurs, les deux registres nationaux des cancers de l'enfant ont étendu leur enregistrement aux départements d'outre-mer et aux adolescents jusqu'à 17 ans révolus à partir de l'année d'incidence 2011. Ils pourront ainsi fournir des données relatives à l'incidence des cancers des adolescents de 15 à 17 ans et des enfants des départements d'outre-mer.

► **Prévention tertiaire et adaptation des dispositifs d'information et d'accompagnement à destination des enfants, adolescents et de leurs familles**

Dans le cadre d'une expertise scientifique (2014-2015) sur les bénéfices de l'activité physique pour les patients atteints de cancer, une partie est dédiée aux données disponibles sur les enfants, adolescents et jeunes adultes. Une publication du rapport d'état des lieux des connaissances sur les bénéfices de l'activité physique est prévue pour 2016 avec un chapitre sur les cancers pédiatriques. Ce rapport permettra de compléter les actions déjà engagées en la matière.

# focus

## LA MISE EN ŒUVRE TERRITORIALE DU PLAN CANCER 2014-2019 : DES ARS PLEINEMENT MOBILISÉES

L'ambition forte portée par le troisième Plan cancer lancé par le président de la République implique la mobilisation de tous les acteurs, sur l'ensemble du territoire.

L'articulation nationale et régionale et la mobilisation des agences régionales de santé (ARS) sont, en conséquence, des conditions clé de réussite de la mise en œuvre du Plan cancer au plus près des usagers. À cet effet, les ARS participent au pilotage du Plan cancer conduit par les ministres en charge de la santé et de la recherche via leurs représentants. Chaque ARS est responsable de la déclinaison du Plan cancer dans sa région, dans le cadre des orientations du Projet régional de santé et dans la dynamique des actions engagées lors des Plans cancer précédents.

C'est dans ce cadre que les ARS ont chacune défini une feuille de route régionale pour décliner les actions du Plan cancer sur la période 2014-2019<sup>1</sup>.

L'analyse des feuilles de route des ARS révèle leur implication dans la mise en œuvre et dans le pilotage du Plan cancer ainsi que le très haut niveau de priorité donné à la lutte contre le cancer en région.

### 1. Les ARS investissent l'ensemble du champ d'action du Plan cancer au travers de leurs feuilles de route

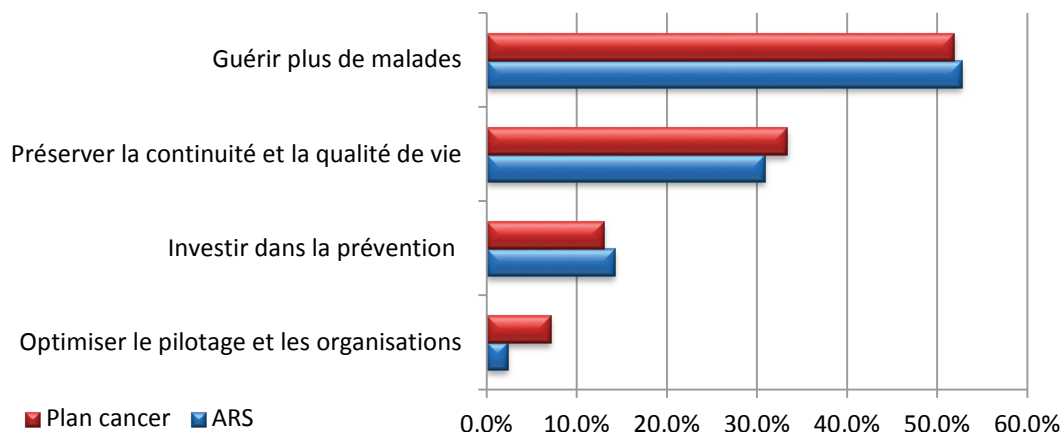
Un travail d'analyse des feuilles de route régionales a été effectué visant à évaluer l'étendue du périmètre du Plan cancer couvert par la programmation des ARS. Ce travail rend compte d'une déclinaison complète des actions au regard des quatre axes du Plan cancer bien que certains domaines aient été investis davantage que d'autres.

#### Les ARS ont décliné leurs actions sur tous les axes du Plan cancer 2014-2019

La répartition des actions programmées par les ARS reflète globalement la déclinaison en axes du Plan cancer 2014-2019. Ainsi, en miroir du Plan cancer, l'axe « guérir plus de malades » concentre la moitié des actions proposées par les ARS, l'axe « préserver la continuité et la qualité de vie » environ 30 % des actions et l'axe « investir dans la prévention » regroupe 15 % des actions (cf. figure 1).

<sup>1</sup> 53 actions en déclinaison régionale et 10 actions en co-construction, hors programme national de réduction tabagique

Figure 1. Répartition des actions du Plan cancer et des feuilles de routes selon les axes du Plan cancer



Cette approche générale masque naturellement les différences entre régions. Chaque ARS a plus ou moins investi les différents axes du Plan cancer en fonction des besoins de la région et des ressources mobilisables.

### Les ARS ont particulièrement investi certains domaines

Cette différence d'investissement s'explique en partie par le fait que les thématiques plus largement portées par le Plan cancer, et donc globalement les plus investies par les ARS, s'inscrivent souvent dans la continuité de programmes déjà engagés dans les régions. L'existence d'un programme régional antérieur sur le champ du cancer ou d'autres politiques (programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, programme régional décliné du Plan national nutrition santé...) facilite une certaine synergie dans les démarches initiées au sein de l'ARS. Par ailleurs, les régions s'approprient les démarches ou outils portés au niveau national tels que le dossier communicant en cancérologie (DCC) ou le parcours personnalisé de soins (PPS).

Le quatrième axe du Plan cancer « optimiser le pilotage et les organisations » comprend notamment des objectifs relevant du niveau central (portant sur le financement et la tarification par exemple), ainsi que des actions de structuration des organisations en cancérologie nécessitant un cadrage des orientations nationales préalable à leur déclinaison en région.

## 2. Des actions programmées par les ARS qui témoignent du dynamisme des régions

Les actions décrites sont issues de feuilles de route qui sont des documents non exhaustifs à visée programmatique. Cela ne présage pas des actions réellement mises en œuvre et n'ayant pas fait l'objet de description. Ces actions sont citées en conséquence à titre d'exemples, d'initiatives ou de démarches relevantes conduites par les acteurs en région avec leurs partenaires (notamment par les structures de gestion du dépistage, les réseaux régionaux de cancérologie).

### Axe 1. Guérir plus de personnes malades

#### Favoriser des diagnostics plus précoces

- Mettre en place des formations-actions régionales de femmes relais pour relayer la sensibilisation au dépistage des cancers (dépistage organisé du cancer du sein) en direction des

femmes en précarité (partenariat avec IREPS<sup>2</sup>) (Picardie) ; cycle de réunions d'information des populations éloignées du système de santé, animé par l'ARS, les coordonnateurs de territoires et les associations (Haute-Normandie).

- Favoriser l'accès au dépistage des femmes les plus éloignées du dépistage en organisant la prise en charge des frais de transport pour une mammographie à Cayenne (Guyane) et lutter contre les inégalités d'accès et de recours (Martinique).
- Réaliser des états des lieux de l'accès au dépistage organisé du cancer du sein des personnes handicapées dans les établissements sociaux et médico-sociaux (Franche-Comté).
- Réaliser des actions de sensibilisation adaptées aux personnes en situation de handicap au sein des Comités locaux d'accompagnement aux dépistages (CLAD) (Nord-Pas-de-Calais) et actions de formation en direction des travailleurs sociaux et paramédicaux (Auvergne).
- Faciliter l'accès au dépistage des personnes détenues en sensibilisant les équipes des Unités de consultations et de soins ambulatoires (Océan Indien) ou en travaillant sur les territoires prioritaires de la politique de la ville (La Réunion).

#### Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge

- Mettre en service une plateforme d'information en cancérologie pour les médecins généralistes visant notamment à renforcer la diffusion des bonnes pratiques en ambulatoire (PACA, Corse).
- Mettre en service un numéro de téléphone dédié au sein d'un centre de coordination en cancérologie (3C) pour les médecins traitants afin de leur permettre un accès facilité dans le suivi de leurs patients (Guadeloupe).
- Élaborer un projet de service régional d'information en santé sous forme de site internet, destiné aux professionnels de santé et au grand public (Ile-de-France).
- Généraliser la mise en place d'un numéro d'appel unique dédié aux médecins généralistes pour tout patient atteint de cancer permettant le suivi et l'orientation des patients (Limousin, Haute-Normandie...).
- Créer une plateforme régionale d'appels (ONCOTEL) visant à faciliter la coordination ville-hôpital (Franche-Comté).
- Développer des applications smartphone pour permettre au médecin traitant de connaître l'accessibilité des consultations sur la base d'un annuaire tenu à jour et partagé (données issues du répertoire opérationnel des ressources, ROR) (Haute-Normandie).

#### Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques

##### Chimiothérapies orales

- Organiser des réunions d'information des patients sur les chimiothérapies orales (Limousin).
- Créer et mettre en service un système d'information web partagé et multicentrique dédié aux bonnes pratiques de la chimiothérapie accessible par l'hôpital et par l'ambulatoire<sup>3</sup> ; accès aux fiches d'aide à la dispensation/effets secondaires (Franche-Comté).
- Créer un outil de e-learning relatif aux bonnes pratiques de chimiothérapies orales à destination des professionnels (Bourgogne).
- Réaliser une étude d'un modèle d'organisation par le réseau régional de cancérologie (RRC) sur la chimiothérapie orale ; projet de plateforme d'information (Ile-de-France).
- Mettre en place un projet de télésurveillance des effets secondaires des chimiothérapies orales en partenariat avec les départements d'outre-mer (Limousin).
- Créer un centre dédié à la dispensation des chimiothérapies orales au sein d'un CHU (Limousin, Ile-de-France).
- Mettre en place une hotline dédiée aux questions relatives aux chimiothérapies orales (Poitou-Charentes).

<sup>2</sup> Instance régionale d'éducation et de promotion pour la santé

<sup>3</sup> Ce service permet l'accès aux prescriptions pour le pharmacien de ville qui reçoit un SMS dès qu'une ordonnance est disponible.

### Chirurgie ambulatoire

- Élaborer un projet régional en partenariat avec un établissement pilote de chirurgie ambulatoire cancer du sein en partenariat avec l'Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA) (Alsace).
- Inclure des objectifs dédiés à la chirurgie ambulatoire dans les CPOM des établissements (Aquitaine, Centre, Pays de la Loire, Nord-Pas-de-Calais...).
- Créer en partenariat avec le centre de lutte contre le cancer, un film et d'un prix « innovation hospitalière chirurgie ambulatoire » pour motiver et mettre en valeur le travail des professionnels de santé qui s'investissent dans les prises en charges ambulatoires (Bourgogne).

### Radiologie

- Lancer une réflexion sur la création d'un plateau technique unique dédié à la radiologie interventionnelle (Poitou-Charentes).
- Créer une fédération interhospitalière de radiologie : mise en commun de moyens et élaboration d'un projet commun entre les différents acteurs de la radiologie hospitalière (Franche-Comté, Pays de la Loire).

### Télé médecine

- Mettre en œuvre une plateforme régionale de télé médecine (téléchimio, télépathologie) (Ile-de-France), projet de télépathologie (double lecture) (Franche-Comté).
- Mettre en place des projets de télé-expertise et téléconsultation (en dermatologie) entre le centre hospitalier intercommunal et 4 maisons de santé pluridisciplinaires (Picardie) ; télédermatologie en EPHAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées indépendantes) (Limousin), télé-expertise dermatologie et oncogénétique (Bourgogne).

### **Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients**

- Créer un registre régional des essais cliniques et site internet (Bourgogne).

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

### **Assurer des prises en charge globales et personnalisées**

#### Soins oncologiques de support (SOS)

- Débuter une réflexion sur une définition du périmètre des SOS et état des lieux de l'offre par chaque 3C ou via le RRC (Aquitaine, Rhône-Alpes...).
- Mettre en place un groupe de travail thématique au niveau régional avec des professionnels des SOS et mettre en place une large gamme de SOS (incluant notamment l'oncosexualité) et mise en place de groupes de travail dédiés (nutrition...) (Franche-Comté).
- Expérimenter au niveau régional une Réunion de concertation pluridisciplinaire rassemblant les professionnels de santé en cancérologie et soins palliatifs (Champagne-Ardenne).

#### Éducation thérapeutique du patient (ETP)

- Élaborer une stratégie régionale ETP visant à promouvoir ce type de prise en charge des patients (Alsace).
- Créer une plateforme régionale de renforcement des compétences en ETP à disposition des professionnels (outils, supports d'information, formations...) ou site web dédié (EPHORA) (Alsace, Rhône-Alpes).
- Créer une plateforme régionale d'éducation thérapeutique du patient à visée ambulatoire également accessible aux patients (Franche Comté).
- Développer des programmes d'ETP en collaboration avec les associations de patients (Limousin).
- Intégrer un volet ETP dans le programme personnalisé de soins (Poitou-Charentes).



#### Fluidifier et adapter les parcours de santé

- Élaborer et organiser des formations pour les professionnels du premier recours (médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux) pour leur faire connaître l'organisation territoriale, les missions du réseau régional de cancérologie (RRC) et des associations (Limousin).
- Mettre en place un groupe de travail régional dédié à la promotion du renforcement de la liaison ville-hôpital (visant notamment à initier des outils des formations...) (Franche-Comté).
- Élaborer une stratégie de rapprochement entre le ou les 3C et les plateformes territoriales de coordination (Limousin).
- Mettre en service l'envoi aux médecins traitants des recommandations et informations sur les traitements via les fiches RCP adressées par le 3C (Aquitaine).

### Axe 3. Investir dans la prévention et la recherche

#### Lutter contre le tabagisme

- Prévention du tabagisme : élaborer une convention entre l'Université de médecine et les structures de gestion du dépistage visant à mettre à disposition des étudiants en médecine volontaire pour servir de personnes relais d'information sur les risques liés à la consommation de tabac auprès des jeunes publics (Limousin).
- Prendre en charge financièrement des traitements nicotiques de substitution (TNS) (Aquitaine, Ile-de-France).

#### Réduire son risque de cancer

- Élaborer un plan de lutte contre les addictions avec la commission de coordination des politiques publiques (PACA).
- Former les professionnels de santé au repérage des addictions, en particulier pour les jeunes admis aux urgences en état d'intoxication éthylique (Bretagne) ; élaborer un programme pluriannuel de formation des médecins généralistes en partenariat avec les structures de gestion du dépistage et les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) (PACA).

## 3. La forte implication des ARS se traduit également par leur mobilisation dans le pilotage du Plan cancer en relation avec les acteurs nationaux

La mobilisation des ARS a été portée au travers de différents temps d'échanges entre les institutions nationales et régionales. En effet, afin d'accompagner les ARS et de les associer au pilotage et à la mise en œuvre du Plan cancer, une organisation a été définie entre le SGMAS et les directeurs généraux des ARS, avec l'INCa et les directeurs d'administration centrale, DGS (Direction générale de la santé), DGOS et DGCS (Direction générale de la cohésion sociale). Dans ce cadre, et en lien avec le SGMAS, l'INCa anime les relations avec les ARS au titre de sa mission de coordination des actions de lutte contre les cancers et de son rôle de pilotage général du Plan cancer 2014-2019.

Un groupe composé de 6 ARS volontaires<sup>4</sup> a été constitué pour assurer une interface nationale/régionale dans le pilotage et la mise en œuvre du Plan cancer.

Cette animation s'appuie sur différents temps d'échange :

- deux journées annuelles d'échanges de pratiques et d'information avec les référents en charge du cancer dans les ARS dont le programme est défini conjointement entre le SGMAS, l'INCa, le

<sup>4</sup> ARS des régions Corse, Bourgogne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Réunion-Océan indien.

groupe d'interface des ARS, les directions d'administration centrale (santé, affaires sociales, travail, recherche....) et les autres institutions responsables des actions du Plan cancer ;

- des réunions avec le groupe d'interface des ARS ou des ateliers thématiques auxquels est convié systématiquement le SGMAS, permettant aux institutions nationales et aux ARS d'échanger sur les actions du Plan cancer 2014-2019 en co-construction et d'assurer un suivi fonctionnel des relations entre les ARS et l'INCa, Ainsi au second semestre 2015, deux ateliers ont été organisés afin de permettre les échanges sur l'organisation des structures en cancérologie, l'un concernant les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), le second, les structures de gestion des dépistages organisés des cancers. Des propositions d'organisation ont été débattues et ont permis de tenir compte de l'expérience des ARS ;
- des journées *métiers* organisées par l'INCa et/ou les directions d'administration centrale (DGOS, DGS) avec les structures de la cancérologie, notamment les RRC, les structures de gestion du dépistage, avec la participation des ARS.

Enfin, trois visites de l'INCa en région (Centre, Bourgogne, Corse) ont permis une rencontre des équipes de l'ARS et les acteurs de la cancérologie. Ces visites ont pour objectif une meilleure prise en compte des spécificités locales dans la définition et la mise en œuvre des actions relatives au Plan cancer 2014-2019.

# TABLEAUX DE BORD DE SUIVI DES ACTIONS DU PLAN CANCER



Les tableaux de suivi donnent l'état d'avancement de toutes les actions au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il est calculé en fonction du respect du calendrier des jalons qui composent chaque action selon la méthodologie suivante :

Règles	État de l'action
S'il n'y a pas de jalon en retard et qu'au moins un jalon est "En cours"	Planning respecté
Si le jalon est « En cours » avec une date de fin dépassée de moins de 3 mois, ou si l'action est prévue le 01/01/2016 et n'a pas encore débutée	Retard de moins de 3 mois
Si le jalon est « En cours » avec une date de fin dépassée entre plus de 3 mois et 9 mois	Retard de 3 à 9 mois
Si le jalon est « En cours » avec une date de fin dépassée de plus de 9 mois	Retard de plus de 9 mois
Si <u>tous</u> les jalons programmés sont "Terminés"	Achevée
Si l'action n'a pas de jalons car elle est mise en place dans le cadre d'une autre action	Mise en œuvre dans le cadre de l'action X.X

Le bilan de l'année 2015 fait apparaître sur les 208 actions du Plan :

- 16 actions achevées
- 81 actions qui respectent le planning prévu
- 51 actions qui ont un retard de moins de 3 mois
- 33 actions qui ont un retard de 3 à 9 mois
- 14 actions qui ont un retard de plus de 9 mois
- 13 actions mises en place dans le cadre d'autres actions

Il convient de rappeler que l'avancement global du Plan est mesuré de manière objective en fonction de la date de fin des jalons. Dès lors que la date est passée, un retard s'affiche. Cette méthode permet une transparence sur l'avancement du Plan, mais ne permet pas de distinguer les retards structurels des retards conjoncturels. Ainsi, l'INCa, en tant que pilote du Plan pour le compte du comité de pilotage, mène un travail d'analyse pour identifier les retards structurels, qui traduisent des difficultés d'avancement, par rapport aux retards conjoncturels. Cette analyse fait ressortir que de nombreuses actions ont été impactées par des facteurs extérieurs, soit en raison du glissement de calendrier lié à l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé, soit pour d'autres raisons conjoncturelles, mais qui ne mettront pas en difficulté l'action à moyen terme.

Ce rapport inclut une synthèse de l'état d'avancement des actions, triée par retard et par pilote, ainsi que des tableaux de bord de suivi exhaustifs. Tous les jalons y figurent dès lors que l'action affiche un retard. Des commentaires portent des précisions sur l'état d'avancement des actions et notamment les jalons en retard. Par ailleurs, les indicateurs de résultats et d'impact figurent au début de chaque objectif et ne sont présentés que ceux ayant une périodicité annuelle ou biennale. La mise à disposition des indicateurs dépend de la fréquence de production de chaque indicateur et de la période étudiée. Dans le cadre du rapport au Président de la République, le choix de ne présenter que les indicateurs d'impact ou de résultats ayant une périodicité annuelle ou biennale a été fait. Il est apparu peu opportun de présenter et répéter à l'identique chaque année les indicateurs dont la périodicité est a minima triennale.

Ce traitement des annexes fait l'objet de deux documents, l'un synthétisant l'état d'avancement des actions et l'autre relatant en détail le suivi de ces actions.

## Synthèse de l'état d'avancement des actions du Plan cancer 2014-2019 au 1 janvier 2016

État calculé	Pilote	N°	Nom de l'action
Achevée	DGCS	7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.
		7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.
		7.10	Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.
	DGOS	5.10	Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.
	DGOS; DGS; DGRI	16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.
	DGS	10.6	Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants ;
		16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.
	DSS	5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.
		9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.
		9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».
		9.15	Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé.
	HAS	3.5	Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.
	INCa	3.9	Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques de radiologie interventionnelle par les établissements pilotes.
		11.12	Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.
		15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.
		15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.
<b>16</b>			
État calculé	Pilote	N°	Nom de l'action
Planning respecté	ABM	2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.
	Aviesan	5.1	Optimiser l'organisation de la recherche translationnelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.
		6.7	Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins
		13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en cancérologie
	CEPS	5.9	Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.
	CNSA	9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade
	DGCS	7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.
	DGEFP	9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.

Planning respecté	DGOS	3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.
		3.11	Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.
		7.11	Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.
Planning respecté	DGS	10.1	Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler ;
		10.2	Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE ;
		10.3	Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente ;
		10.4	Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.
		10.5	Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans ;
		10.7	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.
		10.8	Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs :
		10.9	Restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.
		10.10	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.
		10.11	Montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs ;
		10.12	Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac ;
		10.13	Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service ;
		10.14	Développer le « e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés).
		10.15	Impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique ;
		10.16	développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie ;
		10.17	Améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer ;
		10.18	Élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).
		10.19	Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs ;
		10.20	Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.
		10.21	Élaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.

Planning respecté	DGS	10.22	Étudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique.
		10.23	Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte ;
		10.24	Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.
		11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.
		11.7	Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.
	DGT	12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.
	DSS	9.10	Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.
		9.14	Harmoniser les questionnaires de santé par pathologie.
		9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.
	INCa	1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée (cancer du col de l'utérus) une prise en charge adaptée.
		1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.
		1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.
		2.1	Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.
		2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.
		2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.
		2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifient.
		2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.
		2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.
		2.22	Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.
		3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.
3.3		Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.	
4.7		Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.	
5.6		Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.	
6.1		Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.	
6.4	Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.		



Planning respecté	INCa	7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.
		7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.
		7.3	Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.
		7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.
		7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.
		8.3	Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.
		8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.
		9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.
		11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.
		12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérigènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).
		14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.
		14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.
		15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.
		15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.
		16.6	Recentrer les missions des cancéropôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).
		16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.
		16.9	Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.
		16.10	Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.
		16.11	Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les États-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.
			INCa; ITMO cancer
13.1	Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.		
13.2	Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d'excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).		
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.		

Planning respecté	INVS	12.5	Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.	
	LNCC (Ligue)	7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	
		<b>81</b>		
<b>État calculé</b>	<b>Pilote</b>	<b>N°</b>	<b>Nom de l'action</b>	
Retard (moins de 3 mois)	ANSM	5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.	
	CISS	14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.	
	DGEC	12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.	
	DGESCO	9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.	
	DGESIP	4.6	Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocytopathologie.	
		13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.	
	DGOS	2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	
		2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.	
		2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.	
		2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.	
		3.8	Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés et identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire	
		3.12	Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.	
		3.14	Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque de radiothérapie, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.	
		3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.	
		3.16	Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie)	
		4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.	
	DGS	7.7	Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.	
		17.3	Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.	
			17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».
		DGS	1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.

Retard (moins de 3 mois)	DGS	1.2	Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.
		11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.
		11.8	Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination.
		12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.
	DGT	9.5	Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.
		9.7	Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.
		12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérigènes (biologiques, physiques, chimiques).
	DSSIS	2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.
	INCa	1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.
		1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.
		2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.
		2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.
		2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.
6.2		Conforter l'accès aux tests moléculaires.	
6.3		Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.	
8.2		Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.	
8.6		Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	
11.3		Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.	
15.3		Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.	
15.4		Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	
15.7		Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.	
15.9		Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	
16.2		Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.	
16.7	À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.		

Retard (moins de 3 mois)	INCa	17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.
	INCa; ITMO cancer	5.3	Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP2) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.
		6.6	Intégrer les études génomiques des cancers dans une vision scientifique globale de l'hétérogénéité des tumeurs et de leurs relations avec le stroma et le système immunitaire
		17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.
	INPES	11.6	Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.
	INVS	12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.
	LNCC (Ligue)	5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.
			<b>51</b>
<b>État calculé</b>	<b>Pilote</b>	<b>N°</b>	<b>Nom de l'action</b>
Retard (de 3 à 9 mois)	ABM	8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité
	ASIP	15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.
	ASN	12.7	Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.
	Aviesan	6.5	Générer et comprendre les grandes données.
	DGEFP	9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.
	DGESCO	9.2	Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant.
		11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.
	DGESIP	2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.
		4.4	Améliorer la formation diplômante des médecins cancérologues.
		9.3	Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.
	DGOS	2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.
		2.21	Développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.
		3.6	Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
		7.4	Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.
		16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.
17.7		Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.	

Retard (de 3 à 9 mois)	DGOS; DGESIP	4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.
		4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.
	DGS	8.4	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.
		11.1	Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre de l'alcool.
		11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.
	DSS	9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).
	Fondation ARC	8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.
	HAS; ANSM	5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.
	INCa	1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.
		1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.
2.20		Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital. (en lien avec l'action 7.3)	
7.6		Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.	
9.18		Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.	
15.10		Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	
16.4		Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.	
ITMO Technologies pour la santé		5.13	Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.
SGMAS	7.5	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	
<b>33</b>			
<b>État calculé</b>	<b>Pilote</b>	<b>N°</b>	<b>Nom de l'action</b>
Retard (plus de 9 mois)	CEPS	5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.
	CNAMTS	9.12	Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.
	DGOS	3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.
		3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.
		5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.

Retard (plus de 9 mois)	DGOS; DGESIP	4.1	Créer le métier d'infirmier clinicien et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.
	DGS	11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.
		12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.
	INCa	1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.
		2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.
		7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.
		11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.
		14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.
		14.3	Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.
			<b>14</b>

État calculé	Pilote	N°	Nom de l'action
Actions mises en œuvre dans le cadre d'autres actions	DGOS	3.10	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.8.
		3.13	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie prenant en compte le nombre de séances, mais aussi d'autres critères pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
		17.1	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 3.10 et 3.8.
		17.2	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
		17.5	Engager, dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière et dans le cadre des travaux sur les nouveaux modes de rémunération dans le cadre conventionnel, une réflexion sur une évolution des modes de financement apte à garantir un parcours fluide et sûr (notamment entre ville et hôpital) et une prise en charge globale (intégrant les soins de support) dans le champ du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.
		17.8	Accélérer en lien avec les travaux issus du contrat de filière des industries de santé le processus de tarification des actes et traitements innovants validés en pratique clinique afin de permettre le redéploiement des financements d'initiation de l'INCa et de la DGOS vers des actes et dispositifs émergents : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.
		17.9	Favoriser grâce au suivi de la qualité des pratiques cliniques, à des critères d'agrément exigeants et aux recommandations de bonne pratique la pertinence des actes et la focalisation des moyens sur les prises en charge conformes aux standards : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 1.10, 2.4, 2.6 et 2.7.

Actions mises en œuvre dans le cadre d'autres actions	<b>INCa</b>	1.8	Encourager la mise en place d'organisations territoriales, de coopération entre les différents acteurs et d'approches de dépistage réduisant les inégalités d'accès : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 16.4 et 16.5.
		2.18	Intégrer dans les travaux du CORETAH une réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD afin d'assurer la continuité des traitements du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 17.5 et 17.7.
		11.13	Améliorer la connaissance des perceptions et des comportements vis-à-vis des facteurs de risque de cancers : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 9.17.
		17.4	Redéfinir les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant et de la valeur ajoutée d'une molécule permettant d'accélérer l'accès des patients aux réelles innovations : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.
		17.10	Contribuer, grâce aux campagnes d'information sur les dépistages organisés des cancers, à la réduction des actes de dépistage inopportuns par leur nature ou leur fréquence : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.
		17.11	Maintenir le principe d'appels à projets libres et compétitifs comme principale modalité de sélection des projets de recherche sur le cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.
		<b>13</b>	
Nombre :		208	

## État d'avancement des actions du Plan cancer 2014-2019 au 1 janvier 2016

### I. GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

#### O 1 : FAVORISER DES DIAGNOSTICS PLUS PRÉCOCES

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Taux de couverture du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein des femmes de 50-74 ans Source : Échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM)	Taux de couverture période 2011-2012 57,98 %	14/12/15	75 % 31/12/18
Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin des femmes âgées de 25 à 65 ans dans les 3 dernières années Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM)	Taux de participation pour les années 2011-2013 51,28 %	31/12/13	80 % 31/12/18
Taux de Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 2 doses chez les femmes de 19 ans révolus Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM)	1 dose en 2014 54 %	31/12/14	60 % 31/12/18
	3 doses en 2014 40,1 %	31/12/14	60 % 31/12/18
Taux de Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 2 doses chez les jeunes filles de 15 ans révolus Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM)	1 dose en 2014 27,17 %	31/12/14	60 % 31/12/18
	3 doses en 2014 16,94 %	31/12/14	60 % 31/12/18
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des personnes de 50-74 ans Source : Bases de données des structures de gestion des dépistages organisés de cancers, niveau départemental	Taux de participation période 2013-2014. Données incomplètes en raison d'un arrêt anticipé des invitations 29,79 %	31/12/14	65 % 31/12/18

#### Sous objectif : Faire reculer les inégalités face au cancer du col utérin et réduire son incidence

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.	DGS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Présentation du calendrier de mise en œuvre de la généralisation du dépistage du CCU au comité stratégique des dépistages des cancers par la DGS	01/06/14	Terminé
	Lancement de l'étude médico-économique sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'INCa	01/10/14	Terminé
	Remise du rapport d'analyse économique sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus (INCa)	01/03/15	Terminé
	Déclinaison dans les contrats locaux de santé, signés par les ARS, de l'objectif de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Note de proposition d'options stratégiques au cabinet (DGS)	31/12/15	Terminé



Commentaire : L'état d'avancement de cette action est associé à la mise en œuvre de l'action 1.7. La déclinaison plus spécifique du DO CCU interviendra dans un second temps après la phase de généralisation nationale.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.2	Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.	DGS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Prise en charge du vaccin à 65 % par la CNAMTS et diversification des lieux de vaccination (CDAG - CIDDIST)	31/12/14	Terminé
	Texte normatif pour moderniser les centres de vaccination	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	<p>Commentaire : La prise en charge des vaccins pratiqués en centres de vaccination publics par l'assurance maladie a été votée en LFSS 2015 (article 49). Cet article est appliqué depuis le 1er janvier 2016. Une réflexion sur la mise en œuvre de cet article a débuté en mai en lien avec la DSS et la CNAMTS. Pour la diversification des lieux de vaccination, il faut attendre l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé.</p> <p>Le jalon relatif aux études en SHS et épidémiologie descriptive sur l'acceptabilité de la vaccination en milieu scolaire a commencé le 28 avril 2015.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée (cancer du col de l'utérus) une prise en charge adaptée.	INCa	Planning respecté
	<p>Commentaire : Les recommandations professionnelles portant sur la conduite à tenir devant une femme ayant un frottis cervico-utérin anormal sont en cours d'élaboration selon le planning. Après publication de la note de cadrage et constitution du groupe d'experts, l'analyse de la littérature a été réalisée et le groupe de travail s'est déjà réuni à plusieurs reprises.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.	INCa	Planning respecté

### Sous objectif : Réduire la mortalité et la lourdeur des traitements du cancer du sein et du cancer colorectal grâce aux dépistages

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.	INCa	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Mise à jour des recommandations sur le dépistage des femmes à risque très élevé (BRCA1-BRCA2)	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	<p>Commentaire : Les travaux sur la mise à jour des recommandations sur le dépistage des femmes à risque très élevé (BRCA1-BRCA2) et leur publication sont d'ores et déjà prévus pour septembre 2016.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.	INCa	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Enquête sur la performance des mammographies dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein (INCa)	31/12/14	Terminé
	Utilisation du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal	15/03/15	Terminé
	Lancement des sites pilotes de dématérialisation des mammographies (seconde lecture, mammobile) (INCa)	01/07/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
<p>Commentaire : Un appel à projets portant sur des expérimentations et sur l'évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique a été lancé par l'INCa début 2016 pour une sélection des projets au premier semestre.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Publication des préconisations en matière de géocodage (INCa)	31/10/14	Terminé
	Colloque recherche interventionnelle (INCa)	30/11/14	Terminé
	Lancement AAP dépistage ciblé lutte contre les inégalités (information, modalité d'organisation, interventions, équipes mobiles...) (INCa)	30/06/15	Terminé
	Déclinaison dans les contrats locaux de santé, signés par les ARS, de l'objectif de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Lancement AAP recherche interventionnelle sur les actions de luttes contre les inégalités (INCa)	31/12/15	Terminé
	Mise en oeuvre du contrat responsable par les assurances complémentaires en application de la stratégie nationale de santé (UNOCAM)	31/12/15	Terminé
<p>Commentaire : Le rapport sur le géocodage des bases de données des programmes nationaux de dépistage organisé est en cours de diffusion auprès des pilotes des programmes et les préconisations seront intégrées dans la réflexion sur le nouveau système d'information des programmes de dépistage organisé qui sera initiée en 2016. L'appel à projets sur le dépistage des cancers a intégré un axe sur les inégalités face au dépistage organisé (résultats publiés en juillet 2015). Les contrats locaux de santé (CLS) mis en œuvre par les ARS ont presque tous un objectif de lutte contre les inégalités face au dépistage organisé des cancers. Les CLS les plus anciens, qui n'intègrent pas à ce jour cet objectif, seront complétés dans les mois à venir pour tenir compte de cette priorité. Les contrats responsables sont déployés par les assurances complémentaires.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.8	Encourager la mise en place d'organisations territoriales, de coopération entre les différents acteurs et d'approches de dépistage réduisant les inégalités d'accès : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 16.4 et 16.5.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre des actions 16.4 et 16.5.

**Sous objectif : Permettre à chacun de mieux comprendre les enjeux des dépistages**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : Une campagne sur le dépistage du cancer du col de l'utérus a été diffusée en radio et sur le web en janvier 2015 vers les "sous-participantes" (femmes de plus de 50 ans, femmes de catégories socioprofessionnelles moins favorisées ou femmes des DOM). Le rapport médico-économique réalisé par le pôle santé publique à l'automne 2015 permet de donner, pour la campagne prévue en janvier 2016, une orientation plus marquée vers les femmes de 45-65 ans, classe d'âge dont la participation est la plus faible.</p> <p>Afin d'accompagner le passage au test immunologique, un dispositif d'information très complet sur le dépistage du cancer colorectal a été diffusé dès mars vers les professionnels de santé (salons, emailings, documents d'aide à la pratique) et en mai vers le grand public (campagne tv et radio, affichettes, dépliants...). Une deuxième vague sur le web et via des emailings adressés à 5 millions de contacts a également été diffusée en novembre. L'évaluation de la campagne montre une très bonne mémorisation de cette campagne et une valeur incitative forte.</p> <p>Sur le dépistage du cancer du sein, l'INCa a poursuivi une démarche d'information destinée aux femmes de 50-74 ans mais également aux femmes présentant des risques particuliers, via une campagne web. Octobre Rose a été l'occasion de lancer une concertation citoyenne et scientifique sur ce dépistage, qui doit permettre d'améliorer ce dispositif.</p> <p>Enfin, les dispositifs d'information ont intégré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des outils accessibles à l'ensemble des femmes, dans des formats illustrés et traduits afin de toucher les populations d'origine étrangère ou moins à l'aise avec l'écrit, outils diffusés via des canaux adaptés</li> <li>- des démarches innovantes, ciblées et géolocalisées sur le web afin de toucher très directement les personnes concernées par les dépistages, notamment celles y ayant peu recours.</li> </ul>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.	INCa	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Publication des rapports sur le dépistage et la prise en charge du cancer de la prostate (INCa)	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Diffusion d'outils d'information sur le dépistage du cancer de la prostate (professionnels et grand public) (INCa)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Evaluation et analyse des pratiques en matière de dépistage (frottis/mammographie/PSA) (enquêtes / SNIIRAM) T0	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Recommandations sur l'extension du DO cancer du sein à d'autres tranches d'âge (HAS)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Le rapport sur le dépistage et la prise en charge du cancer de la prostate a été validé. Des outils d'information à destination des hommes et des médecins ont depuis été élaborés et validés en collaboration avec l'Assurance maladie. La publication de l'ensemble de ces documents est prévue pour début 2016.</p>			

### Sous objectif : Identifier de nouvelles opportunités de diagnostics précoces

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.	INCa	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Note de positionnement sur l'utilisation de la tomosynthèse en dépistage organisé (INCa)	30/06/14	Terminé
Protocole européen de contrôle qualité tomosynthèse (EUREF)	30/06/15	Terminé
Appel à projet sur les expérimentations relatives au dépistage du cancer du poumon et à la tomosynthèse (INCa)	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Concernant le dépistage du cancer du poumon par scanner spiralé à faible dose, des projets ont été déposés dans le cadre du PNRT. L'avis de la HAS sur l'opportunité ou non de mettre en œuvre un dépistage organisé sur le sujet est en cours de finalisation.</p> <p>Concernant la tomosynthèse, les données disponibles jusqu'à présent ne permettaient pas de finaliser un cahier des charges pour des expérimentations. Son élaboration est décalée en 2016.</p>		

## O 2 : GARANTIR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible	
<p>Délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension</p> <p>Source : Centres identifiés dans la base du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) comme disposant d'un équipement IRM une année donnée</p>	Cancer de la Prostate			
	26 jours	01/12/15	20 jours	31/12/18
	Cancer de l'Utérus			
	28 jours	01/12/15	20 jours	31/12/18
	Cancer du Sein			
	25 jours	01/12/15	20 jours	31/12/18
<p>Proportion de patients adultes présentés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire de recours « sarcomes » au moment du diagnostic</p> <p>Source : Numérateur : Bases de données nationales des réseaux nationaux cliniques pour sarcomes de l'adulte (NETSARC et RESOS) Dénominateur : Base de données nationale du réseau national anatomopathologique pour sarcomes de l'adulte (RRePS)</p>	78,11 %	31/12/14	100 %	31/12/18
<p>Proportion de patients ayant un dossier communiquant de cancérologie</p> <p>Source : Numérateur : À terme, issu du DCC et de ses collecteurs Dénominateur : PMSI : ATIH</p>			100 %	31/12/18
<p>Proportion de patients enregistrés dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire</p> <p>Source : Numérateur : Enquête du dossier communicant de cancérologie (INCa). Dénominateur : PMSI (MCO et fichiers FichComp et RSFA) et SNIIR-AM</p>			100 %	31/12/18

### Sous objectif : Réduire les délais entraînant des pertes de chance

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.1	Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.	INCa	Planning respecté
	<p>Commentaire : La définition d'un nouveau référentiel de missions des RRC (travaux nationaux DGOS/INCa en voie de finalisation) prend en compte le besoin de rendre lisible l'offre de prise en charge en cancérologie afin de faciliter l'orientation des patients dès la suspicion de diagnostic.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
1ère Réunion de cadrage DGOS-HAS-INCa sur la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie (IQSS) cf. action 2.4	11/07/14	Terminé
Etat des lieux des recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles disponibles spécifiques en cancérologie	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Les travaux relatifs à l'élaboration d'indicateurs de délais de prise en charge passent par une étape d'état des lieux par l'INCa des recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles, qui n'a pas démarré et est sollicitée pour l'année 2016. Enfin, la définition d'un nouveau référentiel de missions des RRC (travaux nationaux DGOS/INCa en voie de finalisation) prend en compte l'enjeu des délais de prise en charge et la nécessité de conduire des travaux régionaux visant à suivre ces délais, à repérer les points de rupture des parcours et à proposer des voies d'amélioration.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.	DGOS	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Identification des axes d'amélioration de la pertinence des actes en imagerie (groupe national DGOS/HAS/CNAMTS/ASN)	30/03/15	Terminé
	Bilan de l'offre IRM avec comparaison internationale et production d'outils de pilotage du parc (HAS)	30/06/15	Abandonné
	Etat des lieux de l'offre de TEP (HAS)	30/06/15	Terminé
	Etude de faisabilité pour intégrer les délais aux indicateurs qualité des établissements autorisés au traitement du cancer (HAS)	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Délégation d'une aide financière à l'acquisition d'équipements IRM pour ajuster le maillage territorial (DGOS)	31/12/15	Terminé
	Mise en œuvre du plan d'action sur la pertinence des actes en imagerie	31/12/15	Terminé
<p>Commentaire : La politique conduite par la DGOS en faveur du renforcement des équipements IRM et l'optimisation de leur fonctionnement s'est traduite par deux actions principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une aide financière a été apportée aux 8 régions les moins bien dotées en équipements IRM afin de permettre l'installation de machines supplémentaires et la rénovation du parc existant. Ce soutien financier, apporté par le biais des circulaires budgétaires des 22 et 26 avril 2015, s'élève à un total de 15 millions d'euros.</li> <li>- la DGOS a mené en 2015 dans le cadre d'un travail concerté avec les ARS, une réflexion sur la structuration de l'offre en imagerie médicale. L'objectif est d'apporter aux acteurs régionaux des outils concrets dans leur démarche d'évaluation des besoins, de définition d'organisation optimale et de régulation de l'activité. Ces outils doivent être mis à la disposition des ARS au cours du 1er semestre 2016. Cette réflexion alimentera l'élaboration prochaine des projets régionaux de santé ainsi que l'évolution du régime d'autorisation des activités et des équipements lourds;</li> </ul> <p>Concernant le suivi des délais de rendez-vous, la première étape est de redéfinir les objectifs stratégiques associés. A ce stade de la réflexion, le suivi des délais constituerait un indicateur de pilotage pour les centres d'imagerie (suivi hebdomadaire pour optimiser la planification et la programmation des rendez-vous et pour les ARS (suivi trimestriel) à l'appui et pour le suivi de filières spécifiquement organisées au niveau régional. Cette réflexion doit être poursuivie. Il conviendra ensuite de mettre en place les prérequis nécessaires - notamment mise à disposition de recommandations de délais cibles pour les indications pour lesquelles un délai d'accès plus long constituerait une perte de chance pour les patients - puis d'organiser le suivi de l'indicateur;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- enfin, un plan d'actions d'amélioration de la pertinence des examens d'imagerie (actions ciblées sur certaines situations cliniques + actions transversales) est en cours d'élaboration par le groupe de travail institutionnel avec la collaboration de la Société française de radiologie (SFR) et des conseils nationaux de professionnels de santé concernés. Ces actions doivent concourir à améliorer la radioprotection des patients et à assurer une meilleure efficacité de l'offre et donc une meilleure accessibilité des examens d'imagerie pertinents.</li> </ul> <p>L'état des lieux de l'offre de TEP a été retiré du programme de travail de la HAS.</p>			

## Sous objectif : Encadrer et évaluer les prises en charge des personnes atteintes de cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	1ère réunion de cadrage DGOS-HAS-INCa sur la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie (IQSS) -cf. action 2.2	11/07/14	Terminé
	Participation d'un représentant de l'INCa au copil IQSS dans les établissements de santé pour proposer les IQSS à généraliser/diffuser (cf.action 2.2)	17/10/14	Terminé
	Evolution de l'indicateur "délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation" : expérimentation d'intégration d'informations type PPS et PPAC	30/06/15	Terminé
	Accréditation d'équipes pluriprofessionnelles sur des parcours de soins : inscription à la loi de santé	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Etudier la possibilité avec la HAS de cibler des patients traceurs en cancérologie dans le cadre de la V2014	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : La HAS renforce les exigences en termes de suivi du document de sortie via un indicateur sur la qualité de ce document, au-delà du seul suivi du délai de sa remise.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.	INCa	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Calage du périmètre de travail préparatoire de l'INCa en adéquation avec les actions 2.4 et 2.6 pilotées par la DGOS. Ajustements avec la loi de santé	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
<p>Commentaire : Le calage du périmètre du travail préparatoire a pris du retard du fait de la coordination de ce jalon avec la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé adoptée le 17 décembre 2015. La loi désormais adoptée, ce jalon sera finalisé au plus tard au premier trimestre 2016.</p> <p>Le cahier des charges d'une prestation d'analyse est en cours d'élaboration (préalable aux travaux de groupes d'experts en 2016-2017): benchmark international sur l'évolution de l'encadrement de la qualité des soins en cancérologie : impact des dispositifs existants et mise en perspective. L'analyse doit permettre de questionner la configuration actuelle du dispositif d'autorisation du traitement du cancer avec une approche sur le continuum des parcours de soins (gradation de l'offre de soins, filières de recours, relations ville-hôpital, coopérations, travail en réseau, évolution du pilotage des politiques de santé publique). Ces travaux seront conduits par l'INCa en concertation avec la DGOS qui pilote la démarche globale d'évolution du régime juridique des autorisations en cancérologie.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Détermination des points relevant d'une évolution du dispositif d'autorisation versus des critères d'agrément et de la certification	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Identification des besoins d'évolution de la réglementation au regard des cibles attendues en termes de prises en charge en cancérologie	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Mobilisation de recommandations de bonnes pratiques INCa	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Mobilisation de recommandations HAS (radiothérapie de haute précision, radiologie interventionnelle, plateaux techniques, etc)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Mobilisation des conclusions du Copil cancer du CORETAH	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Mobilisation d'expertises des sociétés savantes (ex : techniques de radiothérapie de haute précision)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)



Commentaire : L'adoption retardée de la loi de modernisation de notre système de santé décale le calendrier de travail sur les évolutions du régime d'autorisation en cancérologie.

Une pierre essentielle de la réflexion sur l'évolution du régime d'autorisation des activités de cancérologie a été posée avec l'inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé 2016 par les parlementaires, de dispositions (article 51) permettant au gouvernement de procéder par voie d'ordonnance pour moderniser et simplifier le dispositif juridique encadrant les activités de soins soumises à autorisation. Il s'agit de pouvoir intégrer dans les conditions d'autorisation des exigences renforcées de qualité - sécurité des prises en charges et d'efficacité des organisations. La réflexion sur l'évolution du dispositif réglementaire encadrant l'activité de traitement du cancer s'inscrit pleinement dans ce cadre.

- Le programme de travail en cours du COPIL CORETAH CANCER a ciblé notamment des travaux, en lien avec les fédérations hospitalières, les représentants de la médecine de ville, la Ligue nationale de lutte contre le cancer et des représentants des ARS, sur l'accompagnement de la chimiothérapie orale, le virage ambulatoire en cancérologie et l'accès aux soins de support. L'année 2015 a notamment été consacrée au lancement et à l'analyse de trois enquêtes DGOS auprès des membres du COPIL acteurs sur les besoins d'évolution des trois activités précitées, de leur organisation et de leur financement : Etat des lieux/retour d'expérience et recensement des freins et de propositions de leviers.

- Les travaux techniques DGOS/INCa, engagés en 2014 sur les conditions de prise en charge de l'enfant, ont été poursuivis en 2015 en vue d'intégrer cette prise en charge spécifique dans le dispositif d'autorisation en cancérologie, notamment en lien avec les sociétés savantes concernées (Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE) ; Société française de radiothérapie oncologique (SFROP) ; Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)). Une instruction est en cours de préparation pour associer pleinement les agences régionales de santé à ces travaux.

- La DGOS a lancé en mai 2015 un groupe de travail sur la radiologie interventionnelle. Ce groupe a un abord transversal et concernera en partie le traitement du cancer.

- Des travaux d'expertise INCa sont en cours sur la chimiothérapie orale, les soins de support et la protonthérapie. Les travaux INCa transmis sur la protonthérapie en juillet 2015 ont d'ores et déjà permis au ministère de la Santé de définir, en 2015, une stratégie d'évolution transitoire du cadre juridique de la régulation de l'offre de traitement du cancer par protonthérapie qui devrait être lancée courant 2016.

- Les recommandations du groupe experts permanent (GPMED) de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) sur "les conditions de mise en oeuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie" publiées en mars 2015, et auxquelles la DGOS était invitée, seront expertisées par le ministère de la Santé pour déterminer une stratégie globale d'encadrement de la radiothérapie de haute technicité intégrant la problématique des conditions d'implémentation de la technique dans les équipes en amont des prises en charge des patients.

- En 2015, la HAS a publié en 2015 ses travaux sur la "radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité (RCMI) pour le cancer de l'utérus et pour le canal anal" et a débuté des travaux relatifs à la radiothérapie peropératoire.

La HAS a réalisé des rapport d'évaluation sur la RCMI dans deux indications : cancer du col de l'utérus et canal anal. Le sujet sur la radiothérapie stéréotaxique dans les tumeurs hépatiques est en cours. Il ne s'agit donc pas stricto sensu de "recommandations" comme indiqué sur le jalon concerné.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.	INCa	Planning respecté

Commentaire : Le projet pilote de Référentiel national de RCP concernant la prise en charge des cancers bronchiques non à petites cellules et à petites cellules a été mené à son terme en 2014. Ce premier référentiel national a été piloté par les régions Rhône-Alpes et Auvergne représentées par le Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes et les régions Grand Est, représentées par Oncolie et Oncolor, en collaboration avec l'INCa. Il a fait l'objet d'une première diffusion auprès des réseaux régionaux de cancérologie en décembre 2014. Il a également été publié sur le site de l'INCa, sous un format pdf interactif, en mars 2015.

A la suite de ce projet pilote, une réflexion a été lancée, d'une part pour tirer les enseignements de ce projet pilote et proposer des amendements à la démarche méthodologique mise en œuvre, et d'autre part pour choisir les localisations tumorales qui feront l'objet de référentiels nationaux en 2015. Elle a abouti à l'élaboration d'une procédure de labellisation des référentiels nationaux et recommandations de bonne pratique, validée par le conseil d'administration de l'INCa en octobre 2015. La mise en œuvre de cette procédure est prévue début 2016.

### Sous objectif : Garantir une prise en charge adaptée aux malades nécessitant un traitement complexe

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : L'analyse du PMSI pour les 6 cancers rares listés dans le Plan cancer 3 permet de dresser un état des lieux de la prise en charge notamment chirurgicale de ces cancers "complexes".</p> <p>Trois réunions ont eu lieu avec des experts pour commenter ces résultats et proposer des pistes pour garantir une prise en charge équitable à tous les patients. Ces propositions, une fois validées en interne, puis par la DGOS, feront l'objet de nouvelles concertations plus larges avec les professionnels de santé, les ARS, les fédérations hospitalières, les représentants d'usagers... avant de conduire éventuellement à une évolution du dispositif d'encadrement réglementaire.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Etat des lieux offre de soins très spécialisée	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : L'action n'a pas débuté, car le repérage des actes complexes est difficile, ces actes ne bénéficiant pas de codes propres. La protonthérapie a fait l'objet d'une saisine et d'un état des lieux récent. Il est prévu de décaler cette action après l'identification des cancers nécessitant une prise en charge complexe, proposant à l'horizon décembre 2017 que la concertation avec les sociétés savantes concernées (chirurgie, radiothérapie, imagerie) soit finalisée et que la gradation de l'offre de soins pour ces techniques hautement spécialisées soit intégrée à l'horizon 2018 dans le dispositif d'autorisation.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifient.	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : L'action est en cours. Dans un premier temps sera réalisée une analyse des données recueillies par le tableau de bord des acteurs régionaux (3C, RRC), et des données de suivi des réseaux cancers rares et OIR ainsi que les données de l'annuaire national des RCP .</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.	ABM	Planning respecté
Commentaire : Evaluation de l'organisation territoriale et de l'organisation interne: terminée fin juin pour des propositions. Enquête réalisée et résultats en cours d'exploitation ; des propositions concrètes ont été présentées en décembre 2015.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Travaux préparatoires : état des lieux de la problématique du second avis en cancérologie	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : L'enjeu d'accès au second avis est abordé sous l'angle de la lisibilité de l'offre de soins en cancérologie. Sur cet aspect, de nombreux travaux ont été conduits en 2015: <ul style="list-style-type: none"> <li>- poursuite du déploiement des répertoires opérationnels de ressources (ROR) dans les régions, intégrant la thématique cancer;</li> <li>- intégration dans le nouveau référentiel de missions des RRC, de l'enjeu d'amélioration de la lisibilité de l'offre de soins en cancérologie.</li> </ul>			

### Sous objectif : Adapter les prises en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.	INCa	Planning respecté
Commentaire : Les expérimentations pour les adolescents et jeunes adultes se sont déroulées jusqu'à la fin 2014. Un séminaire de fin de projets a eu lieu en avril 2015. Les 8 équipes projets ont proposé des recommandations dans leur rapport final. Lien établi avec l'association de professionnels GO-AJA qui a remis également une proposition de structuration des soins aux adolescents et jeunes adultes (AJA) en juin 2015. Une instruction DGOS/INCa sera adressée aux ARS en fin d'année pour connaître entre autres les modalités de prise en charge des AJA au-delà des équipes expérimentales.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.	INCa	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.	INCa	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
état des lieux	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
repérage des cancers très rares de l'enfant	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : L'état des lieux est en cours de réalisation pour décrire les liens existants pour le recours à l'expertise dans les cancers rares de l'enfant entre les réseaux nationaux des cancers rares de l'adulte et l'organisation spécifique en cancéropédiatrie.		

### Sous objectif : Répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	réunion board oncogériatrie : organisation séminaire recherche clinique	11/04/14	Terminé
	séminaire recherche clinique en oncogériatrie	26/11/14	Terminé
	Rapport de suivi des UCOG en 2013	30/01/15	Terminé
	Uniformisation dispositif en oncogériatrie	15/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : L'uniformisation du dispositif en oncogériatrie, avec transformation des 4 antennes d'oncogériatrie en unités de coordination en oncogériatrie (UCOG), et redistribution des crédits alloués, n'est pas finalisée, en raison de la réforme territoriale. Il a été demandé à l'INCa d'attendre que la nouvelle organisation des régions se mette en place.  Le suivi des UCOG se poursuit, avec un questionnaire en ligne DGOS-INCa qui permet d'évaluer l'activité en 2014 des UCOG dans les missions qui leur ont été confiées ; les résultats de ce suivi seront publiés sur le portail des données de l'INCa au premier trimestre 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.	DGESIP	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Proposition d'un nouveau schéma d'organisation du 3ème cycle des études médicales	30/06/14	Terminé
	Elaboration du référentiel de formation du DES d'oncologie	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Commentaire : La réforme du 3e cycle des études de médecine s'inscrit désormais dans le cadre de la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, onthologie et pharmacie (CNEMMOP) créée par le décret le 03/07/2015 et réunie pour la première fois le 27/10/2015. Le premier bureau, qui s'est tenu le 20/11/2015, a permis de constituer un groupe de travail dédié à la réforme du 3ème cycle des études de médecine dont les travaux sont attendus pour le premier semestre 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.18	Intégrer dans les travaux du CORETAH une réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD afin d'assurer la continuité des traitements du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 17.5 et 17.7.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre des actions 17.5 et 17.7.

### Sous objectif : Améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.	DSSIS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	2.19.1 Définition des indicateurs d'évaluation de la montée en charge du DCC	30/07/14	Terminé
	2.19.1 Ouverture de l'annuaire national des RCP (ANRCP)	23/09/14	Terminé
	2.19.1 Ouverture de la plateforme de suivi de la montée en charge	30/12/14	Terminé
	2.19.3 Action DGOS, circulaire de promotion de l'usage de la messagerie sécurisée en santé (MSS)	30/12/14	Terminé
	2.19.1 Amélioration de l'outil ANRCP	30/06/15	Terminé
	2.19.1 Travaux de spécification du contenu métier du PPS	30/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	2.19.3 Action législative de relance du DMP pour les patients atteints de maladies chroniques dont le cancer	30/12/15	Terminé
	Commentaire : Au 1er janvier 2016, l'Annuaire national des réunions de concertation pluridisciplinaire (ANRCP) poursuit un cycle d'évolution permettant d'améliorer de façon continue ses fonctionnalités (interopérabilité avec les solutions dossier communiquant cancérologie (DCC) régionales, lien avec le Répertoire Opérationnel des Ressources). Les spécifications du contenu métier du programme personnalisé de soins (PPS) sont en cours de relecture par les acteurs de la cancérologie préalablement à la validation finale du document.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.20	Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital. (en lien avec l'action 7.3)	INCa	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Circulaire DGOS de promotion de l'usage de la messagerie sécurisée en santé (MSS) cf. action 2.19.3	30/12/14	Terminé
	Séminaire RRC : retours d'expériences des 10 RRC ayant mis en place un PPS informatisé et ateliers pour la mise en œuvre du PPS	30/04/15	Terminé
	Traduction technique (formalisation) des contenus métier PPS pour leur intégration au DCC	30/07/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Commentaire : Le projet est associé à l'action 2.19.3 dont les travaux sont en cours. Au 1er janvier 2016, le contenu du programme personnalisé de soins (PPS) est en cours de validation pour permettre sa traduction technique dans le DCC.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.21	Développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.	DGOS	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Recensement annuel 2014 des projets de télémédecine auprès des ARS	31/12/14	Terminé
	Publication de l'instruction relative au FIR : mention spécifique pour la prise en compte des projets de cancérologie	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Exploitation du recensement annuel : état des lieux des projets et capitalisation sur les expériences réussies en régions	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Recensement annuel 2015 des projets de télémédecine auprès des ARS	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : La DGOS a lancé début 2014 et pour une durée de quatre ans des expérimentations au sein de 9 régions pilotes afin d'évaluer les effets d'une tarification des actes de télémédecine en vue de leur généralisation. Les pathologies et spécialités pour lesquelles les expérimentations seront conduites concernent la prise en charge des plaies chroniques et complexes, la psychiatrie, la gériatrie, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
2.22	Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.	INCa	Planning respecté

### O 3 : ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Pourcentage de chimiothérapie par voie orale faisant l'objet de guides au niveau national pour la prévention et la gestion de leurs toxicités Source : Publication des guides par l'INCa Dénominateur : Définir à partir de quel moment un médicament doit faire partie de la liste des médicaments pour lesquels un guide doit être produit.	0 %	01/01/14	95 % 31/12/18

#### Sous objectif : Sécuriser l'utilisation des chimiothérapies orales

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.	INCa	Planning respecté
Commentaire : Une nouvelle collection sur le médicament anticancéreux et à destination des professionnels de santé a été démarrée afin de les aider à "informer, prévenir et gérer leurs effets indésirables". Dix neuf molécules données par voie orale font actuellement l'objet d'une telle recommandation, consultable sous un format interactif. Cette collection sera complétée régulièrement pour couvrir de nouvelles classes de médicaments anticancéreux.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.	DGOS	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Création d'un dossier web sur la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale sur le site du Ministère (DGOS) -cf.action 3.1	30/06/14	Terminé
	Démarrage du groupe de travail sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale (Pilote: DGOS)	30/06/14	Terminé
	Lancement de l'appel à projets du PREPS (programme de recherche sur la performance du système des soins) (pilote: DGOS)	30/06/14	Terminé
	Mise en place du Copil cancer du CORETAH (cf. action 17.5)	30/06/14	Terminé
	Mobilisation d'un financement via le FIR sur la coordination ville-hôpital autour de la prise en charge médicamenteuse (notamment chimio orale)	30/06/14	Terminé
	Inscription de la thématique dans les programmes de formation continue de portée nationale (instruction DGOS du 28 juillet 2014)	30/07/14	Terminé
	Analyse des offres suite à l'appel à projets ANFH	15/10/14	Terminé
	Etat des lieux sur les parcours patients traités par chimiothérapie orale à partir des bases de données existantes en lien avec la CNAMTS	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Bilan de la SSP sur la thématique chimiothérapie et mise en ligne des expériences sur le dossier web	30/06/15	Terminé
	Définition d'un plan d'actions par le groupe de travail sur l'amélioration de la prise en charge des patients traités par chimio orale	30/06/15	Terminé

Commentaire : Le calendrier de cette action est décalé suite à la programmation à avril 2016 de l'expertise INCa attendue sur les thérapeutiques orales (définition du parcours de soins des patients et projection du développement de ces nouvelles thérapeutiques - saisine DGOS du 29 juillet 2015).

Les évolutions induites au niveau des organisations par ces traitements oraux font l'objet des travaux du CORETAH CANCER dont les réalisations sont précisées dans l'action 17.5.

Dans ce cadre, la DGOS a rencontré, en lien avec l'INCa, les sociétés savantes du champ de la cancérologie (SFC, SFH, SFCE) ainsi que le groupe interface ARS du Plan cancer 2014-2019. Cette réflexion a démarré fin 2014 - premier trimestre 2015 par une enquête auprès des acteurs sur les besoins d'évolution de cette activité, de son organisation et de son financement.

A partir de ces enseignements, les travaux techniques visant à cadrer l'organisation et à adapter le financement de ces activités ont démarré :

- saisine DGOS de l'INCa en juillet 2015 pour l'élaboration des pré-requis organisationnels transversaux (chemin clinique) de la chimiothérapie orale. Le livrable INCa est attendu au premier trimestre 2016.
- élaboration en cours par la DGOS d'un projet de cahier des charges sur le cadre organisationnel territorial de la chimiothérapie orale. Il fixera des organisations cibles et tiendra compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients. Le calendrier prévu est la publication d'une instruction au second semestre 2016 sur la base notamment de l'état des lieux DGOS précité et des pré-requis établis par l'INCa.
- dans le cadre de la campagne budgétaire 2016, la DGOS prépare une proposition de financement de la primo-prescription de chimiothérapie orale pour les titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : Cette action est liée à l'action 3.1 (Définir des bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital). Dix-neuf molécules données par voie orale font actuellement l'objet d'une recommandation à destination des professionnels de santé pour prévenir et gérer leurs effets indésirables. Ces recommandations permettront d'élaborer en 2016 des fiches pratiques par médicament plus adaptées à la pratique des professionnels de premier recours, notamment médecins généralistes et pharmaciens d'officine. L'intérêt d'une production de fiches spécifiquement destinées aux patients est actuellement en cours de réflexion.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.	DGOS	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Etat des lieux sur les conditions de prescription et de délivrance de l'ensemble des chimiothérapies orales (ANSM, INCA)	15/11/14	Terminé
	Identifier les besoins de modification des CPD, en lien avec le GT chimio orale, et en lien avec les analyses issues du COPIL cancer (cf action 17.5)	30/03/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Mettre en place un groupe de travail inter-direction (DGOS/ANSM/INCA/DGS)	30/03/15	Terminé



Commentaire : Le calendrier de cette action est retardé, dans l'attente des conclusions de deux travaux:  
 1- travaux attendus de l'ANSM, de l'INCa et de la CNAMTS sur les conditions de prescription et délivrance des chimiothérapies orales (saisine DGOS réalisée en octobre 2015).  
 2- expertise INCa sur les thérapeutiques orales (définition du parcours de soins des patients et projection du développement de ces nouvelles thérapeutiques - saisine DGOS du 29 juillet 2015).

L'objectif général de sécurisation de la délivrance de la chimiothérapie orale à domicile, porté par l'action 3.4, est abordé dans le cadre de plusieurs travaux:  
 - les travaux du CORETAH CANCER, piloté par la DGOS (action 17.5) sur les évolutions des organisations et des financements en cancérologie. A l'issue d'une phase d'enquête et de concertation auprès des acteurs et professionnels du champ du cancer, le CORETAH CANCER engage depuis début 2015 des réflexions techniques pour définir les conditions dans lesquelles doit être organisé et financé le bilan d'initiation de la chimiothérapie orale, dans le respect des exigences de qualité et sécurité des prises en charge.  
 - En parallèle, l'INCa, l'ANSM et la CNAMTS ont été saisis pour établir un état des lieux des conditions de prescription et de délivrance (CPD) de l'ensemble des chimiothérapies. Une première réunion inter-institution s'est tenue le 11 décembre 2015. Sur la base des états des lieux réalisés par l'INCa, l'ANSM et la CNAMTS, l'objectif est de mettre en exergue les éventuelles atypies et d'identifier les besoins d'évolution.

### Sous objectif : Développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.5	Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.	HAS	Achevée
<p>Commentaire : La HAS a engagé un programme de travail sur la chirurgie ambulatoire consistant en l'élaboration de productions sur 6 axes de travail. Ainsi, un socle de connaissance, des recommandations organisationnelles, un état de lieux et perspectives sur la tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger ont notamment déjà été publiés. Le dernier travail mis en ligne en juillet 2014, porte sur la prise en charge et l'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire. Ces productions constituent donc un cadre de référence applicable à la cancérologie. En conséquence, la mise en ligne du travail sur la prise en charge et l'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire constitue le dernier jalon sur cette mesure.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.6	Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.	DGOS	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	1ère Réunion de cadrage DGOS-HAS-INCa sur la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie (IQSS) -cf.action 2.4	30/06/14	Terminé
	Etude des résultats des deux indicateurs relatifs à la chirurgie ambulatoire en cours de développement	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Ciblage des indicateurs sur les actes de chirurgie carcinologique retenus, à prévoir avec le support de l'ATIH	31/12/15	Abandonné
<p>Commentaire : En appui du déploiement de l'expérimentation de chirurgie ambulatoire en cancérologie, la même attention sera portée au suivi des indicateurs de qualité et sécurité des soins que pour le reste du programme de développement de la chirurgie ambulatoire et ce suivi s'effectuera selon des modalités identiques.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.	DGOS	Planning respecté
<p>Commentaire : La phase essentielle de définition DGOS/INCA du cadre national attendu de l'expérimentation a conduit à un décalage initial de quelques mois du projet. Depuis, le projet se déroule comme prévu par le Plan cancer.</p> <p>L'instruction DGOS/R3/2015/222 relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'accompagnement de projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer a été publiée. Une très large diffusion a été réalisée : auprès des différents partenaires, notamment les fédérations et membres du comité de pilotage de la chirurgie ambulatoire. La phase de réception des dossiers de candidatures des établissements de santé est terminée. Et le large processus de diffusion a permis de recueillir de très nombreux dossiers de candidatures, venant d'établissements de santé publics et privés. La procédure de sélection des candidatures aura lieu en février 2016 avec la mobilisation d'un jury ad hoc. Cette expérimentation donnera lieu à une évaluation multidimensionnelle.</p>			

### Sous objectif : Favoriser le développement de la radiologie interventionnelle

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.8	Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés et identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Lancement d'un groupe de travail transversal sur la radiologie interventionnelle (sociétés savantes d'imagerie, chirurgie, médecine)	30/06/15	Terminé
	Etat des lieux : action de veille prévue à l'action 5.11	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Sur la base des travaux réalisés au 1er semestre, identification avec les ARS des modalités les plus adaptées pour améliorer la lisibilité de l'offre	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : Plusieurs cadres de réflexion ont d'ores et déjà été posés qui concourront à améliorer la prise en compte de la radiologie interventionnelle et à encadrer son exercice:

- Dans la loi de modernisation de notre système de santé, la DGOS a proposé d'introduire une disposition (article 51) visant à faire évoluer le régime des autorisations dans une logique d'actualisation et de simplification. Cette évolution du régime juridique permettra de prendre en compte dans l'encadrement des activités de soins des techniques nouvelles, dont la radiologie interventionnelle.
- Dès 2014, dans le cadre de la campagne tarifaire, la problématique de la valorisation tarifaire des actes de RI en cancérologie a été abordé (ex: la radiofréquence hépatique en 2014, chimio-embolisation hépatique en 2015).

01/01/2016

En complément de ces actions engagées dès 2014 en faveur de la valorisation tarifaire des actes de radiologie interventionnelle, une démarche globale a été engagée par la DGOS pour mieux accompagner le développement de la radiologie interventionnelle. Un groupe de travail, piloté par la DGOS, et intégrant les partenaires du champ du cancer (INCa, UNICANCER, etc.) est en place depuis le 1er juin 2015. Il a pour ambition de mieux structurer ce champ d'activité, de renforcer sa lisibilité et d'homogénéiser les pratiques en vigueur afin de garantir la qualité et sécurité des soins délivrés. Deux types de démarches seront mobilisées à l'appui de ces objectifs dans les années à venir:

- les travaux sur l'évolution de l'encadrement des activités de soins, qui seront engagés sur la base de l'article 51 de la loi de modernisation de notre système de santé et qui répondront à l'objectif de mieux encadrer et reconnaître l'activité de radiologie interventionnelle
- les travaux d'évolution de la classification et tarification des actes avec :

à court terme, la poursuite de l'intégration pluriannuelle par l'ATIH dans son programme de travail des demandes d'évolution ponctuelle portées par les fédérations hospitalières.

à moyen terme, dans un calendrier cohérent avec celui de la structuration de l'activité d'imagerie interventionnelle, la prise en compte de l'interventionnel dans l'algorithme de la classification PMSI.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.9	Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques de radiologie interventionnelle par les établissements pilotes.	INCa	Achevée

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.10	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.8.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.8.

Commentaire : Plusieurs cadres de réflexion ont été posés en 2014 et concourront à améliorer la prise en compte de la radiologie interventionnelle et à encadrer son exercice:

- Dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé, la DGOS a proposé d'introduire une disposition (article 50) visant à faire évoluer le régime des autorisations dans une logique d'actualisation et de simplification. Cette évolution du régime juridique permettra de prendre en compte dans l'encadrement des activités de soins des techniques nouvelles, dont la radiologie interventionnelle.
- La DGOS a engagé en fin d'année 2014 des échanges techniques avec les représentants des radiologues autour des thématiques de travail prioritaires dans le champ de la radiologie. La radiologie interventionnelle sera l'un des sujets majeurs traités dans le cadre de ces travaux.
- Enfin, la DGOS a déposé une demande d'évaluation sur les actes interventionnels de destruction tumorale percutanée avec guidage par imagerie à la nomenclature CCAM. La demande n'étant pas focalisée en termes de techniques et d'organes, elle n'a finalement pas été priorisée par la DGOS.
- Dans le cadre de la campagne, la problématique de la valorisation tarifaire des actes de radiologie interventionnelle (RI) en cancérologie est prise en compte et des nouvelles classifications sont faites (ex: la radiofréquence hépatique en 2014)

**Sous objectif : Assurer à chacun l'accès à la technique de radiothérapie la plus adaptée**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.11	Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.	DGOS	Planning respecté
<p>Commentaire : Les travaux sur le maillage territorial adapté en radiothérapie de haute précision ont démarré de façon retardée, après une phase plus longue que prévu de recueil des recommandations INCa et HAS.</p> <p>L'identification des indications et bonnes pratiques de radiothérapie de haute précision est un élément préalable à la définition d'un maillage territorial adapté en radiothérapie. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité plusieurs types de travaux d'expertise en 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- saisine de l'INCa fin 2013, visant des recommandations d'utilisation de la RCMI pour les localisations sein et prostate.</li> <li>- la HAS a évalué la RCMI dans deux indications : le col de l'utérus (mars 2015) et le canal anal (août 2015).</li> </ul> <p>A cette occasion, la HAS s'est prononcée sur ses attentes en matière d'évaluation des nouvelles techniques de radiothérapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le démarrage des travaux HAS d'évaluation des données d'efficacité et de sécurité cliniques du traitement par radiothérapie stéréotaxique extracrânienne des tumeurs hépatiques est prévu fin 2015.</li> <li>- Les résultats finaux de l'évaluation médico-économique de la radiothérapie per-opératoire dans les cancers du sein sont disponibles depuis le 6 mars 2015. Ils ont été transmis à la HAS afin que l'évaluation de l'acte puisse être finalisée et que les travaux d'établissement d'une tarification de l'acte avec la DGOS et la CNAMTS débutent. L'avis de la HAS est un préalable à la création de l'acte par la DGOS. La création de l'acte à la liste des Actes et Prestations (LAP) relève de la responsabilité de l'UNCAM.</li> <li>- Transmission en mai 2015 par l'INCa des travaux sur les recommandations internationales et nationales concernant la radiothérapie pour les localisations sein et prostate. Ces travaux qui prennent en compte les recommandations SFRO de 2015, avaient été sollicités par la DGOS pour préparer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie. La restitution au COPIL de l'expérimentation sur la radiothérapie a eu lieu en juillet 2015.</li> <li>- Les travaux en cours à la DGOS sur la généralisation du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) devraient permettre de contribuer à répondre à l'enjeu d'une meilleure lisibilité de l'offre de traitement du cancer par radiothérapie.</li> </ul>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.12	Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Lancer la préparation d'une expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie pour 2 localisations de tumeurs (sein, prostate)	31/12/14	Terminé
	Enquête de coûts de la radiothérapie (centres hospitaliers et libéraux) pour les cancers sein et prostate (ATIH) et analyse nationale par la DGOS	30/06/15	Terminé
	Enquête de pratique de la radiothérapie (centres hospitaliers et libéraux) pour les cancers sein et prostate (ATIH) et analyse nationale par la DGOS	30/06/15	Terminé
	Conception recueil d'informations médicalisé de soins de la radiothérapie (sein, prostate)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Elaboration d'un nouveau modèle de financement pour les centres hospitaliers et libéraux (sein, prostate)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : Les travaux de modélisation du financement en radiothérapie n'ont pu démarrer qu'à partir du dernier trimestre 2015, après une phase plus longue que prévu de recueil des recommandations de l'INCa et d'état des pratiques et coûts auprès des professionnels.

Les travaux expérimentaux, conduits en application de l'article 43 de la LFSS pour 2014 en vue d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, concourront au rapprochement des systèmes de codage et tarification de la radiothérapie publique et privée. L'expérimentation a démarré en début d'année 2014 sur les localisations sein et prostate avec la conduite dans un premier temps de travaux d'expertise:

- appel à candidature en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires
- démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014

Au total, 63 centres de radiothérapie sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 participent également à l'étude de coûts.

- Restitution des résultats des enquêtes de pratiques et de coûts en groupe technique pilotée par la DGOS/ATIH puis dans le cadre du COPIL Expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie oncologique début juillet 2015.
- Transmission en mai 2015 par l'INCa des travaux sur les recommandations internationales et nationales concernant la radiothérapie pour les localisations sein et prostate. Ces travaux qui prennent en compte le projet de recommandations SFRO 2015, avaient été sollicités par la DGOS pour préparer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie.

Sur la base des conclusions de ces enquêtes et des travaux INCa se sont engagés au second semestre 2015 les travaux permettant de définir le modèle de financement innovant le plus approprié.

Par ailleurs, les constructeurs et éditeurs de logiciels ont été sollicités en vue de l'adaptation des systèmes d'information pour la facturation et le recueil médicalisé de soins.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.13	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie prenant en compte le nombre de séances, mais aussi d'autres critères pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.14	Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque de radiothérapie, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Publication du Rapport PSN-SRDS/SFOHR n°2014-01 de l'IRSN relatif à l'étude des risques en radiothérapie : état des lieux et perspectives	31/12/14	Terminé
	Analyse bibliographique des démarches de gestion des risques a priori et parangonage sur leur mise en place au niveau européen et international	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Dresser un état des lieux des mesures d'accompagnement des centres et de leur avancement dans la mise en œuvre des démarches qualité /sécurité	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Identifier les actions complémentaires à mener incluant les suites à donner au rapport IRSN PSN-SRDS/SFOHR n°2014-01	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Publication du rapport ASN sur l'avancement de mise en œuvre des exigences de l'arrêté du 22/1/2009 portant homologation de la décision ASN de 2008	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Réunion avec les parties prenantes (institutions, professionnels de la radiothérapie) : présentation des actions réalisées et identification d'actions	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : Une veille nationale est conduite dans le domaine de la qualité et sécurité du fonctionnement des équipements de radiothérapie.  
Elle a permis au 1er semestre 2015 de disposer d'un état des lieux dans le champ de la sécurité et qualité de fonctionnement des équipements. Des travaux sont engagés avec l'ASN, pour poursuivre la démarche d'amélioration des pratiques en radiothérapie.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Travaux d'expertise des sociétés savantes autour des bonnes pratiques en radiothérapie oncologique de haute précision	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Travaux HAS sur l'actualisation des indications de la radiothérapie de haute précision inscrits dans son programme de travail 2015	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Le calendrier de cette action a été décalé, dans l'attente des éléments d'expertise sollicités auprès de l'INCa et de la HAS (saisines DGOS en 2013 et 2014) sur l'état des besoins et des pratiques pour la radiothérapie de haute technicité.</p> <p>L'identification des indications et bonnes pratiques de radiothérapie de haute précision est un élément préalable à la définition d'un maillage territorial adapté en radiothérapie. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité plusieurs types de travaux d'expertise en 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- saisine de l'INCa fin 2013, visant des recommandations d'utilisation de la RCMi pour les localisations sein et prostate</li> <li>- saisine de la HAS pour l'évaluation des indications de la RCMi dans deux indications : le col de l'utérus et le canal anal. Ces travaux de la HAS ont été publiés en mars et août 2015. A cette occasion, la HAS se prononce sur ses attentes en matière d'évaluation des nouvelles techniques de radiothérapie.</li> <li>- saisine de la HAS pour des travaux dont le démarrage est prévu fin 2015, sur l'évaluation des données d'efficacité et de sécurité cliniques du traitement stéréotaxique extracrânienne des tumeurs hépatiques.</li> </ul> <p>Des travaux de la HAS sont actuellement en cours, pour l'évaluation de la radiothérapie peropératoire dans le traitement du cancer du sein dans la poursuite de l'appel à projets INCa.</p> <p>Les recommandations du groupe experts permanent de l'ASN (GPMED) sur "les conditions de mise en oeuvre des nouvelles techniques et pratiques de radiothérapie" publiées en mars 2015, et auxquelles la DGOS était invitée, seront expertisées par le ministère de la santé pour déterminer une stratégie globale d'encadrement de la radiothérapie de haute technicité intégrant la problématique des conditions d'implémentation de la technique dans les équipes en amont des prises en charge des patients.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
3.16	Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie)	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Inscription de travaux de recommandations sur la protonthérapie et la radiothérapie per opératoire dans le programme de travail HAS	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Recommandations de pratiques professionnelles par les Sociétés savantes	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : Le calendrier de cette action est décalé suite aux compléments de travaux à réaliser par l'INCa en termes d'évaluation des besoins en protonthérapie (saisine complémentaire DGOS du 11 septembre 2015).

Le recueil d'éléments de comparaison internationale et l'établissement d'indications pour les équipements de protonthérapie et de radiothérapie peropératoire sont des éléments indispensables à une régulation adaptée dans ce domaine. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité en 2014 la réalisation de plusieurs travaux :

- demande d'inscription au programme de travail 2015 de la HAS d'une évaluation des indications et de la population cible de la protonthérapie, qui n'a finalement pas été retenue par la HAS.
- l'INCa a été missionné en février 2015 par la DGOS pour le lancement de travaux de recommandations sur les indications de la protonthérapie. Ces travaux devraient permettre d'assoir les conditions d'une régulation optimale de cette offre de radiothérapie de haute technicité sur le territoire national.

Un premier livrable a été remis par l'INCa en juillet 2015 et devrait être complété suite à une nouvelle saisine complémentaire d'août 2015 en vue de précisions sur les évolutions attendues notamment en termes d'indications et d'évaluation médico-économique.

Ces travaux ont d'ores et déjà permis au ministère de la Santé de définir, en 2015, une stratégie d'évolution du cadre juridique de la régulation de l'offre de traitement du cancer par protonthérapie qui devrait être lancée courant 2016 : s'orienter vers un maillage interrégional de la protonthérapie – par l'inscription au futur schéma inter-régional de santé des équipements matériels lourds cyclotrons à utilisation médicale.

Les agences régionales de santé ont été informées des travaux d'expertises en cours et de ces orientations et ont été appelées à une forte vigilance quant aux éventuelles demande d'autorisation tant que nous ne disposerons pas d'éléments suffisants permettant de définir le nombre et la répartition des équipements nécessaires pour répondre aux besoins et un modèle économique optimal de cette offre de soins.

La DGOS recommande depuis 2014 aux fédérations hospitalières ainsi qu'aux ARS sur le territoire duquel des centres de radiothérapie sont autorisés (Orsay, Nice, Caen dont le processus d'autorisation est en finalisation) à la nécessité pour l'établissement de santé de s'engager sur une évaluation médico-économique au vu des risques financiers pour les établissements de santé.

- La demande d'inscription de l'acte de radiothérapie per-opératoire à la nomenclature CCAM sera inscrite au programme de travail de la HAS. Ces travaux sont en cours et tiendront notamment compte des résultats de l'analyse médicoéconomique issue de l'appel à projet INCa ; ceux-ci ont été publiés au premier semestre 2015.

## O 4 : FAIRE ÉVOLUER LES FORMATIONS ET LES MÉTIERS DE LA CANCÉROLOGIE

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Proportion d'infirmiers cliniciens en oncologie formés par le master Source : Numérateur : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle - DGESIP) Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) Dénominateur : Prévalence des personnes atteintes d'un cancer : Partenariat Réseau des registres des cancers Francim, service de Biostatistique des Hospices Civils de Lyon (HCL), Institut de Veille Sanitaire (InVS) et Institut National du Cancer (INCa)	0 ‰	01/12/14	‰
Proportion d'UFR (Unité de formation et de recherche) de médecine ayant mis en place la nouvelle maquette du DES Oncologie Source : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle - DGESIP) Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)	0 %	01/12/14	100 % 31/12/18

### Sous objectif : Créer et reconnaître de nouveaux métiers

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
4.1	Créer le métier d'infirmier clinicien et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.	DGOS; DGESIP	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Démarrage des travaux portant sur le référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences	31/10/14	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Adoption de la loi	30/06/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	<p>Commentaire : L'adoption retardée de de la loi de modernisation de notre système de santé décale le calendrier de travail de cette action.</p> <p>L'article 30 de la loi de de modernisation de notre système de santé pose le principe d'un exercice avancé pour l'ensemble des professions paramédicales et en définit les lignes de force. Le comité de coordination "chantier de la loi" a validé une fiche projet en ce sens, pour mener une concertation avec les représentants professionnels.</p> <p>Le projet de loi a fait l'objet d'une nouvelle lecture qui s'est achevée en décembre 2015. Les travaux d'ingénierie métier et formation devraient être engagés à l'issue du vote de la loi, en 2016.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.	DGOS; DGESIP	Retard (de 3 à 9 mois)



Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Elaboration du référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences	31/12/14	Terminé
Elaboration du référentiel de formation	30/06/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Reconnaissance de la profession de "physicien médical" en application du PL Santé	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : L'adoption retardée du projet de loi de modernisation de notre système de santé décale le calendrier de travail de cette action.</p> <p>Les travaux sur la " Reconnaissance de la profession de radiophysicien en tant que profession de santé", qui ont débuté en avril 2014, se poursuivent : la dénomination de la profession a été arbitrée (dénomination de "physicien médical" retenue), son positionnement dans le code de la santé publique a été arbitré (ajout d'un nouveau titre dans le livre 2 de la 4ème partie du Code de la santé publique) et l'élaboration des référentiels activités/compétences s'est terminée en mai 2015. Le groupe de supervision s'est réuni en septembre 2015 et les travaux sur l'élaboration du référentiel de formation vont suivre. Ils sont précédés par un état des lieux des moyens actuels de formation. Sur le plan juridique, la loi de modernisation de notre système de santé a prévu une habilitation à légiférer par voie d'ordonnance pour reconnaître le physicien médical dans le code de la santé publique.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.	DGOS; DGESIP	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Elaboration du référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences	31/12/14	Terminé
	Elaboration du référentiel de formation (en lien avec le MENESR)	30/06/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Finalisation du référentiel de formation et définition du type de diplôme conféré. Identification structure de formation à privilégier (avec MENESR)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : L'adoption retardée de la loi de modernisation de notre système de santé décale le calendrier de travail de cette action.</p> <p>Les travaux sur la " Reconnaissance de la profession de dosimétriste en tant que profession de santé", qui ont débuté en avril 2014, se poursuivent: l'accès à la profession a été arbitré au regard du bilan de la démographie actuelle de la profession dressé (création d'une spécialité du métier de manipulateur d'électroradiologie médicale en dosimétrie) et l'élaboration des référentiels activités/compétences s'est terminée en avril 2015. Le groupe de supervision s'est réuni en septembre 2015 et les travaux sur l'élaboration du référentiel de formation vont suivre. Ils sont précédés par un état des lieux des moyens de formation disponibles.</p>			

### Sous objectif : Adapter les formations des professionnels aux évolutions de la cancérologie

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
4.4	Améliorer la formation diplômante des médecins cancérologues.	DGESIP	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Proposition d'un nouveau schéma d'organisation du 3ème cycle des études médicales	30/06/14	Terminé
Elaboration du référentiel de formation du DES d'oncologie et de la FST de cancérologie	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Identifier les critères de qualification en cancérologie	30/06/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
<p>Commentaire : La réforme du 3e cycle des études de médecine s'inscrit désormais dans le cadre de la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, onthologie et pharmacie (CNEMMOP) créée par le décret le 03/07/2015 et réunie pour la première fois le 27/10/2015. le premier bureau, qui s'est tenu le 20/11/2015, a permis de constituer un groupe de travail dédié à la réforme du 3ème cycle des études de médecine dont les travaux sont attendus pour le premier semestre 2016. L'arrêté du 13/11/2015 fixe la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine qui prévoit un DES d'oncologie.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Mise en place d'actions de DPC pour les équipes pluriprofessionnelles (éducation thérapeutique, soins de support...)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
4.6	Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocyto-pathologie.	DGESIP	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Proposition d'un nouveau schéma d'organisation du 3ème cycle des études médicales	30/06/14	Terminé
	Elaboration du référentiel de formation du DES d'anatomie et cythologie pathologiques	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : La réforme du 3e cycle des études de médecine s'inscrit désormais dans le cadre de la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, onthologie et pharmacie (CNEMMOP) créée par le décret le 03/07/2015 et réunie pour la première fois le 27/10/2015. le premier bureau, qui s'est tenu le 20/11/2015, a permis de constituer un groupe de travail dédié à la réforme du 3ème cycle des études de médecine dont les travaux sont attendus pour le premier semestre 2016. L'arrêté du 13/11/2015 fixe la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine qui prévoit un DES d'anatomie et cytologie pathologiques.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
4.7	Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.	INCa	Planning respecté

Commentaire : L'INCa et l'ONDPS ont signé une convention pour la période 2015-2018 au cours de laquelle l'ONDPS s'engage à fournir à l'INCa des données de formation initiale (effectifs des internes, services agréés et diplômés délivrés).

Le rapport sur l'analyse de la démographie médicale a été soumis pour relecture et avis au groupe d'experts ad hoc en novembre. Le rapport a été finalisé en janvier 2016 avec les retours des experts. Il porte sur les données de l'année 2013 afin d'assurer une continuité avec le rapport précédent (données 2012) et du fait de la mise à disposition retardée des données 2014 du PMSI.

## O 5 : ACCÉLÉRER L'ÉMERGENCE DE L'INNOVATION AU BÉNÉFICE DES PATIENTS

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Évolution, par rapport à 2013, du nombre de personnes incluses dans les essais cliniques thérapeutiques en oncologie Source : Numérateur : Nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques de l'année considérée Dénominateur : Nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques en 2013	97,23 %	10/07/15	113,58 % 31/12/18
Proportion d'enfants de moins de 18 ans inclus dans les essais cliniques de phase précoce Source : Numérateur : SFCE - Société Française de lutte contre les Cancers et leucémies de l'Enfant et de l'adolescent / Intergroupe pédiatrique Dénominateur : Registres pédiatriques des cancers ou PMSI MCO (ATIH)			%
Proportion de patients de plus de 75 ans inclus dans des essais cliniques Source : Numérateur : Nombre de patients de 75 ans et plus inclus dans des essais ouverts Dénominateur : Données incidence patients = 75 ans avec cancer	3,82 %	31/12/14	%
Proportion d'essais cliniques de phase précoce ouverts aux enfants dans les CLIP <sup>2</sup> ayant une compétence pédiatrique Source : CLIP <sup>2</sup>	8,23 %	31/12/14	%

### Sous objectif : Faire évoluer la recherche clinique et translationnelle en oncologie

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.1	Optimiser l'organisation de la recherche translationnelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.	Aviesan	Planning respecté
<p>Commentaire : L'appel à projets de recherche translationnelle en oncologie 2015 (PRTK2015) co-financé par l'INCa et la DGOS se déroule conformément au calendrier prévu. 162 lettres d'intention ont été initialement soumises dont 47 ont été retenues à l'issue du 1er comité d'évaluation qui s'est déroulé le 10 juin 2015. Lors de la 2ème réunion qui s'est déroulée le 24 novembre 2015, le comité d'évaluation scientifique a établi la liste des projets recommandés pour un financement. Cette liste est actuellement en cours de validation par les 2 institutions de financement (INCa et DGOS). Les résultats finaux de l'appel à projets seront publiés fin décembre-début janvier 2016.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.2	Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.	INCa; ITMO cancer	Planning respecté

Commentaire : L'enquête annuelle réalisée par l'INCa auprès de 190 établissements de santé recevant des financements dans le cadre des Plans cancer a permis d'évaluer les activités de recherche clinique en 2014. Le nombre total de patients inclus est de 42 803 ; une hausse de 97 % entre 2008 (année de référence) et 2014 a été observée. Au cours de la même période, le nombre de patients participant à des essais académiques a augmenté de 122 %, celui de patients participant à des essais industriels de 22 %.

La répartition des inclusions entre les différentes structures de soins reste sensiblement la même d'une année sur l'autre : les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et Centres de lutte contre le cancer (CLCC) assurent chacun 42 % du recrutement, les CH 10 % et le secteur libéral 6 %.

Pour 2014, on observe une baisse du taux d'inclusion de 2,8 % par rapport à l'année 2013 ; baisse observée notamment pour l'AP-HP et les structures publiques de proximité. Le taux d'inclusion dans les essais académiques par rapport aux essais industriels est stable (83/17), mais le nombre total de patients inclus dans ce type d'essai a sensiblement baissé en 2014, de 5,5 % (de -1 % dans les CLCC à -10 % dans les centres hospitaliers).

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.3	Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP2) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.	INCa; ITMO cancer	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	1 AAP CLIP <sup>2</sup> lancé	28/04/14	Terminé
	Lancement AAC labellisation CLIP <sup>2</sup>	08/07/14	Terminé
	Notification de la labellisation des CLIP <sup>2</sup>	31/03/15	Terminé
	2 nouveaux essais autorisés	30/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : Les premières demandes d'autorisation auprès du CPP et de l'ANSM, pour les essais sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets d'essais cliniques précoces sur 6 molécules du laboratoire Astra Zeneca, ont été soumises fin 2015. Ces essais devraient être autorisés début 2016 pour une ouverture aux inclusions avant la fin du premier trimestre 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.	LNCC (Ligue)	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Intégration des patients et leurs représentants dans la conception et la relecture des protocoles d'essais cliniques	31/12/14	Terminé
	Faire participer les comités de patients en recherche biomédicale dans la diffusion des résultats d'essais cliniques	31/12/15	Terminé
	Intégrer dans le registre des essais cliniques de l'INCa les résultats des essais cliniques achevés	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : Une centaine de relecteurs composent le Comité de patients pour la recherche clinique et 102 protocoles et lettres d'intention ont été relus au 26/11/2015. Un travail sur les résultats à destination des patients a débuté avec des promoteurs d'essais cliniques.			

**Sous objectif : Promouvoir une politique globale du médicament en cancérologie**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.	ANSM	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Réunion des responsables et responsables associés de l'action: définition des objectifs, agrément sur le plan d'actions	01/11/14	Terminé
	Définition de critères de priorité	01/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Afin de proposer des critères de priorisation du développement des médicaments, deux groupes de travail ont été mis en place. D'une part un groupe de travail interne à l'ANSM à la direction de l'oncologie et d'autre part un groupe d'experts externe constitué du groupe de travail oncologie/hématologie (GT OH).</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.6	Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : Un premier essai clinique évaluant une association de deux médicaments innovants (sans AMM) a été sélectionné dans le cadre d'un appel à projets sur 6 molécules du laboratoire Astra Zeneca.</p> <p>Cet essai qui a été soumis aux autorités compétentes pour autorisation, est financé par l'INCa en partenariat avec la Fondation ARC. Il sera conduit par le CLIP<sup>2</sup> du centre Léon Bérard (Lyon) et évaluera une combinaison thérapeutique de l'anticorps anti-PDL1 (MEDI4736) et d'un inhibiteur de CSF-1R (PLX3397) chez des patients atteints de cancer du pancréas ou colorectal à un stade avancé.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.	HAS; ANSM	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Réunion des responsables : définition des objectifs, actions et premiers jalons	19/09/14	Terminé
	Première proposition de plan d'action et constitution d'un groupe d'experts	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Elaboration des différentes étapes et validation du plan d'actions. Première réunion d'experts. Recensement et revue des dispositifs existants, en par	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : 5 axes stratégiques de réflexion ont été identifiés dans l'action 5.7 et vont être investigués. Une étude de benchmark international portant sur la définition de l'innovation médicamenteuse en cancérologie et les dispositifs facilitant son accès a été arbitrée. Le prestataire qui réalisera cette étude a été identifié.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.	CEPS	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Mise en place du comité de suivi des études en vie réelle (CEPS, HAS) - cf action 5.9	31/03/14	Terminé
Elaboration d'un rapport sur les procédures d'inscription des anticancéreux en 2013 et 2014	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Modification des procédures du Comité de l'Hospitalisation améliorant la visibilité des industriels sur les processus de radiation de la liste en sus	31/12/14	Terminé
Participation du CEPS au Conseil de l'Hospitalisation dans le cadre de la gestion de la liste en sus	31/12/14	Terminé
Elaboration d'une doctrine de tarification des biosimilaires	31/03/15	Terminé
Révision de la doctrine de tarification des médicaments anticancéreux	31/03/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
Campagne de révision du prix des médicaments anticancéreux utilisés dans le traitement du mélanome cutané	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Les actions qui devaient aboutir au 31/12/2014 sont retardées en raison d'une restriction momentanée de personnel du Comité économique des produits de santé (CEPS) qui a nécessité un recadrage des objectifs sur les tâches soumises à des délais législatifs et réglementaires. L'action sera finalisée au premier trimestre 2016.</p> <p>L'élaboration de la doctrine de tarification des biosimilaires a été publiée dans le rapport d'activité 2014 publié en septembre 2015.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.9	Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.	CEPS	Planning respecté
<p>Commentaire : Le comité de suivi des études en vie réelle se réunit régulièrement tous les trimestres. Il réunit la HAS et le CEPS.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.10	Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.	DGOS	Achevée
<p>Commentaire : L'enjeu de meilleure prise en compte de l'innovation dans les médicaments facturables en sus des prestations hospitalières, a donné lieu en début d'année 2015 à une révision de la dernière recommandation, datant du 18 novembre 2010, relative à la liste des médicaments facturables en sus.</p>			

### Sous objectif : Créer les conditions d'une diffusion rapide de l'innovation technologique

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.	DGOS	Retard (plus de 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Conception du Comité de Veille Technologique (CVT) et définition du périmètre de la veille technologique	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
Ajustement du dispositif d'évaluation des actes et dispositifs médicaux : évaluation des consommables onéreux	30/05/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Ajustement du dispositif d'évaluation des actes et dispositifs médicaux : forfait innovation	30/06/15	Terminé
Définition par le CVT des modalités de veille technologique sur la base des recommandations internationales, des bulletins et de la communication	30/06/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Poursuite du programme PREPS permettant d'évaluer des modalités organisationnelles innovantes	30/06/15	Terminé
Déploiement des modalités de veille technologique définies par le CVT à l'ensemble des acteurs locaux (DRCI...)	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Le calendrier de cette action (en particulier de son jalon 5.11.1) a été décalé en raison d'un travail exploratoire initial sur différentes options permettant d'organiser la veille nationale et internationale souhaitée. La nomination d'un Haut Délégué à l'innovation, annoncée par la ministre en charge de la Santé à l'automne 2015 et dont la lettre de mission comporte explicitement cette fonction, devra permettre d'apporter dans les mois à venir la solution et l'organisation attendues.</p> <p>Des travaux préparatoires ont été engagés en 2014 autour de la structuration d'un dispositif de veille technologique nationale, permettant une première approche du processus de remontée des données, du périmètre des technologies éligibles, des acteurs locaux à mobiliser. Ces travaux se sont poursuivis au 1er semestre 2015 avec l'objectif de consolider le pilotage du projet au niveau national.</p> <p>Les travaux permettant l'évaluation et la prise en charge des consommables onéreux invasifs sont en cours (création d'un titre V dédié au sein de la LPP). Cette mise en place a requis des travaux réglementaires (décret et arrêtés actuellement en cours de préparation) publiés à la fin de l'année 2015.</p> <p>Concernant le forfait innovation, l'ensemble des textes juridiques et guides informatifs ont été publiés en juillet 2015. Le dispositif sera alors pleinement fonctionnel dès juillet.</p> <p>Le Programme de recherche sur la performance du système (PREPS) est poursuivi (campagne 2015), sans nécessité de créer un programme spécifique pour le cancer, le PREPS actuel couvrant d'ores et déjà pleinement ce besoin.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.	DSS	Achevée
Commentaire : Le décret d'application de la loi de santé est paru au Journal Officiel le 18 février 2015.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
5.13	Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.	ITMO Technologies pour la santé	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Mise en place de 2 domaines de valorisation dans le cadre du Consortium de valorisation d'Aviesan : Innovation thérapeutique, dispositifs médicaux	31/12/14	Terminé
	Identification de la propriété intellectuelle	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	identification des projets d'imagerie, de robotique, de chirurgie et de biophysique à soutenir	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)



Commentaire : Identification de la propriété intellectuelle:  
Celle-ci a été réalisée. Il ne s'agit cependant que de certains éléments de propriété intellectuelle, l'item étant beaucoup trop large pour que toute la propriété intellectuelle sur l'ensemble du domaine soit analysée telle quelle de façon pertinente. Ci-dessous les éléments analysés.

- Analyse du panorama de l'environnement technico-économique et positionnement de familles de brevets concernant des agents d'imagerie en oncologie
- Cartographie des publications dans le domaine de la radiothérapie complété par un Panorama et positionnement de la PI /clinique pour ce qui concerne les nanoparticules radiosensibilisantes. (2015)

Identification des projets :

- Quelques projets d'agents d'imagerie sont soutenus par le fonds d'intervention de l'Inserm ou par d'autres partenaires (CEA).

Des analyses des points bloquants et des recommandations du Consortium de valorisation thématique (CVT) sont en cours pour ce qui concerne le soutien à l'émergence de NP radiosensibilisantes.

## O 6 : CONFORTER L'AVANCE DE LA FRANCE DANS LA MÉDECINE PERSONNALISÉE

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Délai médian de rendu de résultat pour tout test de génétique constitutionnelle Source : Laboratoires d'oncogénétique	231	31/12/14	40   31/12/18
Délai médian pour l'examen complet des gènes BRCA (ou d'un panel de gènes en lien avec le syndrome seins-ovaires) chez un cas index. Les patients testés dans ce contexte représentent 56% de tous les cas index testés par les 25 laboratoires d'oncogénétique.			
Nombre de patients bénéficiant d'une analyse complète du génome tumoral Source : Structures de séquençage identifiées	0	31/12/15	50 000   31/12/18
Essais Multisarc et Acompl non débutés - action transférée à l'INSERM			
Nombre de patients bénéficiant d'un test moléculaire de recherche de mutation prédisposant au cancer Source : Laboratoires d'oncogénétiques	6 524	31/12/14	
2863 cas index et 3661 apparentés			
Nombre de tests réalisés sur les personnes atteintes d'un cancer de l'ovaire au stade métastatique Source : Dispositif d'oncogénétique			
Nombre de tumeurs analysées sur un panel de 100 gènes pour lesquels on dispose de la thérapie ciblée Source : Plateformes de génétique moléculaire	9 000	31/12/14	60 000   31/12/18
Les panels de gènes de référence INCa comptent entre 15 et 24 gènes et non 100 gènes.			

### Sous objectif : Permettre un accès large au diagnostic individualisé

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
6.1	Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.	INCa	Planning respecté

Commentaire : 6.1.1 - Faciliter l'accès de tous au dispositif d'oncogénétique.

- "Oncogénétique 2014 : consultations, laboratoires et prise en charge" : publication décembre 2015

6.1.2 - Remédier au déficit d'accès au dispositif d'oncogénétique pour les personnes prédisposées aux cancers digestifs (syndrome de Lynch en particulier).

Des actions visant à optimiser l'orientation vers l'oncogénétique des patients potentiellement concernés par un syndrome de Lynch ont été engagées en 2014 et seront finalisées fin 2015-début 2016 :

- Dans un contexte de suspicion de syndrome de Lynch, rédaction de bonnes pratiques des tests somatiques recherchant une déficience du système MMR dans les tumeurs: finalisation fin 2015, publication janvier-février 2016.
- Plaquette d'information à destination des professionnels et renforcement des interactions entre les professionnels concernés au sein des régions : 1<sup>e</sup> semestre 2016.

6.1.3 - Être en mesure d'implémenter dans le dispositif d'oncogénétique l'arrivée de traitements spécifiques.

L'arrivée sur le marché des inhibiteurs de Poly (ADP ribose) polymérase (PARP), constituant l'unique alternative médicamenteuse pour des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire de haut grade en rechute et porteuses d'une mutation BRCA, impacte l'organisation de la génétique oncologique en France. Dans ce contexte, l'INCa a engagé plusieurs mesures visant à accompagner les structures et professionnels concernés :

- Soutien de 5 centres de criblage BRCA ayant pour objectif d'identifier le statut BRCA des patientes éligibles à l'inclusion dans l'essai clinique européen PAOLA1 : 101 patientes testées ou en cours de test début novembre 2015.
- Appui des autres équipes françaises afin de mettre rapidement en place l'analyse NGS des gènes BRCA sur prélèvement tumoral : 10 équipes soutenues fin 2015
- Poursuite des travaux engagés en 2014 avec le comité de cliniciens, oncogénéticiens et biologistes : réflexion sur les conditions d'information des patientes du fait de la portée familiale du test à réaliser.
- Réflexion autour des consultations d'oncogénétique en collaboration avec l'ABM (amélioration du maillage territorial, conduite d'une consultation type, informatisation, ressources humaines, financements...) : travail en cours.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
6.2	Conforter l'accès aux tests moléculaires.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Réalisation d'une enquête sur les délais de réalisation des tests moléculaires dans les plateformes de 5 ARS.	31/08/14	Terminé
	Réalisation d'une enquête sur l'accès aux tests moléculaires auprès des oncologues prescrivants des traitements par chimiothérapie	31/12/14	Terminé
	Procédure d'inscription à la nomenclature des tests en sortie de référentiel BHN opérationnelle	31/12/15	Terminé
	Résultats de l'étude sur l'étude de l'impact économique du recours aux techniques de NGS ciblé	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : - Deux enquêtes prospectives ont été réalisées dans 5 régions pilotes pour évaluer l'accès des patients aux tests moléculaires sur le territoire. La première enquête réalisée dans les plateformes de génétique moléculaire a permis de mesurer les délais de réalisation des tests moléculaires et d'identifier les établissements prescripteurs dans chaque région. L'analyse des données de la deuxième enquête, réalisée auprès des oncologues, a permis de caractériser plus finement les pratiques de prescription des tests en fonction des établissements de prise en charge des patients. Un document présentant les résultats des enquêtes a été réalisé et sera publié début 2016.

- La DGOS a publié en août 2015 une instruction relative à la réforme des modalités de financements des actes innovants hors nomenclature. Cette instruction prévoit la mise en place d'un recueil systématique des données cliniques et médico-économiques en vue de faciliter leur évaluation par la HAS pour une inscription à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ou la classification commune des actes médicaux (CCAM).

- La liste des actes inscrits au nouveau référentiel RIHN inclut désormais des forfaits pour les analyses réalisées par la technique de NGS, ainsi que des actes pour les tests de pharmacogénétique constitutionnelle. Ce nouveau référentiel entrera en vigueur en janvier 2016.

### Sous objectif : Valider et déployer les nouvelles techniques d'analyse des tumeurs

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
6.3	Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Ouverture aux inclusions des essais SAFIRO2 sein et poumon (séquençage ciblé)	31/12/14	Terminé
	Autorisation de nouveaux essais guidés par la génomique avec séquençage de l'exome	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Les essais Safir02-Breast et Safir02Lung sont ouverts aux inclusions depuis mars 2014 pour les cancers du sein et du poumon. Ils ont recours au NGS ciblé.</p> <p>Des essais cliniques guidés par le séquençage de l'exome sont en cours de mise en œuvre dans les cancers colorectaux et les sarcomes.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
6.4	Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : En s'appuyant sur l'expérience acquise pendant cette phase pilote, le NGS a été déployé en 2015 dans l'ensemble des plateformes de génétique moléculaire et des laboratoires d'oncogénétique. Les financements de l'INCa vont permettre de soutenir la phase de validation technique du NGS et le recrutement de bioinformaticiens au sein des équipes.</p> <p>Un document d'aide à la validation de méthode pour le séquençage de nouvelle génération d'un panel de gènes pour l'analyse des tumeurs a été élaboré. Ce document doit permettre d'harmoniser les pratiques entre laboratoires et d'accompagner les laboratoires dans leur démarche d'accréditation.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
6.5	Générer et comprendre les grandes données.	Aviesan	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Démarrage du groupe de travail	22/12/14	Terminé
Réception des propositions sur l'organisation, le stockage et l'interprétation des données	31/05/15	Terminé
Programmation de l'action	30/09/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
<p>Commentaire : Le Premier Ministre a confié en avril 2015 au Président d'Aviesan la mission de déterminer les conditions nécessaires pour permettre le séquençage du génome entier en routine et de donner des recommandations sur l'organisation de l'infrastructure du séquençage, d'acquisition, de gestion et d'analyse de données. Cette mission dépasse le seul cadre du cancer et l'action 6.5 du Plan cancer doit s'intégrer dans cette réflexion globale.</p> <p>Les travaux ont débuté dès le mois de mai, un modèle d'organisation a été présenté. De nouveaux groupes de travail ont été constitués afin de présenter un plan national en janvier 2016 dans lequel seront intégrés les cancers.</p> <p>De nouveaux jalons seront définis suite à la parution de ce plan.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
6.6	Intégrer les études génomiques des cancers dans une vision scientifique globale de l'hétérogénéité des tumeurs et de leurs relations avec le stroma et le système immunitaire	INCa; ITMO cancer	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	1) Symposium sur les résultats des projets ICGC France-2015	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : L'ITMO Cancer va publier début 2016 un nouvel appel à projets pour financer des projets de recherche dans le domaine de l'hétérogénéité fonctionnelle des relations cellulaires tumorales dans leur écosystème. Le but est de promouvoir la mise en place d'une importante quantité de ressources et de compétences afin de conduire des projets de recherche interdisciplinaires nécessitant la coopération d'équipes nationales provenant de domaines différents, comme la biologie cellulaire, la modélisation mathématique, la génétique et l'épigénomique, ou encore la mécanobiologie.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
6.7	Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins	Aviesan	Planning respecté

## II. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

### O 7 : ASSURER DES PRISES EN CHARGE GLOBALES ET PERSONNALISÉES

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Proportion de personnes, proches, professionnels ayant une connaissance de l'existence de la plateforme CancerInfo Source :	1 %	01/12/13	25 % 31/12/18
Proportion d'essais cliniques dont le protocole a été relu par un comité de patients et dont la fiche d'information a été mise à disposition Source : Comités des patients et Registre des essais cliniques (nombre d'essais ouverts et actifs sur la période)			%
Proportion d'essais cliniques dont les résultats sont publiés sur le registre des essais cliniques Source : Registre des essais cliniques			%
Taux de remise d'un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) aux personnes atteintes d'un cancer Source : Numérateur : 1er temps : Enquête annuelle INCa des tableaux de bord 3C/RRC (Réseaux régionaux de cancérologie) 2ème temps : Collecteur national des documents du parcours en cancérologie issus du DCC Dénominateur : PMSI (MCO et fichiers FichComp et RSFA) et SNIIR-AM			80 % 31/12/18
Taux de transmission du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC) au médecin traitant Source : Numérateur et dénominateur: 1er temps : Enquête annuelle INCa des tableaux de bord 3C/RRC 2ème temps : Collecteur national des documents du parcours en cancérologie issus du DCC			100 % 31/12/18
Taux de transmission du programme personnalisé de soins (PPS) au médecin traitant Source : Numérateur et dénominateur: 1er temps : Enquête annuelle INCa des tableaux de bord 3C/RRC 2ème temps : Collecteur national des documents du parcours en cancérologie issus du DCC			100 % 31/12/18

#### Sous objectif : Fluidifier et adapter les parcours de santé

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.	INCa	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.	INCa	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.3	Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : Afin de mieux répondre aux besoins des patients et de prendre en compte les évolutions des prises en charge en cancérologie, les programmes personnalisés de soins et d'après-cancer vont évoluer. Un groupe de travail "Métier" sera chargé de proposer un contenu minimum (les particularités propres à certaines populations, enfants notamment) devront être prises en compte, ainsi que des modalités d'utilisation en vue de l'intégration de ces outils dans le DCC (2015 pour le PPS et 2016 pour le PPAC). A terme, ils seront intégrés dans le DCC.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.4	Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.	DGOS	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Analyse des leviers pertinents pour déploiement dans les organisations et les pratiques	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Intégration de la problématique dans la réflexion CORETAH CANCER sur les évolutions du modèle de financement (cf. action 17.3)	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Cadrage national du dispositif d'articulation ville-hôpital préconisé à l'issue des traitements hospitaliers (DGOS-INCa)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : La consultation de fin de traitement fait partie intégrante des travaux engagés par la DGOS, en concertation avec l'ensemble des acteurs et partenaires en cancérologie, sur l'évolution des modèles d'organisation et de financement en cancérologie. Elle est à apprécier au regard des différentes modalités de traitement du cancer.</p> <p>A titre d'exemple, le nouveau modèle de financement de la radiothérapie (construction en cours de finalisation) devrait prendre en compte le financement de la consultation de fin de traitement dans la logique de financement forfaitaire à "l'épisode de soins".</p> <p>Par ailleurs, les objectifs de l'action 7.4 (le bon déroulement de la consultation de fin de traitement, ainsi que de façon générale l'articulation entre l'hôpital et la ville) sont très liés aux travaux actuellement conduits par l'INCa sur les évolutions des projets personnalisés de soins et des projets personnalisés de soins de l'après-cancer et sur le déploiement du dossier communicant de cancérologie. Ils en suivent logiquement le calendrier de mise en oeuvre.</p> <p>Enfin, l'enjeu de la fin de traitement et des échanges d'information à consolider à ce moment clé est pris en compte dans l'expérimentation conduite par la DGOS et l'INCa sur le "parcours personnalisé en cancérologie" (action 16.5) avec 45 équipes participantes. La conduite de l'expérimentation IDEC permettra d'évaluer les organisations et supports d'information les plus pertinents pour répondre à cet enjeu.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.5	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	SGMAS	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
HAD : Rapport HAS sur l'évaluation médico-économique de la chimiothérapie en HAD (iv et per os) (DGOS)	31/12/14	Terminé
ESMS : Accès au dépistage des personnes handicapées - cf. Action 1.7 du Plan cancer	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
ESMS : Bilan de l'expérimentation de conventions entre établissements de santé et MAS-FAM pour la prise en charge de personnes handicapées (DGCS)	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
ESMS : Enquête sur l'accès aux soins des personnes handicapées (feuille de route du CIH et préparation de la conférence nationale du Handicap)	30/06/15	Terminé
STSP : Lancement du déploiement du service territorial de santé au public tel que prévu par la loi de santé et dans les suites du PAERPA	30/06/15	Abandonné
Analyse du PMSI HAD par l'ATIH	31/12/15	Terminé
HAD / ESMS : Bilan de l'expérimentation de l'intervention de l'HAD dans les ESMS de 4 régions.	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
HAD : Premier bilan de l'application de la circulaire de déc. 2013, pour le maintien à domicile des personnes atteintes de cancer (chimiothérapie, so	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : 1/ Hospitalisation à domicile (HAD) : Le rapport réalisé par la Haute Autorité de santé sur l'évaluation médico-économique de la chimiothérapie en iv et per os (HAD) à la demande de la DGOS a été publié en janvier 2015. Il a servi de base au lancement des travaux sur la réforme du modèle de la HAD (Hospitalisation à domicile) et sur la revalorisation tarifaire des prises en charge coûteuses en HAD.</p> <p>2/L'enquête relative à l'accès aux soins des personnes handicapées (feuille de route de la Classification internationale des handicaps (CIH) et préparation de la conférence nationale du Handicap (CNH)) est terminée. Elle conclut à ce que, qu'elles soient reconnues ou non, les limitations fonctionnelles font obstacle au recours au dépistage. Cette enquête a donné lieu à la publication par l'IRDES d'un rapport en juin 2015 (cf. Les rapports de l'IRDES n° 560 • Juin 2015 : l'accès aux soins courants et préventifs. des personnes en situation de handicap en France Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages); par ailleurs une instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap a été publiée (financement du Fonds d'intervention régional (FIR)).</p> <p>3/Le bilan de l'expérimentation de conventions entre établissements de santé et les maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisés (MAS-FAM) pour la prise en charge de personnes handicapées (DGCS): il est demandé de supprimer ce jalon, compte tenu de la mise en place d'une feuille de route sur l'accès aux soins des personnes handicapées qui comprend un ensemble de mesures visant notamment à favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées en ambulatoire ou en établissement de santé et à améliorer la coordination des acteurs entre le secteur sanitaire et médico-social. Dans ce cadre, il n'est pas prévu de faire un état des lieux des conventions signées entre des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux.</p> <p>4/Service territorial de santé au public : Ce projet a disparu dans la dernière version de la loi de modernisation du système de santé et est remplacé par la Communauté professionnelle territoriale de santé.(cf. ASSEMBLÉE NATIONALE 13 mars 2015 AMENDEMENT N° AS1324).</p> <p>5/L'analyse du PMSI HAD par l'ATIH est terminée: l'ATIH réalise depuis 2014 l'analyse du PMSI des structures HAD. Des données annuelles sont disponibles. Elles ont été utilisées par le bureau R4 de la DGOS pour réaliser un état des lieux sur le développement de la chimiothérapie en HAD et une analyse au regard des autres modes de prise en charge. Il n'y a pas de rapport spécifique écrit sur l'utilisation de ces données pour l'instant.</p> <p>6/ L'évaluation de l'expérimentation de l'HAD dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) de 4 régions a été conduite et a permis de dégager un certain nombre de propositions visant à renforcer le développement de l'HAD dans les ESMS qui vont être soumises à l'arbitrage des cabinets en vue de les présenter aux partenaires intéressés, notamment les fédérations gestionnaires d'ESMS. Par ailleurs, une feuille de route sur l'accès aux soins des personnes handicapées est mise en place. Elle comprend un ensemble de mesures visant notamment à favoriser l'accès aux soins somatiques des personnes handicapées en ambulatoire ou en établissement de santé et à améliorer la coordination des acteurs entre le secteur sanitaire et médico-social commentaire DGCS.</p>		



7/Le premier bilan de l'application de la circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013, pour le maintien à domicile des personnes atteintes de cancer est en cours : il n'y a pas de bilan officiel des suites de cette circulaire. Un rapport de la DGOS (bureau R4 « Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale ») a été fait sur le développement de la chimiothérapie en HAD en lien avec la circulaire de décembre 2013, mais il n'a pas encore été validé. A partir de cet indicateur, des modes de prise en charge principaux (MPP) ont été définis. Ils sont mesurés annuellement en nombre de journées :

13 Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse  
 5 Chimiothérapie anticancéreuse  
 17 Surveillance de radiothérapie

8/Recueil d'information relatif à certains traitements coûteux dans les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015 relative à la mise en place d'un recueil d'information sur les traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile.

Selon cette instruction, le recueil se fera sur la période de janvier 2015 à octobre 2015 pour les établissements et ARS, puis à partir du 1er mars 2016 pour l'ATIH.

HAD : Rapport HAS sur l'évaluation médico-économique de la chimiothérapie en HAD (iv et per os) (DGOS) Terminé : Publication en janvier 2015.

Ce rapport a contribué au lancement de travaux sur la réforme du modèle HAD et la revalorisation tarifaire des prises en charge coûteuses.

ESMS : Accès au dépistage des personnes handicapées - cf. Action 1.7 du Plan cancer liée avec le jalon "Enquête sur l'accès aux soins des personnes handicapées" En cours

Les principales actions concernant l'accès au dépistage des personnes handicapées ont été abordées par la CNH de 2014 et le CIH en 2013.

ESMS : Enquête sur l'accès aux soins des personnes handicapées (feuille de route du CIH et préparation de la conférence nationale du Handicap) Terminé

Qu'elles soient reconnues ou non, les limitations fonctionnelles font obstacle au recours au dépistage. Suite à cette enquête, une instruction va être publiée pour des consultations de soins courants dédiés aux personnes handicapées (financement FIR).

- INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap

- Les rapports de l'IRDES n° 560 • Juin 2015 : L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages.

ESMS : Bilan de l'expérimentation de conventions entre établissements de santé et MAS-FAM pour la prise en charge de personnes handicapées (DGCS) - ? En cours (réponse de la DGCS en attente).

STSP : Lancement du déploiement du service territorial de santé au public tel que prévu par la loi de santé En cours - Le STSP n'existe plus dans le projet de loi, il est remplacé par la Communauté professionnelle territoriale de santé.

- ASSEMBLÉE NATIONALE 13 mars 2015 AMENDEMENT N° AS1324

### Sous objectif : Améliorer la qualité de vie par l'accès aux soins de support

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.6	Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.	INCa	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
"Référentiel national de processus d'évaluation/orientation/accompagnement de patients en souffrance psychique": mise en place d'un groupe de travail	31/12/14	Terminé
Mise en place d'un GT pluriprofessionnel et institutionnel sur les SOS permettant de caractériser les actions à mettre en place dans le cadre du plan	30/06/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Rédaction du référentiel national des processus d'évaluation/orientation/accompagnement de patients en souffrance psychique	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : - La mise en place du groupe de travail pluriprofessionnel et institutionnel sur les soins de support affiche un retard, elle est à prévoir pour 2016.</p> <p>- La rédaction du référentiel organisationnel de prise en charge des patients en souffrance psychique est en cours.</p> <p>- Le volet soins de support du PPS a été finalisé fin mai 2015 par le groupe de travail métiers "évolution du PPS".</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.7	Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Adaptation du financement des soins de support : remodelisation de la MIG qualité transversale	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Cadrage des orientations nationales en termes de soins de support de cancérologie	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	intégration de la problématique "soins de support" dans la réflexion CORETAH Cancer	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Le calendrier de cette action est décalé, dans l'attente de l'expertise INCa à rendre sur le panier de soins de support à mobiliser à l'appui des parcours cancer (saisine DGOS du 29 juillet 2015).</p> <p>La DGOS a consacré en 2015 des travaux spécifiques à l'enjeu d'évolution du financement des soins oncologiques de support. Une concertation approfondie avec l'ensemble des acteurs et professionnels de ce champ a été menée et a permis d'établir un état des lieux des leviers et freins au développement de ces soins. Une analyse de la littérature est en cours, sous pilotage INCa, pour permettre d'identifier de façon précise et actualisée, les soins de support prioritaires à mobiliser à l'appui des parcours cancer. A partir de ces différents éléments, une réforme de l'organisation et du financement des SOS sera conduite en 2016 pour consolider le financement des SOS hospitaliers, inciter à l'investissements des acteurs du premier recours et clarifier le cadre d'intervention de chacun de ces acteurs aux niveaux des régions et des territoires.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.	DGCS	Achevée
<p>Commentaire : Une circulaire de janvier 2015 a généralisé la démarche de mise en œuvre de schémas départementaux des services aux familles, initialement expérimentale. Le guide pour l'élaboration de ces schémas, publié en juin 2015, prend en compte cette action du plan cancer.</p>			

**Sous objectif : Faciliter la vie à domicile ou offrir des hébergements adaptés**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.	DGCS	Achevée
<p>Commentaire : Le groupe de travail mis en place a réalisé un état des lieux des dispositifs d'aides et d'accompagnement à domicile mobilisables par des personnes atteintes de cancer. Un document de restitution est en cours de finalisation. Ce travail a permis d'identifier des leviers d'amélioration et de proposer des actions à mener.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.10	Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.	DGCS	Achevée
<p>Commentaire : Le soutien des aidants est un axe important des politiques en faveur des personnes handicapées, en perte d'autonomie ou atteintes de maladies chroniques.</p> <p>La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement comprend des dispositions qui prévoient la prise en compte des besoins des aidants lors de l'évaluation multidimensionnelle conduite pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ainsi que dans le plan d'aide. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a pour mission d'élaborer ce(s) référentiel(s) d'évaluation multidimensionnelle qui seront publiés par arrêté. La loi prévoit aussi, pour les bénéficiaires de l'APA, un « module » destiné à financer le répit des aidants. Ces dispositions entreront en vigueur en 2016.</p> <p>Un nouveau formulaire de demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), en cours d'expérimentation, comprend un volet dédié aux besoins des aidants.</p> <p>Plusieurs plans de santé récents comportent des mesures destinées aux aidants (plan autisme, plan maladies neurodégénératives, plan de prévention de la perte d'autonomie, schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018, Feuille de route sur l'accès aux soins des personnes handicapées...). Il est important, dans la mise en œuvre de ces actions, de rechercher le maximum de transversalité et de cohérence, tout en tenant compte des spécificités des situations patients et des besoins des aidants.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.11	Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.	DGOS	Planning respecté
<p>Commentaire : La possibilité pour les établissements de santé de proposer un hébergement non médicalisé de proximité a été introduite par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale 2015, dans un cadre expérimental. Même si elle n'est pas spécifique au cancer, cette expérimentation inclura la réponse aux besoins exprimés dans le champ de la cancérologie.</p> <p>Sous l'égide de la DGOS, un groupe de travail a été mis en place en mai 2015 et s'est réuni à deux reprises pour définir les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation. Celles-ci ont donné lieu à l'élaboration d'un projet de décret qui vise à permettre le lancement opérationnel des expérimentations en cours d'année 2016.</p> <p>Dans le même temps, la HAS a été saisie d'une demande de cahier des charges pour préciser les critères d'éligibilité des patients : il est important de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, notamment en définissant préalablement les patients susceptibles de bénéficier de cet hébergement. Le rapport d'orientation de la HAS sur les "critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé" est disponible sur le site de la HAS depuis décembre 2015.</p> <p>Cette expérimentation pourra être lancée en 2016 après concertation auprès des professionnels du projet de décret et après validation de ce dernier par le Conseil d'Etat. Ce dispositif pourra faire l'objet d'un accompagnement par le FIR (fonds d'intervention régional).</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.	DGCS	Planning respecté

Commentaire : La circulaire de délégation des crédits de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) spécifique, publiée le 15 octobre 2015, prévoit la création de 50 places de lits halte soins santé (LHSS) et de 75 places de lits d'accueil médicalisés (LAM).  
L'année 2014 a permis la création de 75 nouveaux LHSS et de 75 nouveaux LAM.  
Le décret concernant les LAM et les LHSS est paru au JO le 13 janvier 2016.

**Sous objectif : Permettre à chacun d'être acteur de sa prise en charge**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.	INCa	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	INCa	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	LNCC (Ligue)	Planning respecté

Commentaire : 3 régions pilotes ont été retenues afin de mener les expérimentations :  
 - Alsace - Lorraine - Champagne-Ardennes  
 - PACA  
 - Pays de la Loire  
 Grâce au soutien des Comités départementaux de la Ligue et aux fédérations hospitalières qui composent le Comité de pilotage, une sélection d'établissements susceptibles de participer à l'expérimentation a été préparée. Un "panachage" entre établissements publics/privés, établissements de petite / moyenne importance / CHU / CLCC est privilégié afin que l'expérimentation soit menée dans des établissements variés.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.	INCa	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	7.16.1 : Reflexion d'équipe - process de collaboration - création formulaire	30/09/14	Terminé
	7.16.1 : Validation process final	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	7.16.1 : Envoi formulaire pour récupération des résultats d'essais	30/06/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	7.16.1 : Réception premiers résultats d'essais	30/11/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : Les résultats à publier et la validation de ces résultats restent encore à déterminer. La recherche de solution à ces problématiques est responsable du retard constaté de la mise en œuvre de cette action.

## O 8 : RÉDUIRE LES RISQUES DE SÉQUELLES ET DE SECOND CANCER

### Sous objectif : Systématiser la prévention et la prise en charge des séquelles

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité	ABM	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Analyse de l'offre : maillage territorial des centres AMP et des centres de prise en charge pour le cancer	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Analyse quantitative et qualitative de l'activité de conservation des gamètes et tissus germinaux au niveau national et au niveau régional	30/06/15	Terminé
	Evaluation des besoins : définir la cible populationnelle en fonction des indications (à déterminer qd cela est possible (GT à constituer)	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Information des patients : par exemple website fertilité INCa et ABM	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Information des professionnels : notamment séminaire, GT (sous réserve des conclusions du jalon précédent)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Plateformes clinico-biologiques de préservation de la fertilité : Expertise et définition du concept : mission, composition, fonctionnement	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Préservation de la fertilité dès le dispositif d'annonce (cf. action 7.2.)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Recherche : bilan des travaux et des leviers : Appel à projet, base de données médico-sociales	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	<p>Commentaire : Un point d'avancement est prévu pour le groupe de pilotage en janvier 2016. Une enquête auprès des ARS a été réalisée sur proposition de la DGOS portant sur les actions menées au niveau régional en faveur de la préservation de la fertilité. Cette enquête n'avait pas été prévue initialement dans la description des jalons de l'action, mais elle sera très utile pour mobiliser les ARS sur ce sujet et faire un état des lieux. Le recueil des réponses est maintenant terminé et nous passons à la phase d'analyse.</p> <p>Par ailleurs, une autre enquête menée par l'Agence dans le cadre de ses missions propres à l'aide médico-psychologique (AMP) porte sur les attributions de missions d'intérêt général (MIG) aux centres d'AMP dont un compartiment est fléché sur l'activité de préservation de la fertilité. Les résultats de cette enquête mettant en exergue les difficultés rencontrées dans l'utilisation concrète des MIG concernant notamment le secteur de la PF seront utilisés dans le cadre de l'action 8.1.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Concertation avec le groupe de travail Cancéropédiatrie	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Commentaire : Le groupe de cancéropédiatrie est en cours de constitution.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
8.3	Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.	INCa	Planning respecté

### Sous objectif : Généraliser une démarche de prévention après un diagnostic de cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
8.4	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.	DGS	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Inscription au PLFSS 2015 du forfait de remboursement des TNS à 150 euros	30/09/14	Terminé
	Etat des lieux sur la prévention du tabagisme des patients dans 20 établissements autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer (INCa)	31/12/14	Terminé
	Mise en œuvre du triplement du forfait d'aide au sevrage tabagique pour les patients atteints de cancer (ALD 30)	30/06/15	Terminé
	Rapport INCa sur le repérage systématique et le sevrage des patients fumeurs après tout diagnostic de cancer	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Inscription systématisée de la consommation de tabac et de son suivi dans les nouveaux éléments du dossier du patient atteint de cancer (PPS-PPAC)	30/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Inscrire l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation cancer : définition du critère et calendrier	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Le remboursement du forfait traitement nicotinique de substitution (TNS) à hauteur de 150 euros est effectif depuis septembre 2014 pour les jeunes de 20-25 ans.</p> <p>Le jalon Intégrer l'arrêt du tabac dans les recommandations de traitement de tous les cancers et inscrire l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation (avant 31 décembre 2015) affiche un retard. En mars 2015, le premier référentiel national de RPC (cancer du poumon) a bien inscrit l'accompagnement au sevrage tabagique comme une modalité à intégrer à la prise en charge thérapeutique.</p> <p>Concernant les patients en ALD cancer, le forfait TNS est disponible depuis mi 2015. Une revue de la littérature sur les bénéfices de l'arrêt tabagique après diagnostic de cancer et des enquêtes auprès des professionnels de santé ont été réalisées par l'INCa en 2014 et 2015, et seront publiées au 1er semestre 2016. Ces éléments permettront l'élaboration d'outils d'aide à la pratique pour les professionnels de santé.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.	INCa	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
8.6	Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	INCa	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Inscrire le poids du patient comme un élément indispensable à renseigner dans les nouveaux éléments du dossier du patient (PPS/PPAC)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Publication du rapport INCa sur les bénéfices de l'AP pour le patient atteint de cancer	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Le travail d'expertise scientifique pour déterminer les bénéfices de l'activité physique pratiquée pendant et après les traitements d'un cancer, les freins et les facilitateurs de cette pratique ainsi que certaines conditions permettant son intégration dans le parcours du patient est en cours de finalisation à l'INCa. La publication est prévue avant la fin du premier semestre 2016.</p> <p>Concernant la mise à disposition d'une offre d'activité physique, l'année 2015 a été marquée par plusieurs éléments qui doivent s'avérer être des leviers. Le premier est l'adoption en novembre par l'assemblée nationale d'un amendement, dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, qui prévoit la possibilité de prescription d'une activité physique adaptée à la pathologie par le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une maladie de longue durée. Cette thématique a été discutée lors de la réunion "Plan cancer" INCa-ARS le 18 juin 2015, pour faire le point sur le déploiement en région du Plan "sport, santé, bien-être" (demandé aux ARS depuis 2012). Un groupe de travail en cours à la DGS prévoit la définition des compétences requises pour l'encadrement de séances d'activité physique des personnes atteintes de maladies chroniques.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.	Fondation ARC	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Validation du calendrier des actions à mener sur la durée du Plan par responsables de l'action, identification de potentiels partenaires	31/12/14	Terminé
	Pour la mise en œuvre des actions proposées : identification des chercheurs/acteurs terrain à solliciter + concertation	30/06/15	Terminé
	Publication du rapport INCa sur tabagisme des patients atteints de cancer	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	colloque/journée workshop réunissant les acteurs potentiellement intéressés par les AAP qui seront lancés	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Kickoff des travaux du réseau pluridisciplinaire sur la thématique "professionnels de santé"	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Publication du rapport INCa activité physique et cancer	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : L'organisation du colloque (programme, sollicitations des intervenants, logistique) est actuellement en cours. Initialement prévu en décembre 2015, le colloque est reporté au 24 mars 2016. Le kickoff des travaux du réseau "professionnels de santé" est décalé (le nouveau calendrier sera précisé dans un second temps). Le rapport INCa sur le tabagisme des patients atteints de cancer est en cours de validation (publication prévue après le 1er janvier 2016). La publication du rapport INCa activité physique et cancer est décalée au 1er semestre 2016. Les autres jalons ne sont pas modifiés.</p>			

## O 9 : DIMINUER L'IMPACT DU CANCER SUR LA VIE PERSONNELLE

### Sous objectif : Permettre la poursuite de la scolarité et des études

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.	DGESCO	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Définition du cadre de la rénovation de la circulaire interministérielle relative aux projets d'accueil individualisé (PAI)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Sensibilisation des acteurs aux spécificités du cancer chez l'enfant	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Définition du cadre de la rénovation de la circulaire interministérielle relative aux projets d'accueil individualisé (PAI) : il est prévu de rénover, en lien avec celle du SAPAD (service d'assistance pédagogique à domicile), la circulaire interministérielle de 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Ceci nécessite de travailler avec de nombreux partenaires. La vacance du poste de médecin conseiller technique auprès de la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) sur plusieurs mois a ralenti la mise en oeuvre de ce projet.</p> <p>Sensibilisation des acteurs aux spécificités du cancer chez l'enfant : un document à destination des professionnels de santé de l'éducation nationale peut être envisagé. Par ailleurs, une information est à délivrer aux parents pour les informer que les personnels de santé de l'Education nationale peuvent participer, avec leur autorisation et dans le respect du secret médical, à la démarche d'accompagnement de leur enfant malade en expliquant aux enseignants les caractéristiques liées à la maladie, aussi bien les absences répétées pour traitement que la fatigabilité liée à celui-ci. Les médecins et infirmiers de l'éducation nationale interviennent déjà souvent, lorsque c'est le souhait de l'enfant et de sa famille, auprès des enseignants et/ou des élèves pour expliquer les besoins spécifiques à prendre en compte.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.2	Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant.	DGESCO	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Programmation de l'action	30/09/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Pérennisation des possibilités de scolarisation par le CNED	31/12/15	Terminé



Commentaire : Les moyens de compensation pour la scolarisation des élèves atteints de maladie cancéreuse peuvent bénéficier :

- d'une scolarisation à l'hôpital : très bien assurée actuellement;
- d'un PAI permettant des aménagements de la scolarité : dont le SAPAD (service d'assistance pédagogique à domicile), essentiel pour la scolarité mais aussi pour la santé de l'enfant. Les PAI sont effectués autant que de besoin, à la demande de la famille, en concertation étroite avec le médecin de l'éducation nationale et sous la responsabilité du directeur d'école ou chef d'établissement;
- d'une scolarisation à distance par le CNED : de préférence en double inscription dans un établissement scolaire, afin de permettre à l'élève de garder et développer le lien avec sa classe, aussi bien élèves qu'enseignants;
- d'aménagements des conditions d'examens, en particulier conservation des notes, et/ou étalement des épreuves: les aménagements des conditions d'examen ont été réfléchis dans ce sens et adaptés à ces problématiques;

L'élaboration d'un dépliant sera étudiée pour présenter ces diverses possibilités et les mettre à disposition des services hospitaliers accueillant les jeunes concernés: pas encore élaboré, sera étudié en même temps que la circulaire relative aux PAI.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.3	Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.	DGESIP	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Sensibilisation lors des journées nationales de regroupement des missions handicap étudiants	03/04/14	Terminé
	Amélioration de l'information sur les possibilités de formation en ligne (MOOCs ou formations diplômantes) et augmentation du nb de MOOCs (plateforme)	30/06/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Inclusion des possibilités d'accompagnement par les structures handicap dans les supports d'information Cancer info	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Information des services de médecine préventive universitaire sur la prise en charge des étudiants atteints de cancer via les dispositifs "handicap"	30/06/15	Terminé
	Amélioration de l'articulation entre les services de médecine et les structures handicap (mise en place d'un groupe de travail piloté par la DGESIP)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : Amélioration de l'information sur les possibilités de formation en ligne (MOOCs ou formations diplômantes) et augmentation du nombre de MOOC (plateforme) : cette mesure ne concerne pas la SD vie étudiante.

Information des services de médecine préventive universitaire sur la prise en charge des étudiants atteints de cancer via les dispositifs "handicap" : communication au sein des établissements suite au séminaire organisé sur l'accompagnement des étudiants atteints de cancer lors des journées nationales des structures handicap en avril 2014 et information relayée par l'ADSSU + Introduction d'un indicateur dans l'enquête nationale de recensement des étudiants handicapés en 2015 afin de suivre le nombre d'étudiants atteints de cancer suivis dans le cadre du dispositif handicap : enquête en cours de dépouillement.

Amélioration de l'articulation entre les services de médecine et les structures handicap (mise en place d'un groupe de travail piloté par la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)) : en cours d'élaboration d'une charte de collaboration entre les services de médecine et les structures handicap par le groupe de travail mobilisé (installation en janvier 2015) et animé par la DGESIP avec les associations APACHES et ADSSU : ADSSU (association des directeurs de médecine universitaire) et APACHES (association des professionnels de l'accompagnement des structures handicap de l'enseignement supérieur) - Validation prévue printemps 2016.

Recensement des actions des services handicap et de médecine préventive pour l'information sur l'accompagnement des étudiants atteints de cancer: les établissements ont été incités à communiquer leurs actions notamment via leurs sites internet lors du séminaire organisé au cours des journées nationales des structures handicap. Il n'est pas prévu de recensement par le ministère.

Inclusion des possibilités d'accompagnement par les structures handicap dans les supports d'information Cancer info: Texte en cours de validation par le groupe de travail installé par la DGESIP\* (cf ligne 9).

### Sous objectif : Accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.	DGEFP	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Identification des acteurs qui portent des dispositifs en faveur du maintien dans l'emploi et susceptibles d'appuyer les personnes atteintes de cancer	01/09/14	Terminé
	Améliorer la connaissance des dispositifs mobilisables en faveur du maintien ou du retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer	31/12/14	Terminé
	Relance du GT incluant les associations de malades pour envisager la diffusion d'un guide sur les dispositifs	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Livraison d'un "guide" aux personnes atteintes de cancer pour les informer sur les dispositifs qui peuvent être mobilisés	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	<p>Commentaire : Dans le cadre de la mise en oeuvre de la convention nationale multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés, les offres de services des différentes institutions intervenant dans le parcours de maintien en emploi des personnes en risque de désinsertion professionnelle en raison de leur état de santé ont été identifiées et mutualisées et des travaux en vue de la production de plusieurs outils sont en cours (réalisation d'une cartographie institutionnelle et élaboration d'un cadre de référence sur le maintien en emploi). Le schéma est désormais partagé par l'ensemble des partenaires du groupe de travail maintien. Chacun a produit des éléments destinés à alimenter le référentiel, les travaux sont lancés pour homogénéiser les écrits et constituer le premier jet de guide. La cartographie a été présentée au Comité des usagers et des professionnels de l'INCa le 15 décembre 2015 pour recueillir l'avis des usagers et professionnels et améliorer l'outil. L'objectif est de le mettre en ligne sur le site du ministère en charge du travail et de l'emploi au mois de février 2016. Chacun des partenaires réalisera un renvoi vers le lien depuis son site internet.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.5	Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.	DGT	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Signature de la convention Anact-CNAMTS-CNAV sur la prévention de l'usure professionnelle et l'emploi durable (expérimentations en entreprises)	01/07/14	Terminé
	Elaboration par l'ANACT d'un dispositif de sensibilisation, d'action en entreprise et d'échanges sur "maintien en emploi et cancer"	31/07/15	Terminé
	Préparation du PST3 et des PRST : GT "Maintien en emploi" et travail avec les DIRECCTE (Intégration de l'articulation avec le Plan cancer)	31/07/15	Terminé
	Recensement des acteurs relais vers l'entreprise du maintien en emploi (réseau RH...) et auditions d'autres acteurs (Halde, Défenseur des droits...)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : L'expérimentation territoriale menée par le réseau Anact-Aract en entreprise, en lien avec des partenaires régionaux, afin de mettre en place des dispositifs destinés à favoriser le maintien en emploi de travailleurs atteints de cancers et, plus largement, de maladies chroniques, a été lancée avec succès. Cinq expérimentations régionales sont d'ores et déjà en cours, qui ont pu être présentées à l'occasion de la première réunion du Club Entreprise qui s'est tenue le 25 septembre 2015 et qui a permis des échanges fructueux avec un certain nombre d'entreprises de toutes tailles (Carrefour, ENGIE, la Poste, SNCF, Sodexo, FACE, Casino, Delpeyrat, Fermiers Landais, AFNOR) sur la question du maintien en emploi des personnes atteintes de cancer.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.	DGEFP	Planning respecté
<p>Commentaire : Les conditions de mobilisation des Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) sont clairement répertoriées. Les actions de maintien transparaissent dans les Plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), le bilan 2013 les valorise. Les démarches de prévention de la désinsertion professionnelle ont été présentées par les caisses d'assurance maladie et le régime social des indépendants. La mobilisation des PRITH sur la question a été assurée à l'occasion de la journée des PRITH qui s'est tenue le 30 septembre 2015. Des pratiques intéressantes ont été repérées et échangées. Le lien avec le plan santé au travail a été mis en avant dans ce contexte. Le groupe de travail de la convention multipartite a repéré les pratiques innovantes de prévention de la désinsertion professionnelle. Le cahier des charges d'une évaluation sera finalisé en janvier, l'objectif sera à terme de généraliser les bonnes pratiques repérées.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.7	Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.	DGT	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Mobilisation dans le cadre de la Conférence nationale du handicap	01/10/14	Terminé
	Réflexion sur l'inscription dans le PST 3 des Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle	31/03/15	Terminé
	Repérage de démarches concertées des acteurs de la désinsertion professionnelle sur l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : Les mesures permettant une meilleure prise en charge concertée entre institutions et acteurs de terrain du maintien en emploi des personnes atteintes de maladies chroniques, de handicap ou en risque d'inaptitude ont été examinées et élaborées dans les trois cadres complémentaires et cohérents que constituent le plan santé au travail (axe "maintien en emploi"), le comité de pilotage de l'expérimentation territoriale menée dans le cadre de l'action 9.5 ci-dessus et dans le cadre du groupe de travail "maintien en emploi" de la convention multipartite sur l'emploi des personnes handicapées. Dans le cadre des travaux d'élaboration du PST 3 et des PRST, cette programmation, et notamment l'objectif d'une tenue en 2017 des Assises de la prévention et du maintien en emploi et de ses contenus ont été partagés avec de très nombreux acteurs. Cette action est inscrite dans le PST 3 adopté le 8 décembre par la ministre chargée du travail.

### Sous objectif : Atténuer les conséquences économiques du cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.	DSS	Achevée
<p>Commentaire : Le 4 juin 2015, la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a lancé un cycle de concertation sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique. Le 6 octobre 2015, un groupe de travail a abordé les thématiques relatives aux accidents et maladies professionnels, la maladie, l'invalidité et le handicap. À cette occasion, la question de la modernisation de la gestion des droits à congés pour raison de santé a été abordée notamment pour une meilleure prise en compte des maladies chroniques et évolutives. En fonction des suites de cette concertation à l'horizon du 1er semestre 2016, un cycle de négociation sera éventuellement engagé.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade	CNSA	Planning respecté
<p>Commentaire : La formation des formateurs à propos de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) a été mise en place en septembre 2015 et celles relatives à la Prestation de compensation du handicap (PCH) l'ont été en septembre et novembre 2015 : lors de ces temps de formation les spécificités des cancers de l'enfant et les conséquences en termes de traitement des dossiers ont été abordées avec ces futurs formateurs afin qu'ils puissent relayer ces éléments aux participants de leurs futures interventions - une intervention a été réalisée en collaboration avec l'Inca (Mme Fournié) auprès du réseau des coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires en septembre 2015 afin de présenter les spécificités des cancers de l'enfant en particulier en termes de répercussions dans les différents aspects de leurs vies et de celles de leur familles - une intervention identique a été réalisée auprès du réseau des référents d'insertion professionnelle, sans la collaboration de l'Inca faute de temps pour en assurer la mise en place, mais à partir des bases transmises par Mme Fournié.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.10	Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.	DSS	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	DSS	Retard (de 3 à 9 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Prothèses capillaires : Validation note de cadrage, et appel à candidature groupe de travail	31/12/14	Terminé
Prothèses mammaires : Publication au JO par le CEPS d'un avis de projet de nomenclature pour la révision des lignes génériques des prothèses mammaires	31/12/14	Terminé
Prothèses capillaires : Publication au JO par le CEPS d'un avis de projet de nomenclature pour la révision des lignes génériques des prothèses capilla	30/07/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
Prothèses capillaires : Publication d'un avis de la CNEDIMTS sur la révision des lignes génériques des prothèses capillaires inscrites à la liste des	30/07/15	Terminé
Prothèses capillaires : Dernières concertations Fabricants/HAS puis négociations tarifaires et publications de la nomenclature et avis tarifaires.	30/08/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
Prothèses mammaires : Dernières concertations Fabricants/HAS puis négociations tarifaires et publications de la nomenclature et avis tarifaires.	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Afin de mieux prendre en charge les conséquences liées au cancer du sein, le remboursement de l'Assurance maladie a été élargi en 2014 en permettant la prise en charge de deux nouveaux actes à visée thérapeutique de symétrisation mammaire et en ouvrant au remboursement l'acte de reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre à pédicule perforant de l'abdomen avec anastomoses vasculaires (cet acte a été inscrit à la classification commune des actes médicaux et son tarif sera revalorisé au 1er janvier 2015). Ces prises en charges font suite aux évaluations et avis de la HAS : de juillet 2011 pour le lambeau (DIEP) et de juin 2012 pour la symétrisation.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.12	Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.	CNAMTS	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Cadrage et lancement du projet	31/03/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Constitution d'une cohorte de patients atteints de cancer (année d'inclusion : 2012) pour un suivi jusqu'en 2017	31/03/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Analyse du reste à charge par postes de dépenses selon une approche globale pour les patients atteints de cancer versus une population de comparaison	31/10/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : Les travaux sur l'action 9.2 n'ont pas été initiés.			

### Sous objectif : Améliorer l'accès aux assurances et au crédit

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».	DSS	Achevée

Commentaire : L'avenant à la convention AERAS signé le 2 septembre 2015 dernier par l'ensemble des parties à la Convention prévoit :

La mise en place d'un « droit à l'oubli » au sens strict pour les malades du cancer dont le protocole thérapeutique relatif à cette pathologie est achevé depuis plus de 10 ans (et non plus 15 ans).

- Pour les cancers diagnostiqués avant l'âge de 18 ans (et non plus 15 ans), dit « cancers pédiatriques », ce délai est ramené à 5 ans.

Dans ces deux cas, aucune information médicale ne pourra être sollicitée par l'assureur et par voie de conséquence, aucune surprime ni exclusion de garantie ne pourra être appliquée au candidat à l'emprunt.

- L'élaboration d'une grille de référence listant des pathologies cancéreuses et des pathologies chroniques pour lesquelles les données de la science permettent de fixer un délai de droit à l'oubli inférieur à 10 ans (et non plus 15 ans). La grille permet d'accéder au tarif « normal » sans exclusion mais les candidats à l'emprunt seront tenus de déclarer la pathologie.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.14	Harmoniser les questionnaires de santé par pathologie.	DSS	Planning respecté
Commentaire : La commission de Médiation AERAS a reçu la contribution du Conseil national de l'Ordre des Médecins, sous la forme d'une circulaire actualisée sur la base des travaux menés dans le cadre du groupe de travail. Cette circulaire, en cours de finalisation, doit encore faire l'objet de quelques ajustements.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.15	Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé.	DSS	Achevée
Commentaire : La commission de Médiation AERAS a reçu la contribution du Conseil national de l'Ordre des Médecins, sous la forme d'une circulaire actualisée sur la base des travaux menés dans le cadre du groupe de travail. Cette circulaire, en cours de finalisation, doit encore faire l'objet de quelques ajustements.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.	DSS	Planning respecté
Commentaire : Les statistiques ont été transmises et contribueront au rapport d'activité de la commission AERAS, qui sera présenté dans les prochains mois. <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1er indicateur : évolution du nombre des demandes d'assurance de prêts présentant un risque aggravé de santé (objectif: apprécier la notoriété de la convention et le recours au dispositif). Selon les dernières statistiques de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA), 3,2 millions de demandes furent instruites en 2013 dont près de 14% présentaient un risque aggravé de santé (10 % en 2007).</li> <li>- 2e indicateur : suivi des niveaux de surprime (A titre illustratif : en 2013, pour la garantie décès, les surprimes sont dans 43% des cas inférieures à +50% du tarif standard (38% en 2007), pour la garantie "incapacité-invalidité" les surprimes sont dans 65% des cas inférieures à +50% du tarif standard (59% en 2007) ).</li> </ul>			

### Sous objectif : Mieux connaître le vécu des patients pendant et après un cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.	INCa	Planning respecté

Commentaire : Les travaux se poursuivent selon le calendrier annoncé. Concernant VICAN5, l'enquête en population (échantillon principal) pour VICAN5 se termine et près de 1 900 personnes ont été interrogées. L'Observatoire sociétal des cancers a retenu comme thématique l'impact du retour et du maintien à domicile sur les personnes atteintes de cancer et leur entourage et la Ligue a engagé les travaux d'étude.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
9.18	Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.	INCa	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Conventionnement INCa - CNAM-TS en lien avec l'IDS et acquisition des données 2010-2012	31/10/14	Terminé
	Constitution d'un comité de pilotage des données de la Cohorte cancer	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Etude de faisabilité sur la possibilité de croiser les données sur le parcours professionnel (données la CNAV) et celles de la cohorte cancer	30/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : La constitution de la cohorte cancer se poursuit en collaboration étroite avec la CNAM-TS avec l'intégration en cours des données relatives aux années 2010-2014 et les premiers tests de cohérence. Les comités stratégiques et techniques sont constitués. Une réunion est prévue début 2016.			

### III. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

#### O 10 : LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME

**Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 1. Rendre les produits du tabac moins attractifs**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.1	Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler ;	DGS	Planning respecté
Commentaire : Le rapport paquet neutre a évolué en un rapport bilan du programme PNRT			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.2	Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE ;	DGS	Planning respecté
Commentaire : La mise en œuvre de l'action passe par les travaux de transposition de la directive en cours.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.3	Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente ;	DGS	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.4	Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.	DGS	Planning respecté
Commentaire : S'agissant du contentieux, le rapport du procureur a été rendu public le 23 décembre.			

**Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 2. Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.5	Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans ;	DGS	Planning respecté
Commentaire : La mesure est inscrite dans la LMSS, et s'appliquera aux mineurs de moins de 18 ans.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.6	Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants ;	DGS	Achevée
Commentaire : Un travail d'information et de contrôle est à mener avec la DGCCRF.			



N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.7	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	DGS	Planning respecté

### Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 3. Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.8	Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs :	DGS	Planning respecté
Commentaire : La constitutionnalité de la mesure est examinée par le Conseil Constitutionnel depuis janvier 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.9	Restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.	DGS	Planning respecté
Commentaire : La circulaire a été publiée à l'été 2014.			

### Sous objectif : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac / 4. Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.10	Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.	DGS	Planning respecté

### Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 1. Développer une information plus efficace en direction des fumeurs

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.11	Montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs ;	DGS	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.12	Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac ;	DGS	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.13	Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service ;	DGS	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.14	Développer le « e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés).	DGS	Planning respecté

**Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 2. Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.15	Impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique ;	DGS	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.16	développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie ;	DGS	Planning respecté

**Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 3. Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.17	Améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer ;	DGS	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.18	Élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).	DGS	Planning respecté

**Sous objectif : Aider les fumeurs à s'arrêter / 4. Rendre exemplaires les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.19	Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs ;	DGS	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.20	Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.	DGS	Planning respecté

**Sous objectif : Agir sur l'économie du tabac / 1. Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.21	Élaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.	DGS	Planning respecté

**Sous objectif : Agir sur l'économie du tabac / 2. Lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.22	Étudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique.	DGS	Planning respecté

**Sous objectif : Agir sur l'économie du tabac / 3. Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.23	Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte ;	DGS	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
10.24	Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.	DGS	Planning respecté

## O 11 : DONNER À CHACUN LES MOYENS DE RÉDUIRE SON RISQUE DE CANCER

### Sous objectif : Diminuer le nombre de cancers liés à l'alcool

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.1	Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre de l'alcool.	DGS	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Article de loi pour élargir les compétences des polices municipales	30/06/15	Abandonné
	Ordonnance sur la réforme des débits de boisson	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
<p>Commentaire : Rédaction d'un rapport remis au Premier Ministre avec propositions (MILDECA) : Groupe interministériel de travail en cours (4 réunions et audition des acteurs concernés ont déjà eu lieu). Article 4 ter du PLMSS : assouplissement de la loi Evin sur la publicité en faveur des boissons alcooliques.</p> <p>Pour cette action, nous avons signalé des points d'attention car des réformes vont à l'encontre de l'objectif : Réforme débits de boissons : pilotage du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) sous un angle économique et simplification, le rôle prévention de l'encadrement de l'offre a été ignoré. Publicité : adoption de l'article sur l'assouplissement de la loi Evin dans la loi de santé.</p> <p>Cela va à l'encontre des objectifs du Plan Cancer et plan gouvernemental drogues et conduites addictives.</p> <p>Compétences des polices municipales : mesure non reprise dans les vecteurs législatifs, absence de visibilité sur la possibilité de la porter à nouveau.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.	DGS	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Outil pratique visant à aider les professionnels de santé sur le RPIB alcool, tabac, cannabis (HAS)	31/12/14	Terminé
	Optimisation de l'alcoomètre en ligne (Inpes-ADALIS)	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Promotion de l'annuaire vers les professionnels : phoning, mailing...(Inpes-ADALIS)	31/12/15	Terminé
	Promotion du site Alcool-info service vers le grand public : affiches, kit web, référencement payant...(Inpes-ADALIS)	31/12/15	Terminé
<p>Commentaire : L'Inpes a attendu de pouvoir produire une synthèse des différentes évaluations conduites sur l'outil alcoomètre (enquête de satisfaction, analyse des données collectées sur l'outil, étude d'efficacité). Le jalon "optimisation de l'alcoomètre en ligne (Inpes - ADALIS) est statué en retard car l'action initialement prévue mi 2015 a été décalée pour se terminer fin 2016. Ce retard est le fruit d'une réorganisation/ priorisation interne. Le projet d'optimisation de l'alcoomètre avance normalement et ne se souffre d'aucun blocage.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.	INCa	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Publication Un état des lieux sur le risque cancer en lien avec l'alcool	31/03/15	Terminé
Projets Alcool retenus dans les AAP financés par l'INCa en prevention	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : L'INCa a engagé en fin d'année 2015 une reflexion commune avec l'INPES/ ANSP pour travailler sur des nouveaux repères de consommation d'alcool. Cette reflexion s'inscrit à la suite de travaux pilotés par la MILDECA sur l'encadrement de l'alcool en France.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.	DGS	Planning respecté
Commentaire : Le travail d'élaboration d'une information en "accès universel" est programmé pour 2017. L'autre action a été réalisée (actualisation et diffusion d'un outil à destination des médecins).			

### Sous objectif : Réduire le risque de cancer par l'alimentation et l'activité physique

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.	DGS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Transmission des repères nutritionnels du PNNS actualisés par l'Anses	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : Un pré-rapport ANSES sur les repères alimentaires devait être mis en consultation en ligne avant la fin de l'année 2015 et le rapport définitif publié en juillet 2016. L'Anses a indiqué le 27/11/15 que la mise en consultation des repères alimentaires était reportée en 2016 (date non définie). Ce rapport est la base indispensable des autres actions. Le rapport d'expertise collective et l'avis relatifs à la révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité du PNNS publiés ont été publiés à la fin de l'année 2015.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.6	Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.	INPES	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Action de promotion de la Fabrique à menu auprès des professionnels de santé. Diffusion d'un publirédactionnel et démonstration sur les congrès - création d'un Comité de pilotage avec les partenaires de l'action	30/06/14	Terminé
	Repérage des sources de données d'actions d'éducation et de promotion de la santé dès la maternelle jusqu'à l'université	30/10/14	Terminé
	Repérage de l'offre de formation des professionnels de la santé, de l'éducation et du social sur "nutrition et activité physique"	30/12/14	Terminé
	Repérage de l'offre de formation des professionnels de la santé, de l'éducation et du social sur "nutrition et activité physique"	30/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Action de communication grand public autour de l'activité physique	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Identification des actions à mener pour développer l'éducation et la promotion de l'alimentation et de l'activité physique pour les jeunes de 3-25 ans	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : La publication des nouvelles recommandations sur le repère activité physique (ANSES) a été reportée à décembre 2015. Le dispositif de communication de l'Inpes a donc été décalé au printemps 2016 afin d'être en mesure de prendre en compte ces recommandations. Ce report est mis à profit pour mieux évaluer les outils du dispositif de communication en amont de leur sortie (Inpes).

L'identification des actions de nutrition pour développer l'éducation et la promotion de l'alimentation et de l'activité physique pour les jeunes de 3 à 25 ans est terminée. Les phases d'analyse et de synthèse de ces actions seront réalisées durant le 1er trimestre de l'année 2016 et seront valorisées dans un rapport.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.7	Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.	DGS	Planning respecté
<p>Commentaire : Un référentiel "Agir pour un urbanisme favorable à la santé" a été publié en 2014, par la DGS et l'EHESP, pour aider les ARS à formuler leurs avis sanitaires sur les projets d'urbanisme (de type Zone d'action concertée); dans ce cadre, les aménagements favorisant les mobilités actives sont particulièrement encouragés. Adoption le 24 mars 2014 de la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) intégrant plusieurs dispositions favorables au développement des mobilités actives.</p> <p>Dans le cadre du jalon "Promouvoir les mobilités actives et intégration de la trame verte à l'échelle communale (DHUP)", diverses actions ont été menées dernièrement dont un séminaire sur le thème « Plan local d'urbanisme intercommunal (PLUi) et déplacements » le 9 avril 2015 à Paris (MEDDE/CEREMA/CNFPT). Des fiches méthodologiques sur trame verte et bleue ont été finalisées en 2015.</p>			

### Sous objectif : Maîtriser le risque de cancers liés aux hépatites virales

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.8	Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfique/risque de la vaccination.	DGS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	diffusion aux professionnels de santé des documents sur la vaccination contre l'hépatite B et documents d'information pour le grand public (Inpes)	30/06/14	Terminé
	diffusion aux professionnels de santé de documents d'information sur le calendrier des vaccinations 2014 et outils sur les vaccinations dont le VHB	15/09/14	Terminé
	publication du décret permettant l'utilisation du dossier pharmaceutique pour le suivi du statut vaccinal des personnes (DGS)	30/03/15	Terminé
	réflexion sur les missions des centres de vaccination et le soutien / développement des actions "hors les murs" de ces centres par les ARS	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Pour le 3ème jalon, le décret a été publié au JO du 26/02/2015 : Décret n° 2015-208 du 24 février 2015 portant sur les durées d'accessibilité et de conservation dans le dossier pharmaceutique des données relatives à la dispensation des vaccins et des médicaments biologiques.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.	INCa	Planning respecté

Commentaire : Cette action s'attachera à sensibiliser les professionnels de santé aux différentes actions à mettre en œuvre pour réduire les risques de cancer du foie dans la population infectée par les virus VHB ou VHC. C'est-à-dire qu'au-delà de ce qui est inscrit dans le titre de l'action (sensibilisation au contrôle des consommations d'alcool, de tabac et au surpoids), il sera également question de rappeler l'importance du suivi par échographie pour un dépistage précoce des cancers du foie. Il apparaît effectivement tout à fait pertinent de traiter ensemble les actions 11.9 et 11.10.4.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.	DGS	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Rapport de la HAS sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C (HAS)	01/05/14	Terminé
	Réglementation pour les TROD communautaires hépatite C (DGS)	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Lancement AAP pour diffusion TROD communautaires hépatite C (DGS)	31/03/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Rapport de la HAS sur la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B (HAS)	31/03/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Diffusion d'outils sur le dépistage de l'hépatite B aux médecins généralistes et autres professionnels concernés (Inpes)	31/05/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Lancement AAP pour diffusion TROD communautaires hépatite B (DGS)	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Réglementation pour les TROD communautaires hépatite B (DGS)	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : En 2014, un rapport a été publié par la HAS pour préciser la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Concernant les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de dépistage de l'hépatite B, le travail est en cours. Le retard pour la réglementation des TROD hépatite C est lié à l'annulation de l'arrêté du 11 juin 2013 par le Conseil d'Etat du fait de l'absence de la Commission de biologie, le délai de mise en œuvre n'est pas connu, car il faut d'abord que la Commission soit créée et donne son avis sur les arrêtés TROD. L'appel à projets organisé en lien avec la CNAM n'a pas été lancé en 2015.</p> <p>Les arrêtés permettant l'utilisation des TROD hépatite C ne pourront être publiés comme prévu du fait de la décision du Conseil d'Etat d'annuler l'arrêté du 11 juin 2013 (non-Consultation de la commission nationale de biologie médicale - Commission qui n'existe pas, faute de publication du décret constituant cette commission). Le décret créant la Commission nationale de biologie médicale a été publié le 16 septembre 2015 ; l'arrêté la constituant est en cours d'élaboration.</p>			

### Sous objectif : Éclairer les choix individuels et collectifs pour permettre d'adapter les comportements face au cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.	DGESCO	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Finalisation du document de cadrage d'une programmation. Diffusion du document de cadrage dans des académies test à la rentrée de septembre 2014.	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)

Commentaire : Développement de l'éducation à la santé prévu dans le cadre d'un parcours de santé de l'élève créé par la loi pour la refondation de l'Ecole du 8 juillet 2013. Projet de circulaire sur le parcours éducatif de santé établi par un groupe de 22 personnes représentant les académies et partenaires institutionnels (dont l'INCa, la MILDECA, l'INPES), de décembre 2014 à février 2015 ; texte soumis à consultation des organisations syndicales de mars à juin 2015, puis mis en attente du vote de la loi santé (le 17 décembre 2015) qui a modifié le code de l'éducation en introduisant le parcours éducatif de santé ; publication de cette circulaire prévue le 21 janvier 2016 pour une mise en place du parcours dans les établissements scolaires à la rentrée de septembre 2016.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.12	Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.	INCa	Achevée
Commentaire : La première réunion du consortium s'est réunie fin septembre 2015. Le comité scientifique international a discuté les variables et la méthodologie retenue. Les groupes de travail ont été stabilisés. La méthodologie sera rédigée pour être envoyée pour publication au cours du premier semestre 2016.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.13	Améliorer la connaissance des perceptions et des comportements vis-à-vis des facteurs de risque de cancers : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 9.17.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 9.17.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.	INCa	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Organisation colloque recherche interventionnelle contre le cancer	31/12/14	Terminé
	Lancement de l'AAP récurrent du Programme tabac	28/02/15	Terminé
	Publication du rapport stratégique Programme tabac	28/02/15	Non débuté - Retard (plus de 9 mois)
	Relance de l'AAP récurrent Recherche Interventionnelle	30/06/15	Terminé
Commentaire : La chaire en prévention des cancers INCa/IREsp/EHESP a été lancée officiellement le 05 Janvier 2016 lors d'une leçon inaugurale. La publication rapport stratégique tabac sera associée à la sortie du prochain appel à projets qui inclura également un axe biologie.			



### Sous objectif : Diminuer le nombre de cancers d'origine professionnelle

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérigènes (biologiques, physiques, chimiques).	DGT	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Décret sur la réforme de l'organisation de l'Inspection du travail : mise en oeuvre fin 2014-2015	21/03/14	Terminé
	Mise en œuvre de la nouvelle organisation de l'Inspection du travail (notamment, unités de contrôle et réseaux régionaux des risques particuliers dont	31/12/14	Terminé
	Actions de contrôle de l'Inspection du travail "amiante" : priorité nationale 2015 (action pérenne sur la durée du Plan)	31/12/15	Terminé
	Prolongement de la transposition de la directive 2006/25/CE : prescriptions de sécurité et santé relatives à l'exposition des travailleurs aux ROA	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
	Renégociation du COP Anses-Etat : renforcement de la substitution	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	<p>Commentaire : Les actions de contrôle de l'inspection du travail sur la problématique de l'amiante et, plus largement sur les substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR), ont été effectivement réalisées au cours du 1er semestre 2015 (et seront menées sur la durée du plan). S'agissant des CMR (visés aux articles R. 4412-59 à 93 du code du travail), ceux-ci ont été cités plus de 1200 fois dans des lettres d'observations et 10 fois dans des procès-verbaux dressés par les agents de contrôle de l'inspection du travail. S'agissant, cette fois, spécifiquement de l'amiante (cf. articles R. 4412-94 à 148 du code du travail), ces dernières dispositions réglementaires ont été citées 6097 fois dans des lettres d'observation et plus de 100 fois dans des procès-verbaux dressés par les agents de contrôle de l'inspection du travail.</p> <p>Les actions de contrôle de l'inspection du travail sur l'amiante et les substances CMR ont été effectivement menées au cours de l'année 2015. Elles demeurent une priorité de l'inspection et ont vocation à être poursuivies sur la durée du Plan cancer, notamment dans le cadre de la mise en oeuvre du PST 3, qui a retenu la prévention du risque chimique comme l'une de ses priorités.</p> <p>En ce qui concerne l'exposition des travailleurs aux rayonnements optiques artificiels (ROA), un projet d'arrêté relatif aux modalités de l'évaluation des risques résultant de l'exposition aux ROA en milieu de travail et un projet relatif aux conditions d'accréditation des organismes pouvant procéder aux mesurages des niveaux de ROA en milieu de travail ont été élaborés et soumis aux partenaires sociaux au cours de l'année 2015. Leur publication est prévue pour le 1er semestre 2016.</p> <p>Sur la question de la substitution, l'avenant au COP de l'Anses pose l'exigence de mutualiser les bonnes pratiques à travers l'exploitation des données existantes (ex : aides à la substitution, données issues du site « substitution-cmr.fr », etc) et de rechercher des synergies avec d'autres organismes européens ou internationaux. C'est également une des actions du PST 3.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.	DGT	Planning respecté
	<p>Commentaire : La recommandation de bonnes pratiques intitulée " recommandations pour la surveillance de travailleurs exposés ou ayant été exposés à des cancérigènes pulmonaires " élaborée par la Société française de médecine du travail a été finalisée et s'est vu attribuer le label HAS-INCa par le Collège de la Haute Autorité de santé en novembre 2015.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.	DGS	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Suivi post-professionnel des allocataires de l'ATA (CNAMTS)	01/09/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	L'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de vessie	01/01/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
<p>Commentaire : L'action est en cours, même si des difficultés techniques de mise en œuvre en a retardé la réalisation.</p> <p>1- Le suivi post-professionnel des bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Un tiers des bénéficiaires de l'Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) ont été contactés. Ce suivi consiste, selon le niveau d'exposition, en la réalisation d'un scanner tous les cinq ans ou 10 ans, avec double lecture (conventions radiologues-CPAM). Un bilan du premier envoi sera réalisé. Il permettra de déterminer le nombre de vagues d'envois des courriers aux deux tiers des bénéficiaires restants.</p> <p>2- Le dispositif d'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de la vessie est un programme de la CNAMTS. L'expérimentation a débuté en 2008 dans deux régions, puis a été étendue à quatre en 2010-2011. La généralisation du programme a été lancée en janvier 2015. Le bilan de l'année 2015 sera disponible au deuxième trimestre 2016.</p> <p>Un groupe de travail interinstitutionnel sur la prévention des cancers professionnels, piloté par l'INCa, a élaboré une brochure sur la reconnaissance des cancers en maladie professionnelle à destination des médecins (généralistes ou spécialistes prenant en charge des patients atteints de cancers). Cette brochure a été mise en ligne sur le site de l'INCa en avril 2015 : <a href="http://www.e-cancer.fr/publications/84-outils-medecins-traitants/846-cancers-professionnels-pourquoi-et-comment-declarer-en-maladie-professionnelle">http://www.e-cancer.fr/publications/84-outils-medecins-traitants/846-cancers-professionnels-pourquoi-et-comment-declarer-en-maladie-professionnelle</a> L'élaboration et la diffusion de document concourent à la réalisation de la sous-action 1 de l'action 12.3 du plan. Les jalons posés sont du ressort de la CNAMTS. A noter que des actions menées par l'INCa par ailleurs contribuent à la réalisation et l'avancement de cette action.</p> <p>Une brochure a été publiée en mai 2015 à l'attention des professionnels de santé sur la déclaration des cancers professionnels en maladie professionnelle.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.	INVS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Décret en conseil d'Etat pour accéder au NIR dans le cadre du volet médico-social des enquêtes d'exposition des patients atteints de mésothéliome (DO)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Evaluation de l'exposition des agriculteurs aux dérivés arsenicaux utilisés comme produits phytosanitaires	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : -DCE : les recommandations pour le dispositif unifié de surveillance des mésothéliomes ne sont pas d'étendre le volet médico-social aux zones non couvertes par le PNSM actuel et futur registre. Le projet de DCE est donc abandonné. -Exposition aux dérivés arsenicaux : retard dans l'accès aux données du recensement agricole du fait de la nécessité d'un passage devant le Comité du secret pour autoriser l'accès au CASD (Centre d'accès sécurisé aux données).</p>			

**Sous objectif : Mieux comprendre les liens entre cancers et environnement et protéger les populations des expositions à risque**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
12.5	Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.	INVS	Planning respecté
<p>Commentaire : Les résultats de l'appel à projets de l'Inserm portant sur les effets de l'exposition aux facteurs de risques environnementaux sur le cancer ont été publiés. Trente-deux projets ont été déposés, soit une augmentation de 33% par rapport à 2014. Huit projets ont été sélectionnés pour un montant total de 3.16 M€.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.	DGEC	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Révision du Plan de réduction des émissions de polluants atmosphériques (PREPA)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Ce plan déclinera des mesures concrètes, concernant l'ensemble des secteurs émetteurs, avec l'objectif de réduire les émissions de polluants et d'améliorer la qualité de l'air à l'horizon 2020 et au-delà, en tenant compte des enjeux économiques et sociaux, des délais de mise en œuvre et de l'articulation avec les politiques publiques déjà existantes.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
12.7	Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.	ASN	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	mise à disposition de l'outil Smartphone pour les demandeurs d'examens	31/12/14	Terminé
	publication d'un rapport sur l'état d'avancement du PAC MDIM et présentation devant les parties prenantes	31/12/14	Terminé
	Consultation sur un projet de décision de l'ASN sur le management de la qualité et de la gestion de risque en imagerie	01/07/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	définition des modalités de la campagne d'information des demandeurs d'examens et des outils d'aide	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : L'ASN a entrepris la rédaction d'un rapport qui fixera les orientations de la future décision relative au système de management de la qualité en imagerie médicale. La décision relative à la formation continue des professionnels à la radioprotection des patients est en cours de finalisation ainsi que la préparation des guides professionnels de formation par les sociétés savantes impliquées. Des contacts ont été pris (médecins généralistes, CNAMTS, Ligue contre le cancer, Société française de radiologie, etc.) pour lancer la campagne d'information auprès des demandeurs d'examens. L'ASN a mis en ligne en juin 2015 un rapport sur l'état d'avancement du PAC en imagerie médicale qui relève une mobilisation en faveur de la formation des acteurs et des bonnes pratiques professionnelles, mais note des insuffisances en matière de ressources humaines et d'équipements pour parvenir à une réelle maîtrise des doses délivrées aux patients en imagerie médicale.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.	DGS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Diffusion d'une campagne d'information sur les risques liés aux UV solaires (Inpes)	31/08/14	Terminé
	Saisine de la commission européenne sur les risques liés aux appareils de bronzage	30/09/14	Terminé
	Diffusion d'une campagne d'information sur les risques liés aux UV solaires (Inpes)	30/09/15	Terminé
	Mise en place d'un groupe de travail pour la refonte des campagnes d'information sur les risques UV (DGS)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Suite à la saisine des autorités françaises, la Commission européenne a sollicité le SCENHIR (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks) pour procéder à une évaluation actualisée des risques sanitaires liés à l'exposition des appareils de bronzage. Un groupe de travail a été lancé en février 2015.</p> <p>Dans le cadre des discussions parlementaires sur le Projet de loi de modernisation de notre système de santé (PLMSS), une étude des impacts liée à une interdiction de vente des appareils de bronzage a été réalisée ; l'interdiction de vente de ces appareils aux "non professionnels" fait partie des propositions du PLMSS.</p> <p>A ce jour (30/11/2015), le projet de loi pour la modernisation de notre système de santé comprend depuis avril 2015, sur propositions de l'assemblée nationale, plusieurs mesures visant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à interdire d'une part, la vente ou la cession d'appareils de bronzage aux particuliers, et d'autre part, les pratiques commerciales telles que les offres de séances de bronzage de type « illimitées », « gratuites » ou « à prix promotionnel », très répandues et qui contribuent à promouvoir l'utilisation d'appareils de bronzage artificiel, ainsi que celles qui font croire à un bénéfice des UV artificiels pour la santé lors de toute démarche publicitaire;</li> <li>- et à renforcer les conditions de mise à disposition des appareils de bronzage par des professionnels, notamment les conditions d'information des utilisateurs sur les risques pour la santé liés à cette pratique, de contrôle de l'âge des utilisateurs et la formation des professionnels.</li> </ul> <p>Cette action figure comme faisant partie des actions ayant un léger retard (moins de trois mois), il convient de noter que cette action est finalisée car le groupe de travail s'est réuni le 2/11 à l'initiative de la DGS. Au cours de l'année 2016, il devra faire des propositions pour élaborer les contenus et supports de la nouvelle campagne d'info sur les risques UV destinés au grand public, cet objectif s'insère dans le jalon programmé au 31/12/2016 « élaboration des contenus et supports de la nouvelle campagne d'information sur les risques UV à destination du grand public » " .</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérigènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : Fiche repère "Traitements hormonaux de la ménopause" publiée en février 2015. Largement reprise par les médias.</p>			

## O 13 : SE DONNER LES MOYENS D'UNE RECHERCHE INNOVANTE

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Pourcentage des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer alloués à la recherche fondamentale Source : INCa – DGOS – ITMO Cancer	52,73 %	31/12/15	%

### Sous objectif : S'appuyer sur une recherche fondamentale compétitive

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
13.1	Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.	INCa; ITMO cancer	Planning respecté
<p>Commentaire : L'Institut national du cancer et l'ITMO Cancer d'Aviesan ont lancé plusieurs appels à projets de recherche fondamentale afin de répondre aux priorités du Plan cancer 2014-2019. L'ensemble des montants alloués aux projets dédiés à la recherche fondamentale est de 42,79 M€ pluriannuels.</p> <p>13.1.1 : En 2015, 3 lauréats ATIP Avenir sélectionnés en 2011 ont été prolongés pour 2 années supplémentaires, portant à 5 années le soutien de ces jeunes équipes à fort potentiel d'innovation.</p> <p>13.1.2 : En 2015, l'ITMO Cancer d'Aviesan a travaillé au lancement d'un nouvel appel à projets sur l'hétérogénéité intratumorale. Cet appel à projets répond à l'action 13.1 qui vise à favoriser les projets interdisciplinaires pour renforcer la compétitivité de la recherche fondamentale en France.</p> <p>13.1.3 : Aviesan, a officiellement remis à la ministre de la Santé, des Affaires sociales et des Droits des femmes, et au secrétaire d'Etat à la recherche le 15 juillet 2015 un document décrivant l'ensemble des travaux destinés à coordonner et homogénéiser les appels à projets.</p> <p>13.1.4 : La complémentarité des investissements dans les équipements est assurée par le directeur de l'ITMO Cancer (Inserm) et le directeur adjoint de l'ITMO Cancer (CNRS) qui croisent les demandes des équipes "cancer" avant financement.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
13.2	Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d'excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).	INCa; ITMO cancer	Planning respecté
<p>Commentaire : L'évaluation mi-parcours des SIRIC se déroule conformément au calendrier et à la procédure établie et validée avec nos partenaires financeurs (la DGOS et l'INSERM pour le compte de l'ITMO Cancer). Après une évaluation individuelle de leurs rapports à mi-parcours, les SIRIC ont été auditionnés par le comité d'évaluation scientifique les 9 et 10 décembre 2015. Les conclusions et recommandations des experts seront adressées à chacun des SIRIC début 2016.</p>			

### Sous objectif : Promouvoir des parcours professionnels en appui des évolutions de la recherche en cancérologie

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.	DGESIP	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Travail conjoint DGESIP, INCa et ITMO Cancer pour identifier des écoles doctorales susceptibles d'accueillir des étudiants issus d'autres disciplines	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : 13.3.2 L'ITMO Cancer soutient depuis 2011 l'Ecole Doctorale "Frontières du vivant" qui vise à promouvoir des projets nécessitant le croisement de disciplines telles que les mathématiques, la médecine, la chimie, la physique, l'informatique, les sciences de l'ingénieur, la pharmacie, les sciences cognitives, les sciences sociales ou l'épistémologie. En 2014 l'ITMO Cancer a financé 2 doctorants travaillant dans le domaine du cancer.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en cancérologie	Aviesan	Planning respecté
Commentaire : Les résultats de l'appel à projets Formation à la recherche translationnelle de l'ITMO Cancer ont été publiés. L'appel à projets connaît un succès de plus en plus marqué auprès des médecins, pharmaciens et vétérinaires qui souhaitent se former à la recherche translationnelle			

### Sous objectif : Partager et valoriser les résultats de la recherche sur le cancer

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.	INCa; ITMO cancer	Planning respecté
Commentaire : 13.5.1 L'INCa s'est engagé dans Global Alliance for Genomics and Health pour organiser le partage des données au niveau international. 13.5.2 Au niveau national, l'INCa et l'ITMO Cancer d'Aviesan ont incité les chercheurs, via les textes de leurs appels à projets, à publier les résultats de leurs travaux dans des revues d'accès gratuits, en prenant en charge les surcoûts de frais de publication engendrés.			

## IV. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS

### O 14 : FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Etendre la participation des usagers dans les instances de pilotage et de gestion des soins ou de la recherche sur le cancer (100 % en fin de plan) Source :	60,78 %	17/01/15	100 % 31/12/18

#### Sous objectif : Associer les usagers à la définition et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les cancers

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : Trois représentants des personnes atteintes de cancer, de leurs proches et des usagers du système de santé et des personnes atteintes de cancer sont membres du comité de pilotage du Plan cancer 2014-2019 : la présidente de la Ligue nationale contre le cancer, la présidente du Collectif interassociatif de la santé et le président de l'Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou de leucémie.</p> <p>La participation de représentants des usagers et des personnes malades a été étendue à l'ensemble des instances consultatives de l'Institut national du cancer : un représentant a intégré le Comité de déontologie et d'éthique de l'INCa, et deux représentants ont été nommés membres du conseil scientifique de l'Institut (arrêté en date du 10 mars 2015).</p> <p>Un appel à candidatures a été organisé en avril 2015 pour constituer les comités techniques et de prospective sur les dépistages des cancers. Des représentants des usagers et associatifs ont été sélectionnés pour participer à chacun des trois comités.</p> <p>Les représentantes des usagers au conseil scientifique de l'INCa participent au suivi du programme SIRIC. La thématique de la coopération entre les représentants des usagers et les SIRIC a été mise à l'ordre du jour du séminaire annuel des SIRIC de septembre 2015 et de la réunion des intergroupes coopérateurs d'octobre 2015.</p> <p>Une réunion rassemblant les associations de personnes ayant été confrontées à un cancer a été organisée le 31 mars 2015 à l'INCa pour échanger sur les modes de coopération entre les associations et les institutions et organismes intervenant dans le champ du cancer.</p> <p>La réflexion sur la place des associations de patients dans la gouvernance des réseaux nationaux de cancers rares sera menée en 2016.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.	INCa	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Constitution du groupe de travail partenarial dédié	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Validation de la méthode de recueil d'expériences	31/03/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Finalisation de la première vague de recueil d'expérience	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : Le groupe de travail prévu pour la mise en œuvre de cette action n'a pas encore été constitué. A ce stade, une approche pragmatique a été privilégiée : la mise en œuvre de la démocratie sanitaire et scientifique dans les organismes et structures de la cancérologie a été mise à l'ordre du jour des réunions et séminaires réunissant certaines structures (SIRIC, intergroupes coopérateurs), ce qui a permis d'identifier différents modes de participation des usagers. La réflexion sur la place des usagers est en outre intégrée aux actions concernant l'évolution de ces structures, le cas échéant (RRC, structures de gestion).  
 Une réunion d'échanges avec les associations de malades, qui s'est tenue le 31 mars 2015 à l'INCa, a également permis d'identifier des coopérations entre les associations et les institutions et les organismes qui interviennent dans le champ du cancer, des difficultés rencontrées dans ce domaine et des pistes de solutions.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
14.3	Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.	INCa	Retard (plus de 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Constitution du groupe de travail partenarial dédié (cf.14.2)	31/12/14	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Validation de la méthode d'élaboration de l'outil de partage d'expériences et du guide méthodologique	31/03/15	En cours - Retard (plus de 9 mois)
	Commentaire : Le partage d'expériences en matière d'implication des représentants des usagers dans les structures de la cancérologie et en matière de coopération avec les associations de malades s'est fait au sein de séminaires qui ont rassemblé les différents types de structures en 2015 et au sein de la réunion inter-associations en cancérologie. Par ailleurs, des objectifs en termes de participation des usagers sont ou seront fixés dans les cahiers des charges ou référentiels fixant les missions de chaque type de structure.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.	INCa	Planning respecté
	Commentaire : Cette action est programmée à l'issue du Plan cancer.		

### Sous objectif : Soutenir le processus de démocratie sanitaire par la formation des parties prenantes

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.	CISS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Renseignement des structures concernées	30/06/15	Terminé
	Identification des personnes à former et de leurs besoins	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)



Commentaire : Différentes structures sont concernées par la mise en oeuvre de cette action : Institut national du cancer, réseaux régionaux de cancérologie, réseaux nationaux pour les cancers rares, cancéropôles, SIRIC, intergroupes coopérateurs... Les personnes à former sont les représentants des usagers siégeant dans les instances de gouvernance ou consultatives de ces structures, les membres d'associations qui coopèrent avec ces structures et les professionnels de ces structures qui interagissent avec les représentants des usagers et associatifs.

## O 15 : APPUYER LES POLITIQUES PUBLIQUES SUR DES DONNÉES ROBUSTES ET PARTAGÉES

### Sous objectif : Mieux appréhender les parcours de santé et les inégalités face aux cancers

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.	INCa	Planning respecté
<p>Commentaire : PREMIERE PUBLICATION D'ESTIMATIONS DE L'INCIDENCE DES CANCERS DANS LES DEPARTEMENTS DE FRANCE METROPOLITAINE</p> <p>Après plus de dix ans de travaux méthodologiques sur les données d'hospitalisation et de reconnaissance des cancers comme affection de longue durée, des estimations d'incidence des cancers ont pu être produites pour la première fois à l'échelle des départements métropolitains, en utilisant comme référence les données des registres départementaux de cancers. Les estimations, réalisées sur la période 2008-2010, concernent 8 cancers chez les hommes (lèvres-bouche-pharynx, œsophage, côlon-rectum, larynx, poumon, prostate, testicule, lymphome malin non-hodgkinien) et 8 cancers chez les femmes (lèvres-bouche-pharynx, côlon-rectum, poumon, sein, col de l'utérus, corps de l'utérus, ovaire, vessie).</p> <p>Bien que cette étude n'ait pas pour objectif d'analyser les liens entre facteurs de risque et incidence des cancers, des disparités interdépartementales d'incidence ont été mises en évidence pour les cancers pour lesquels les facteurs de risque personnels (tabac, alcool) sont importants et connus. Chez les hommes, une sur-incidence des cancers des lèvres-bouche-pharynx, de l'œsophage, du larynx et du poumon a ainsi été mise en évidence dans le Nord tout comme une sur-incidence du cancer du poumon chez les femmes dans le Sud ainsi qu'en Ile-de-France. Il ne faut cependant pas oublier le rôle possible d'autres facteurs de risque (professionnels, environnementaux, etc.) dans la survenue de ces cancers ni le délai de latence entre l'exposition à un facteur de risque et le diagnostic de cancer. Pour les autres cancers, les disparités départementales sont moins nettes. Il s'agit, pour la plupart, de cancers dont les facteurs de risque sont moins connus.</p> <p>MISE EN PLACE D'UN PROJET D'EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIOECONOMIQUE DU LIEU DE RESIDENCE DES PATIENTS ENREGISTRES DANS LES REGISTRES DE CANCER DU RESEAU FRANCIM</p> <p>Comme annoncé dans le précédent rapport, une étude a obtenu un financement d'une durée de 3 ans afin de développer, en routine, une procédure de géocodage permettant d'attribuer un index de défavorisation sociale à chaque patient atteint d'un cancer enregistré dans les registres de cancer du réseau FRANCIM.</p> <p>Le géocodage consiste à identifier l'IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique : un niveau géographique plus fin que le seul niveau communal) de chaque patient à partir de son adresse d'habitation au moment de son diagnostic. A chaque IRIS, sera attribuée la valeur d'un index de défavorisation, construit à partir de 10 variables obtenues par le recensement général de la population (proportions de ménages sans chauffage, de logement surpeuplés, de familles monoparentales...). Ainsi, par l'intermédiaire de l'IRIS, chaque nouveau patient diagnostiqué se verra attribuer la valeur de l'index de défavorisation correspondant à son lieu de résidence au moment du diagnostic. Ces informations, déterminées pour environ 120 000 personnes atteintes d'un cancer par an, seront ensuite regroupées dans la base de données commune des registres des cancers et permettront d'estimer les taux d'incidence de cancer selon le degré de défavorisation. Ultérieurement, lorsque le recul par rapport au diagnostic sera suffisant, ces travaux permettront d'étudier la survie selon le degré de défavorisation au moment du diagnostic. Ensuite, les résultats de ces travaux permettront d'adapter aux différents niveaux de défavorisation, des actions de prévention et d'éducation pour la santé.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.	INCa	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Constitution d'un groupe de travail ayant pour objectif le déploiement d'un collecteur, et l'évaluation des documents pouvant être mis à disposition	28/02/15	Terminé
	Rapport d'analyse sur les contraintes législatives (évolutions législatives, accès aux données, consentement des personnes, anonymisation...)	30/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	<p>Commentaire : L'action est menée en prenant en compte l'évolution de la loi de santé, et notamment les modifications proposées par l'article 47. Une analyse juridique va débiter afin de faciliter la rédaction d'une demande d'avis auprès de la CNIL pour le composant national et intégrant les différents domaines de la santé et de la recherche. Le rapport d'analyse sur la faisabilité est en cours de rédaction et doit intégrer ces dispositions.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Rapport sur l'évolution de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer du sein 2010-2012	30/12/14	Terminé
	Mise à disposition des tableaux de bord issus de l'algorithme cancer sur le site de l'ATIH	31/01/15	Terminé
	Rapport sur la prise en charge et le parcours de soins des enfants et jeunes adultes au travers des bases médico-administratives	31/07/15	Terminé
	Définition d'un algorithme permettant d'identifier les personnes atteintes d'un cancer et prises en charge en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Rapport d'étude de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer colo-rectal	31/12/15	Terminé
	<p>Commentaire : Afin de développer ses missions d'observation et d'évaluation, l'INCa met en place une cohorte des personnes atteintes de cancer s'appuyant sur les données de l'Assurance maladie (SNIIR-AM). Celle-ci permettra de documenter toutes les consommations de soins de ces personnes (hospitalisation, médecine de ville, médicaments, actes d'imagerie, actes paramédicaux... mais aussi recours aux transports sanitaires, aux arrêts maladie...) pour une durée de 25 ans. Les principaux objectifs sont la production de tableaux de bord d'activité et de dépenses au niveau national ou infra national, et l'étude des trajectoires de soins du dépistage à l'après cancer.</p> <p>Une première étude « pilote » des trajectoires de soins des femmes ayant un cancer du sein pendant leur première année après le diagnostic s'est avérée riche d'enseignements. L'étude de faisabilité sur les trajectoires du cancer du côlon - rectum a soulevé un certain nombre de contraintes. Des travaux complémentaires ont dû être initiés afin d'améliorer la précision et la qualité de l'algorithme permettant de caractériser les séjours en SSR relatifs à la prise en charge d'un cancer.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.	INCa	Achevée
	Commentaire : Le rapport relatif à la chimiothérapie et des fiches régionales ont été publiés fin 2015.		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.	INCa	Achevée

## Sous objectif : Se doter d'un système d'observation des cancers performant

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Diffusion aux registres du Réseau Francim du manuel des procédures qualité en version 1 (incluant le référentiel d'auto-évaluation)	30/12/15	Terminé
	Travaux afin de faciliter l'accès au RNIPP pour les registres des cancers	30/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Le rapport sur la survie des personnes atteintes d'un cancer est publié. La survie après un diagnostic de cancer est un indicateur épidémiologique permettant d'apprécier l'efficacité des actions mises en œuvre en cancérologie notamment en termes de diagnostic et de prise en charge.</p> <p>Une étude sur la survie de 538 000 personnes habitant dans un département métropolitain couvert par un registre de cancer, atteintes d'un cancer diagnostiqué entre 1989 et 2010, a été publiée sous la forme de deux tomes, l'un consacré à 37 tumeurs solides et l'autre à 16 hémopathies malignes. Pour la première fois en France, ces travaux ont permis d'estimer pour une majorité de localisations la survie à long terme, soit 15 ans après le diagnostic. L'étude montre que la survie est très variable selon les localisations cancéreuses : sur la période 2005-2010, la survie nette à 5 ans varie de 4 % pour le mésothéliome pleural à 96 % pour le cancer du testicule, et de 22 % pour les leucémies aiguës myéloïdes à 87 % pour les lymphomes de la zone marginale. Une amélioration de la survie nette est observée pour la plupart des tumeurs solides et des hémopathies malignes sur la période 1989-2010. Cette publication est le résultat d'un travail partenarial entre les registres du réseau Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa).</p> <p>Les travaux relatifs à l'accès au RNIPP sont en cours et intègrent les modifications relatives à la loi sur l'accès aux données administratives.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.	ASIP	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Cadrage de l'action (avant-projet)	15/09/14	Terminé
	Cadrage de l'action : identification des enjeux et partenaires institutionnels (CNIL, INVs, Unicancer, DGS, porteurs de projets...)	31/12/14	Terminé
	Etat des lieux de l'existant, gouvernance/utilisation des données de santé, benchmark international	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Elaboration d'un plan stratégique concerté (projet) intégrant le volet de la loi de Santé	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : L'état des lieux est débuté, et l'identification des cas d'usage par l'INCa est en cours (sources/ objectifs/finalités/ processus d'exploitation d'information en place/ parties prenantes). Il s'agit d'un pré-requis aux actions à conduire par l'ASIP Santé.

Le texte de loi de modernisation du système de santé voté le 17 décembre 2015 prévoit qu'au niveau collectif, l'utilisation du NIR soit permise à des fins de recherche, d'études et d'évaluation. Ceci nécessite une déclaration au nouveau chapitre IX (regroupant les anciens chapitres IX et X de la loi informatique et libertés) et ne demande pas de décret en conseil d'Etat.

De manière plus détaillée, le texte de loi précise que « Art. L. 1111-8-1. – I. – Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales... » qu'un « décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les modalités d'utilisation de cet identifiant, notamment afin d'en empêcher l'utilisation à des fins autres que sanitaires et médico-sociales. » mais que « II. – Par dérogation au I, le traitement de l'identifiant de santé peut être autorisé à des fins de recherche, dans le domaine de la santé, dans les conditions prévues au chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée. ». La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est modifiée : « a) Au 8° du II, après le mot : « recherche », sont insérés les mots : « aux études et évaluations ».

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Rédaction d'un cahier des charges sur la création d'un nouveau portail de données intégrant l'open data	30/11/14	Terminé
	Publication du rapport " Les cancers en France "	28/02/15	Terminé
	Mise en ligne de la nouvelle version du portail des données	30/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Les travaux de refonte du portail des données sont très avancés (phase de recette en cours). Afin de permettre une meilleure interface entre les différents sites de l'Institut national du cancer, des actions complémentaires ont été entreprises. La livraison finale du portail est prévue à la fin du premier trimestre 2016.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	INCa	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Actualisation des fiches de contexte "cancer" sur le site "Score santé"	30/12/14	Terminé
	Mise en place d'un programme de travail partenarial Réseau des registres des cancers Francim, Service de Biostatistique des HCL, InVS et INCa	28/02/15	Terminé
	Réunion du comité de pilotage du Portail des données du cancer et de l'open data	30/06/15	Non débuté - Retard (de 3 à 9 mois)
	Mise en place d'un comité de pilotage de coordination de l'observation des cancers	30/11/15	Terminé
<p>Commentaire : Les fiches de contexte proposées par la Fnors sur le site Score-santé et concernant les cancers du côlon-rectum, de l'utérus et le mélanome ont été actualisées en janvier 2015. D'autres fiches font l'objet d'une actualisation. Le programme de travail entre le réseau des registres des cancers (Francim), le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, l'InVS et l'INCa est rédigé. Une première réunion du groupe de pilotage sur les données d'observation est prévue mi février. Enfin, le comité de pilotage du portail des données a été décalé au premier trimestre 2016 afin de tenir compte des évolutions du portail.</p>			

## O 16 : OPTIMISER LES ORGANISATIONS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICACITE

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
Proportion de réseaux régionaux de cancérologie labellisés sur la base de leurs nouvelles missions Source : INCa : nombre de reconnaissances délivrées	Le référentiel des missions relatives aux Réseaux régionaux de cancérologie est en cours de constitution. 0 %	01/12/14	100 % 31/12/18
Ratio de projets émergents financés par les cancéropôles retenus au niveau national Source : Cancéropôle	0 %	31/12/15	%
Taux de mise en œuvre des nouvelles missions des réseaux régionaux de cancérologie Source : RRC : critères/indicateurs de suivi de la mise en œuvre du référentiel national			80 % 31/12/18

### Sous objectif : Renforcer le pilotage et l'animation nationale en favorisant le décloisonnement

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.	DGOS; DGS; DGRI	Achevée
Commentaire : Un bilan de la mise en œuvre du COP 2011-2014 a été réalisé par l'INCa et un nouveau contrat pour la période 2015-2018 a été signé par la ministre en charge de la Santé et le secrétaire d'Etat en charge de la Recherche.			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.2	Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Cadrage de l'action en concertation avec DGOS, DGS, DGRI, SGMAS, ARS	30/06/15	Terminé
	Suivant le cadrage, déploiement du plan d'action	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
Commentaire : L'INCa est mandaté par le DGOS et le DGS pour conduire les travaux sur l'évolution des missions des RRC-3C et des structures de gestion du dépistage, en appui du pilotage stratégique du ministère en charge de la Santé (cf. action 16.4).			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.	DGS	Achevée
Commentaire : A la suite de l'annonce du Plan cancer 2014-2019 et son objectif 10 portant sur la mise en place d'un programme national de réduction du tabagisme, un comité de pilotage présidé par le Directeur général de la santé, associant l'INCa, l'INPES, la CNAMTS, la Mildeca, le SGMAS, a été mis en place le 14 mars 2014 afin de lancer le chantier d'élaboration du PNRT. Le copil s'est réuni à trois reprises entre le 29 avril et le 24 octobre.			

## Sous objectif : Redéfinir la place des acteurs régionaux et territoriaux en appui des ARS

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.4	Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.	INCa	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Etat des lieux des RRC et réflexion sur l'évolution de leurs missions	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Cahier des charges des RRC en vue de leur reconnaissance	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : L'élaboration du référentiel des nouvelles missions des RRC, intégrant leur déclinaison souhaitée au niveau territorial, est en cours d'élaboration par l'INCa en lien avec la DGOS et les parties prenantes. Les reconnaissances des RRC seront reconduites jusqu'à fin 2016 pour une mise en œuvre des nouvelles missions en 2017. S'agissant des structures de gestion du dépistage, la réflexion s'engage et une feuille de route va être présentée pour faire évoluer leur positionnement et le système d'information.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.	DGOS	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Proposition dans la loi de Santé de dispositifs pour garantir une offre de coordination lisible et intégrée des professionnels sur les territoires	31/12/14	Terminé
	Mise en œuvre d'une organisation expérimentale d'accompagnement de parcours complexes en cancérologie et intégrant la ville	30/06/15	Terminé
	Travaux DGOS-INCa sur la pertinence du dispositif RRC-3C et le dimensionnement financier	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Proposition de modèles financiers et référentiels de missions des dispositifs de coordination en cancérologie	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Le calendrier de cette action est décalé, dans l'attente de l'expertise INCa à rendre sur le panier de soins de support à mobiliser à l'appui des parcours cancer (saisine DGOS du 29 juillet 2015). La coordination des parcours est un axe fort du travail conduit en 2015 par la DGOS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une part, par le biais de loi de modernisation de notre système de santé avec un ensemble de dispositions visant à renforcer la coordination des parcours complexes (plateformes territoriales d'appui, projets territoriaux de santé);</li> <li>- d'autre part, avec la concrétisation de l'expérimentation des infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC): un premier bilan de ce projet, mobilisant 45 équipes hospitalières et de premier recours, a été réalisé par la DGOS. Une réunion de l'ensemble des équipes, le 16 novembre, a par ailleurs permis de partager leurs expériences et résultats;</li> <li>- enfin, plusieurs mesures ont été prises dans le champ de l'hospitalisation à domicile: parution en janvier 2015 du rapport HAS sur l'évaluation médico-économique de la chimiothérapie en HAD. Il réaffirme le rôle essentiel de l'HAD dans l'administration des chimiothérapies lorsqu'elles sont réalisées par voie sous cutanée, et a fortiori intraveineuse, de durée d'administration courte. Des mesures favorables au développement de la chimiothérapie en HAD sont déjà intervenues ou prévues:</li> </ul> <p>Revalorisation en 2014 de la pondération du mode de prise en charge en principal, en 2015 du mode de prise en charge en associé</p> <p>Mise en place d'un recueil d'information sur les traitements coûteux en HAD</p> <p>Actualisation du guide PMSI HAD en 2015 (portant sur les MP 05 et 13 : chimiothérapie anticancéreuse et surveillance post chimio).</p> <p>Lancement en 2015 de la démarche projet pour l'évolution du modèle de tarification et de classification de l'HAD (objectif 2019-2020)</p>			

## Sous objectif : Conforter la structuration de la recherche en régions

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.6	Recentrer les missions des cancéropôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).	INCa	Planning respecté

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.7	À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Validation du calendrier de l'appel à candidatures	31/12/14	Terminé
	Validation de la procédure de l'appel à candidatures avec les partenaires (INSERM, DGOS)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	<p>Commentaire : La labellisation SIRIC 2017 sera attribuée à l'issue d'un appel à candidatures dont le lancement est prévu en février 2016. Cette période a été définie en tenant compte de la nécessité de synchroniser les calendriers et de lancer une action unique pour le renouvellement des SIRIC 2011 et 2012 et pour les nouvelles candidatures.</p> <p>La procédure et le calendrier de cet appel à candidatures seront établis dès l'achèvement de l'évaluation mi-parcours des SIRIC actuellement labellisés afin de pouvoir prendre en compte les conclusions et recommandations émises par le comité d'experts internationaux.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.	INCa	Planning respecté
	<p>Commentaire : L'importance de l'articulation entre les cancéropôles et les SIRIC a été précisée dans chacun des documents relatifs à l'évaluation mi-parcours des SIRIC (trame de rapport, formulaire d'évaluation, rapport d'audition). Ce point a également été rappelé au comité d'évaluation scientifique en introduction des 2 jours d'auditions des SIRIC.</p> <p>Des recommandations seront adressées aux SIRIC si besoin en fonction des résultats de l'évaluation.</p>		

## Sous objectif : Conforter la place de la France dans les coopérations internationales en recherche et santé publique

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.9	Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.	INCa	Planning respecté



Commentaire : L'INCa apporte son soutien et collabore avec les agences internationales:

- participe aux travaux du centre collaborateur OMS - Méditerranée "détection précoce et dépistage des cancers"
- finance l'initiative mondiale pour le développement des registres du cancer (GICR), coordonnée par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Ce soutien cible les registres du cancer en Afrique francophone.
- travaille étroitement avec AORTIC (l'organisation africaine pour la recherche et l'enseignement sur le cancer), au développement de réseaux recherche/santé publique en Afrique francophone
- participe aux réunions techniques stratégiques de l'OMS visant à définir les actions prioritaires de l'OMS dans la lutte contre le cancer, et financera en 2016 une aide à la mise en œuvre des recommandations publiées par l'OMS pour la prévention du cancer du col de l'utérus dans les pays à faibles et moyens revenus
- représente la France au groupe d'experts mis en place par la DG SANTE (Commission Européenne) sur le cancer
- a participé au leader summit organisé par l'UICC (Union internationale contre le cancer) ainsi qu'au comité local d'organisation d'UICC 2016

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.10	Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.	INCa	Planning respecté
	<p>Commentaire : L'INCa s'appuie sur les membres d'Aviesan Sud pour ses réseaux collaboratifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les partenaires d'Aviesan Sud participent aux réseaux de recherche/santé publique créés par l'INCa en Asie (Laos, Thaïlande,) et en Afrique (Gabon, Madagascar, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal) sur le cancer du col de l'utérus.</li> <li>- l'INCa apporte son soutien à des projets de recherche sur les cancers liés aux infections, qui sont dominants dans les pays du Sud, en vue de définir une stratégie de prévention et d'évaluer la valeur prédictive des différentes méthodes de dépistage. Le financement qui sera apporté à l'OMS en 2016 renforce cette stratégie et permettra d'envisager concrètement la mise en œuvre des recommandations OMS pour la prévention du cancer du col de l'utérus</li> <li>- l'INCa est à l'initiative du développement d'un réseau collaboratif associant 5 pays d'Afrique francophone (Sénégal, Gabon, Côte d'Ivoire, Cameroun, et Madagascar) pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus, qui fait partie des priorités définies par l'OMS dans le plan d'action 2013-2020 sur les maladies non transmissibles</li> <li>- l'INCa a organisé une réunion de préfiguration avec des représentants de 9 pays africains pour la mise en place d'un réseau francophone de recherche sur le cancer de la prostate incluant des équipes de France métropolitaine, des Antilles et d'Afrique subsaharienne. Les objectifs de ce futur réseau ont été discutés lors de la conférence internationale AORTIC 2015</li> </ul>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
16.11	Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les États-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.	INCa	Planning respecté
	<p>Commentaire : L'INCa a participé en mars 2015 au meeting organisé par le CRUK et le NCI, pilotes du groupe de travail créés à l'issue du meeting des financeurs internationaux de la recherche, suite à son engagement lors de la conférence de Melbourne de décembre 2014.</p> <p>Des propositions pour le programme (amélioration et visibilité du réseau, clarification le rôle des financeurs, action sur les leviers les plus pertinents ..) ont été soumises au CRUK et au NCI lors de cette réunion. Des propositions d'actions seront soumises aux partenaires dans les prochains mois. L'INCa a d'ores et déjà accepté de contribuer financièrement au consortium.</p>		

## O 17 : ADAPTER LES MODES DE FINANCEMENT AUX DÉFIS DE LA CANCÉROLOGIE

**Sous objectif : Savoir adapter les modalités de financement au rythme des évolutions techniques et organisationnelles**

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.1	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 3.10 et 3.8.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre des actions 3.10 et 3.8.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.2	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.3	Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.	DGOS	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Définition du programme de travail du Copil Cancer du CORETAH	31/12/14	Terminé
	Analyse de l'activité hospitalière et de l'activité en médecine de ville relatives à la prise en charge des patients atteints d'un cancer	31/12/15	Terminé
	Analyse des dépenses hospitalières et des dépenses en médecine de ville relatives à la prise en charge des patients atteints d'un cancer	31/12/15	Terminé
	Etude INCa sur les trajectoires de soins de patients atteints d'un cancer du sein réalisée à partir des données du PMSI et du SNIIRAM	31/12/15	Terminé
	Mise en place d'une veille scientifique sur prises en charge et techniques émergentes en cancérologie (DGOS avec INCa, en lien avec sociétés savantes)	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	Recommandations INCa/HAS et recommandations de pratiques professionnelles	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)

Commentaire : Le calendrier de cette action est décalé, dans l'attente des recommandations prévues de l'INCa sur les évolutions constatées en chimiothérapie orale et soins de support.

La question de la prise en compte des innovations fait partie du champ de réflexion du CORETAH cancer qui a été constitué en mai 2014 par la DGOS pour anticiper l'impact des évolutions de parcours en cancérologie sur les organisations et les financements. Trois réunions plénières du comité se sont tenues et ont arrêté les priorités de travail: la promotion des prises en charge ambulatoires, l'accompagnement de l'essor des chimiothérapies orales et l'accompagnement de l'évolution des soins de support. Pour approfondir la réflexion sur ces thématiques prioritaires, trois groupes de travail techniques ont été constitués et ont démarré en novembre 2014 leurs travaux. A l'issue d'un partage préalable d'éléments de constat (phase en cours), ils présenteront début 2016 au comité plénier leur analyse et leurs propositions pour permettre de répondre au mieux à ces enjeux.

Chacun des trois groupes de travail s'est réuni deux fois en lien avec les fédérations hospitalières, les représentants de la médecine de ville et la Ligue nationale de lutte contre le cancer.

Cette réflexion a démarré fin 2014- 1er trimestre 2015 par une enquête auprès des acteurs sur les besoins d'évolution de cette activité, de son organisation et de son financement.

Dans ce cadre, la DGOS a rencontré, en lien avec l'INCa, les sociétés savantes du champ de la cancérologie (SFC, SFH, SFCE) ainsi que le groupe interface ARS du Plan cancer.

A partir de ces enseignements, les travaux techniques visant à cadrer l'organisation et à adapter le financement de ces activités ont démarré :

- saisine DGOS de l'INCa en juillet 2015 pour l'élaboration des pré-requis organisationnels transversaux (chemin clinique) de la chimiothérapie orale. Le livrable INCa est attendu au premier trimestre 2016 ;
- saisine DGOS de l'INCa en juillet 2015 sur le panier de soins de support, permettant de clarifier les prestations de support prioritaires mobilisables à l'appui du parcours cancer. Le livrable INCa est attendu au premier trimestre 2016
- élaboration en cours par la DGOS de projets de deux cahiers des charges sur le cadre organisationnel territorial : de la chimiothérapie orale ; des soins de supports. Ils fixeront des organisations cibles et tiendront compte notamment des liens entre l'hôpital et la médecine de ville dans le parcours de soins des patients. Le calendrier prévu est la publication de deux instructions au second semestre 2016 sur la base notamment de l'état des lieux DGOS précité et des pré-requis établis par l'INCa
- dans le cadre de la campagne budgétaire 2016, la DGOS prépare une proposition de financement de la primo-prescription de chimiothérapie orale pour les titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.4	Redéfinir les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant et de la valeur ajoutée d'une molécule permettant d'accélérer l'accès des patients aux réelles innovations : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.

#### Sous objectif : Inciter à la fluidité des parcours par des mécanismes financiers innovants

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.5	Engager, dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière et dans le cadre des travaux sur les nouveaux modes de rémunération dans le cadre conventionnel, une réflexion sur une évolution des modes de financement apte à garantir un parcours fluide et sûr (notamment entre ville et hôpital) et une prise en charge globale (intégrant les soins de support) dans le champ du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».	DGOS	Retard (moins de 3 mois)

Jalon	Fin prévue le	État du Jalon
Expérimentation de forfaits en radiothérapie : cf. action 3.13	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : Les travaux de modélisation du financement en radiothérapie n'ont pu démarrer qu'à partir du dernier trimestre 2015, après une phase plus longue que prévu de recueil des recommandations de l'INCa et d'état des pratiques et coûts auprès des professionnels.</p> <p>Les travaux expérimentaux, conduits en application de l'article 43 de la LFSS pour 2014 en vue d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, concourent au rapprochement des systèmes de codage et tarification de la radiothérapie publique et privée. L'expérimentation a démarré en début d'année 2014 sur les localisations sein et prostate avec la conduite dans un premier temps de travaux d'expertise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- appel à candidature en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires</li> <li>- démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014</li> </ul> <p>Au total, 63 centres de radiothérapie sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 participent également à l'étude de coûts.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restitution des résultats des enquêtes de pratiques et de coûts en groupe technique pilotée par la DGOS/ATIH puis dans le cadre du COPIL Expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie oncologique début juillet 2015.</li> <li>- Transmission en mai 2015 par l'INCa des travaux sur les recommandations internationales et nationales concernant la radiothérapie pour les localisations sein et prostate. Ces travaux qui prennent en compte le projet de recommandations SFRO 2015, avaient été sollicités par la DGOS pour préparer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie.</li> </ul> <p>Sur la base des conclusions de ces enquêtes, des travaux INCa se sont engagés au second semestre 2015, les travaux permettant de définir le modèle de financement innovant le plus approprié. Par ailleurs, les constructeurs et éditeurs de logiciels ont été sollicités en vue de l'adaptation des systèmes d'information pour la facturation et le recueil médicalisé de soins.</p>		

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.7	Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.	DGOS	Retard (de 3 à 9 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Objectivation de la consommation réelle en molécules onéreuses, en particulier en cancérologie, dans les secteurs DAF et OQN	30/06/15	En cours - Retard (de 3 à 9 mois)
	Consolidation de la LES MO issue du MCO et enrichie des spécialités SSR	31/12/15	Non débuté - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : La réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), portée par l'article 49 de la loi de financement de sécurité sociale 2016, prévoit la création d'un compartiment de financement pour les molécules onéreuses. L'objectif de ce dernier est de permettre aux établissements de santé de dispenser des traitements innovants, non captables par la classification. Sont particulièrement concernés les traitements intercurrents, qui sont aujourd'hui un obstacle à la prise en charge en SSR de patients atteints de pathologies chroniques (HIV, cancer par exemple) et qui, de ce fait, sont amenés à rester inutilement dans des lits de MCO.</p> <p>La liste des molécules SSR comprend trois types de molécules : les molécules onéreuses du secteur de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour permettre la fluidité des parcours, les traitements intercurrents dont le coût journalier est supérieur à une fraction du prix de journée moyen ainsi que des molécules spécifiques au SSR (ex. toxine botulique).</p> <p>Le mécanisme de régulation prévu est innovant : il repose sur une enveloppe cible définie en début d'exercice. Les molécules onéreuses remontées dans FICHCOMP sont remboursées sur la base de la consommation réelle valorisée au tarif minoré d'un coefficient. Si en fin d'exercice, l'enveloppe n'est pas consommée, alors le montant correspondant au coefficient minorateur est reversé ex- post au prorata des dépenses.</p>			

## Sous objectif : Dégager des marges de manœuvre pour financer l'innovation

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.8	Accélérer en lien avec les travaux issus du contrat de filière des industries de santé le processus de tarification des actes et traitements innovants validés en pratique clinique afin de permettre le redéploiement des financements d'initiation de l'INCa et de la DGOS vers des actes et dispositifs émergents : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.9	Favoriser grâce au suivi de la qualité des pratiques cliniques, à des critères d'agrément exigeants et aux recommandations de bonne pratique la pertinence des actes et la focalisation des moyens sur les prises en charge conformes aux standards : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 1.10, 2.4, 2.6 et 2.7.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre des actions 1.10, 2.4, 2.6 et 2.7.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.10	Contribuer, grâce aux campagnes d'information sur les dépistages organisés des cancers, à la réduction des actes de dépistage inopportuns par leur nature ou leur fréquence : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.

## Sous objectif : Maintenir un haut niveau d'exigence dans les choix de financement de la recherche

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.11	Maintenir le principe d'appels à projets libres et compétitifs comme principale modalité de sélection des projets de recherche sur le cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.	INCa; ITMO cancer	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Mission AVIESAN pour la programmation de la recherche en santé	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
<p>Commentaire : L'INCa développe actuellement un outil informatique dédié à la soumission, le financement et le suivi des projets sélectionnés (GIPSI, Gestion intégrée des projets suivis par l'INCa). Les spécifications concernant le suivi scientifique sont en cours d'élaboration. Il est notamment prévu que les porteurs de projets puissent soumettre leurs rapports en ligne, ce qui permettra aux référents scientifiques opérationnels d'évaluer et de suivre l'avancement des projets.</p> <p>L'INCa et ses partenaires, de même que l'ITMO Cancer et ses partenaires, ont organisé des séminaires de restitution sur les résultats des projets financés. Ces séminaires sont gratuits et ouverts à tous les publics afin de permettre une plus large diffusion des avancées de la recherche. Parmi les séminaires organisés : ATIP-Avenir, Doctorants Frontières du vivant, PAIR prostate, Projets en Sciences Humaines et sociales, Projets en épidémiologie, etc.</p>			

N°	Libellé	Responsable de l'action	État calculé de l'action
17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.	INCa	Retard (moins de 3 mois)
	<b>Jalon</b>	<b>Fin prévue le</b>	<b>État du Jalon</b>
	Démarrage de la réflexion	15/10/14	Terminé
	benchmark des outils existants à l'échelle internationale	31/12/15	En cours - Retard (moins de 3 mois)
	<p>Commentaire : Un benchmark concernant les outils d'évaluation de la recherche et de suivi scientifique a été initié et sera consolidé dans les mois à venir. Ce benchmark permettra à l'INCa de se positionner sur l'amélioration du prototype Helios, réalisé en partenariat avec l'ex OST ou de se doter d'un nouvel outil.</p>		

# Abréviations

3C	Centre de coordination en cancérologie
AAP	Appel à projets
ABM	Agence de la biomédecine
ACAATA	Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
ACP	Anatomocytopathologie
ACSÉ	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
AcSé	Accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes (programme)
ADSSU	Association des directeurs des services de santé universitaires
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AERAS	S'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé (convention)
AFCA	Association française de chirurgie ambulatoire
AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMP	Aide médico-psychologique
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANR	Agence nationale de la recherche
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites B et C
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
AORTIC	African organization for research and on cancer
APAD	Assistance pédagogique à domicile
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
ASCO	American society of clinical oncology
ASIP	Santé Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASN	Autorité de sûreté nucléaire
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATIP	Action thématique et incitative sur programme
AVIESAN	Alliance pour les sciences de la vie et de la santé
BTP	Bâtiment et travaux publics
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CCLAT	Convention cadre pour la lutte anti-tabac (Organisation mondiale de la santé)
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDP	Conditions de prescription et de délivrance
CeGIDD	Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic
CEPS	Comité économique des produits de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIH	Classification internationale des handicaps
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CISS	Collectif inter-associatif de la santé
CJC	Consultation jeune consommateur
CLAD	Comité local d'accompagnement du dépistage
CLC	Contrats locaux de santé
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLIP2	Centres labellisés INCa de phase précoce
CMR	Cancérogènes et/ou mutagènes et/ou toxiques pour la reproduction
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnamts	Caisse nationale d'Assurance maladie pour les travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNCT	Comité national contre le tabagisme
CNED	Centre national d'enseignement à distance
CNEMMOP	Commission nationale des études de maïeutique, médecine, onthologie et pharmacie
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins

CNRS	Centre national de recherche scientifique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Constances	Consultants des centres d'exams de santé (cohorte)
COP	Contrat d'objectifs et de performance
CORETAH	Comité de réforme de la tarification hospitalière
COSTRAT	Comité Stratégique sur le dépistage
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens
CRSA	Conférence régionale de santé et d'autonomie
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CVP	Centre de vaccination public
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DES	Diplôme d'études spécialisées
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEC	Direction générale de l'énergie et du climat
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et la formation professionnelle
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOM	Direction générale des outre-mer
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGPR	Direction générale de la prévention des risques
DGRI	Direction générale pour la recherche et l'innovation
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail, Direction du budget
Directcte	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	Dossier médical personnel
DOM	Département d'outre-mer
DPC	Développement professionnel continu
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé
EHESP	Écoles des hautes études en santé publique
EHES	École des hautes études en sciences sociales
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMRC	Équipe mobile de recherche clinique
EPST	Établissement public à caractère scientifique et technologique
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESCO	European society for medical oncology
ESMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (enquête)
ETP	Éducation thérapeutique du patient
EURATOM	European Atomic Energy Community
FIR	Fonds d'intervention régional
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FRCP	Fiche de synthèse de la décision thérapeutique de la réunion de concertation pluridisciplinaire
FUN	France université numérique
GAST	Groupe d'alerte santé-travail
GICR	Global initiative for cancer
GREED	Groupe de réflexion sur l'éthique de dépistage
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCL	Hospices civils de Lyon
HCSP	Haut Conseil de santé publique
HPV	Papillomavirus humain
IARC	International agency for research on cancer
ICGC	International cancer genome consortium
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDS	Institut des données de santé
IEA	Intoxications éthyliques aigues
IGRT	Image-Guided Radio-Therapy
INCa	Institut national du cancer
Impes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale



InVS	Institut de veille sanitaire
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
IRD	Institut de recherche pour le développement
IReSP	Institut de recherche en santé publique
IRIS	Ilots regroupés pour l'information statistique
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRPS	Institut de recherche et prévention santé
ITC	International tobacco control
ITCC	International therapies for children with cancer
ITMO cancer	Institut thématique multi-organismes sur le cancer
ITMO SP	Institut thématique multi-organismes Santé publique
ITMO TS	Institut thématique multi-organismes Technologies de santé
LAP	Liste des actes et prestations
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAS-FAM	Maison d'accueil spécialisée et foyer d'accueil médicalisé
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les addictions
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MOOC	Massive open online course
MSSanté	Messagerie sécurisée de santé
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
NACRE	National alimentation cancer recherche
NGS	Next Generation Sequencing
NIR	Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFT	Office français de prévention du tabagisme
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire régional de santé
PAI	Projet d'accueil individualisé
PAIR	Programme d'actions intégrées de recherche
PARP	Poly (ADP ribose) polymérase
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PIA	Programme d'investissements d'avenir
PMI	Centre de Protection maternelle infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PNREST	Programme national de recherche en environnement santé travail
PNRT	Programme national de réduction du tabagisme
PNSE	Plan national santé environnement
PPAC	Programme personnalisé d'après cancer
PPS	Programme personnalisé de soins
PREPS	Programme de recherche sur la performance du système des soins
PRME	Programme de recherche médico-économique
PSA	Prostate specific antigène
PST	Plan Santé Travail
RCMI	Radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RI	Radiologie interventionnelle
RNIPP	Répertoire national d'identification des personnes physiques
ROR	Répertoire opérationnel de ressources
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RRC	Réseau régional de cancérologie
RTU	Référentiel temporaire d'utilisation
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SDSP	Service départemental de santé publique
SFAR	Société française d'anesthésie et de réanimation
SFCE	Société française de lutte contre les cancers et les leucémies de l'enfant et de l'adolescent
SFR	Société française de radiologie

SFROP	Société française de radiothérapie oncologique
SGMAP	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargé des affaires sociales
SIRIC	Site de recherche intégré sur le cancer
SNIIRAM	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SOS	Soin oncologique de support
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SUMPPS	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
TDM	Tomodensitométrie
TEP	Tomographie par émission de positons
TNS	Traitement nicotinique de substitution
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UCOG	Unité de coordination en oncogériatrie
URPS	Unions régionales des professions de santé
UV	Ultraviolets (rayons)
VADS	Voies aérodigestives supérieures
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VICAN	Vie après un cancer (enquête)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LES PILOTES  
DU PLAN CANCER 2014-2019



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE DES FINANCES  
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DE LA DÉCENTRALISATION  
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DE FEMMES

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE,  
DU DÉVELOPPEMENT DURABLE  
ET DE L'ÉNERGIE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,  
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE  
ET DU DIALOGUE SOCIAL

MINISTÈRE DES OUTRE-MER

**aviesan**  
alliance nationale  
pour les sciences de la vie et de la santé

**ars**  
Agence Régionale de Santé

**UNCAM**

**CNSA**  
Caisse nationale de  
solidarité pour l'autonomie

**anses**  
alimentation, environnement, travail

**HAS**  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**InVS**  
INSTITUT  
DE VEILLE SANITAIRE

www.inpes.sante.fr  
**inpes**  
éditions

Institut de Recherche  
en Santé Publique  
**GIS-IReSP**

**leCISS**

**UNAPECLE**  
Avec les enfants  
atteints de cancer  
ou de leucémie

**asipsanté**  
AGENCE DES SYSTÈMES  
D'INFORMATION  
PARTAGÉS DE SANTÉ

**FONDATION ARC**  
POUR LA RECHERCHE  
SUR LE CANCER  
Reconnue d'utilité publique  
www.arc-cancer.net

AUTORITÉ  
DE SÛRETÉ  
NUCLÉAIRE  
**asn**

**ansm**  
Agence nationale de sécurité du médicament  
et des produits de santé

**LA LIGUE**  
CONTRE LE CANCER

**agence de la  
biomédecine**

*Comité économique  
des produits de santé*

**INSTITUT  
NATIONAL  
DU CANCER**



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

---

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

RAPPR16

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

