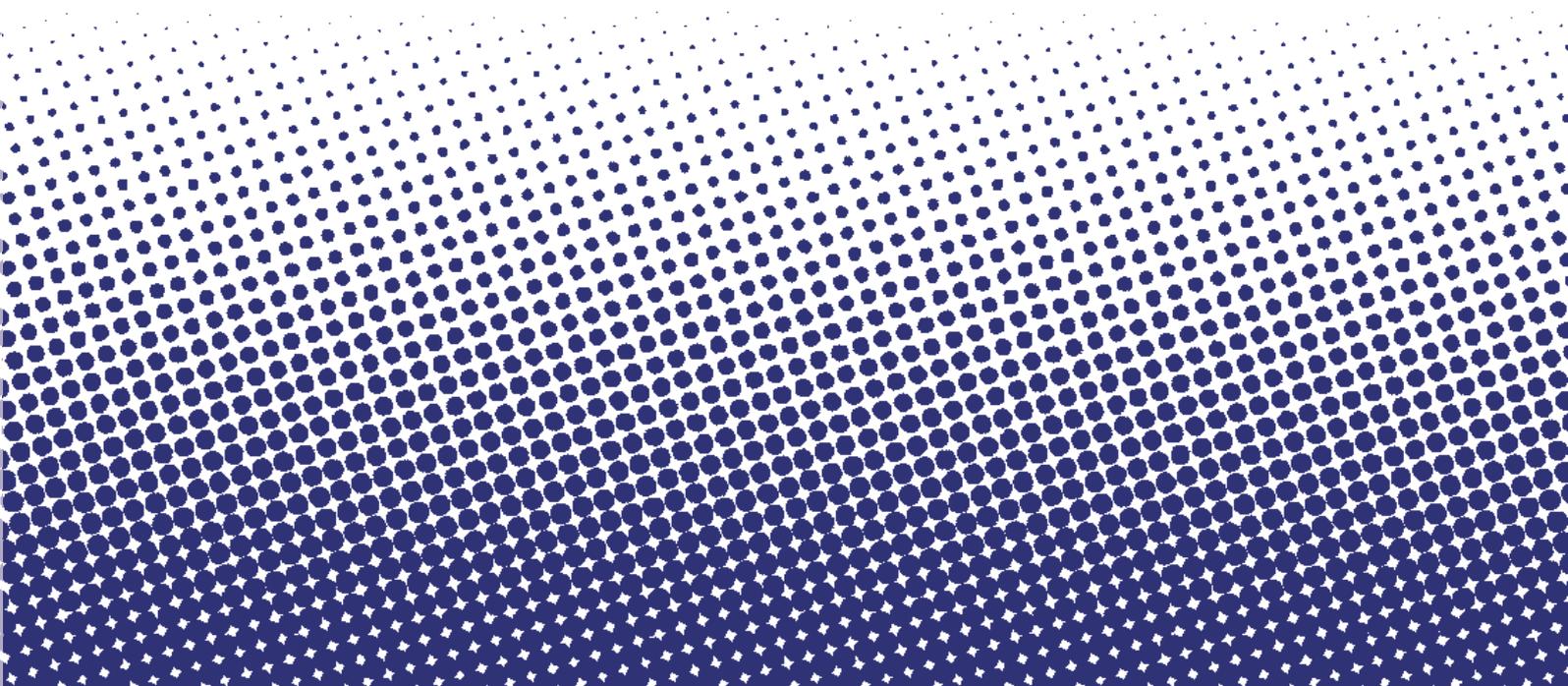




# Plan cancer **2009** **2013**

## 6<sup>e</sup> RAPPORT D'ÉTAPE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE JANVIER 2013



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

# Les pilotes du Plan cancer



MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE  
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

MINISTÈRE  
DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES  
ET DE L'INDUSTRIE



Toutes les informations sur le Plan cancer 2009-2013  
[www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr)

# Sommaire

<u>SYNTHÈSE DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT DU PLAN CANCER 2009-2013 AU 31 DECEMBRE 2012</u>	5
<u>LA GOUVERNANCE DU PLAN CANCER</u>	7
<u>CHIFFRES CLÉS DU CANCER EN FRANCE</u>	9
<u>PARTIE I : LES ACTIONS REALISÉES OU ENGAGÉES A LA FIN 2012</u>	11
<u>PARTIE II : DONNÉES DE PILOTAGE DES 30 MESURES</u>	43
<u>LEXIQUE</u>	131

Le 6<sup>ème</sup> rapport d'étape au président de la République présente l'état d'avancement du Plan cancer 2009-2013 à la fin 2012.

Faisant suite aux cinq premiers rapports semestriels publiés depuis juin 2010, il comprend les éléments suivants :

- la synthèse de l'état d'avancement du Plan au 31 décembre 2012 ;
- la présentation de la gouvernance du Plan cancer 2009-2013 ;
- les chiffres clés du cancer en France en 2012 ;
- le rapport des actions engagées et réalisées de 2009 à 2012 ;
- les données de pilotage établies au 31 décembre 2012, comprenant les indicateurs de réalisation par mesure, l'état d'avancement de chacune des actions et le bilan 2009-2011 de l'exécution budgétaire<sup>1</sup>.

Un lexique des sigles et acronymes utilisés dans le rapport figure en dernière partie du document.

---

<sup>1</sup> Le bilan de l'exécution budgétaire 2012 sera produit en mars 2013.



## Synthèse de l'état d'avancement du Plan cancer au 31 décembre 2012

A la fin 2012, l'avancement du Plan est globalement conforme au calendrier prévu, grâce à l'implication de tous les acteurs et à la mobilisation des ressources programmées.

La plupart des mesures du Plan progresse conformément au calendrier prévu (sur les 119 actions du Plan, 79 sont en cours et 20 actions sont déjà terminées), mais 20 actions présentent un retard de réalisation.

Avec 879 millions d'euros exécutés sur 2009-2011<sup>2</sup>, les moyens sont mobilisés à hauteur des montants programmés (sur 987 millions d'euros prévus sur la période, soit un taux d'exécution de près de 90%).

Toutefois, certaines mesures ne parviennent pas encore à atteindre les objectifs attendus ou sont confrontées à des difficultés de réalisation.

### **1. Des avancées importantes ont été réalisées dans la recherche et l'observation sur les cancers et pour améliorer les prises en charges.**

Afin de promouvoir les coopérations entre chercheurs et cliniciens, 8 sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) ont été labellisés et le soutien à la recherche pluridisciplinaire et translationnelle a été renforcée (122 projets retenus depuis 2009 par le ministère chargé de la Santé, l'INCa et l'Inserm). Le nombre de patients participant aux essais cliniques en cancérologie, qui font progresser les traitements, a augmenté de 63 % depuis 2008, grâce au soutien des projets de recherche clinique (programmes PHRC et STI<sup>3</sup>) et à une meilleure information des malades et des professionnels.

La place de la France dans la recherche sur le cancer au niveau international se renforce, notamment pour favoriser le développement de nouvelles molécules anticancéreuses en partenariat avec le National Cancer Institute américain et des laboratoires pharmaceutiques mondiaux (les 16 centres d'essais cliniques, soutenus par l'INCa et la Fondation ARC, ont inclus 1 800 patients en phase précoce en 2011).

**Ces initiatives ont pour objectif d'accélérer le transfert des découvertes scientifiques au bénéfice des malades.** De plus en plus de malades bénéficient aujourd'hui d'un traitement personnalisé, grâce aux thérapies ciblées accessibles quel que soit le lieu de prise en charge. Le nombre de patients bénéficiant des tests de génétique moléculaire, qui déterminent l'accès à ces nouveaux traitements, a doublé depuis 2009 (60 000 patients en 2011).

**Afin de garantir la qualité et la sécurité des soins pour tous les patients, les Agences Régionales de Santé s'assurent de la conformité des établissements de santé** autorisés pour le traitement du cancer (885 établissements hospitaliers publics et privés). Tous les centres de radiothérapie disposent désormais des équipements exigibles et des personnels qualifiés. Des prises en charges adaptées se structurent pour répondre aux besoins spécifiques des enfants et adolescents atteints de cancer et les organisations sont finalisées pour les patients âgés (unités de coordination en oncogériatrie), ainsi que pour les personnes souffrant de cancers rares (17 centres experts nationaux pour les cancers rares).

---

<sup>2</sup> Le bilan de l'exécution budgétaire pour 2012 sera disponible en mars 2013.

<sup>3</sup> Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) cancer et programme de soutien aux techniques innovantes (STI) en cancérologie

**La coordination entre les professionnels de santé assurant la prise en charge des cancers est soutenue.** Les parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer, déjà expérimentés par 35 sites pilotes (9 200 patients), vont connaître une nouvelle phase de développement plus centrée sur la coordination ville-hôpital. La mobilisation des professionnels, avec les patients et les usagers, se renforce pour une meilleure prise en compte des conséquences de la maladie et des traitements dans la vie sociale et professionnelle. Le 1<sup>er</sup> rapport de l'Observatoire sociétal des cancers a été publié en 2012 par la Ligue nationale contre le cancer.

Les efforts ont été accentués par le ministère chargé de la Santé en 2012 **pour la sensibilisation aux risques U.V.** et la réglementation des cabines de bronzage va être renforcée. La promotion de l'activité physique est également développée, notamment auprès des collectivités locales (INCa-Inpes).

**La connaissance et l'information sur les cancers s'améliorent.** La surveillance de l'incidence et de la mortalité par cancer en France se renforce grâce aux registres, qui ont réduit d'une année les délais de publication des données. La surveillance des expositions professionnelles progresse notamment par la mise en place de la déclaration obligatoire du mésothéliome et les recommandations de bonne pratique pour la surveillance médicale des travailleurs exposés à des agents cancérigènes (HAS). Une synthèse des données est réalisée dans le rapport « La situation du cancer en France » (INCa), actualisé et enrichi chaque année, et toutes les informations de référence sur les cancers et la cancérologie sont accessibles grâce au **Portail des données du cancer** sur le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

## 2. Certaines mesures ne parviennent pas encore à atteindre les objectifs attendus ou sont confrontées à des difficultés de réalisation.

**La réduction des inégalités face au cancer est un objectif transversal du Plan cancer.** Les actions menées visent notamment à améliorer la prévention et promouvoir le dépistage auprès des publics plus défavorisés. Le développement des parcours personnalisés pour les personnes atteintes de cancer permet aussi une détection précoce des fragilités et un accompagnement social. Afin de définir des stratégies d'actions adaptées, il est toutefois nécessaire de mieux caractériser les inégalités sociales et territoriales en matière de cancer et de comprendre leurs déterminants.

**Malgré les mesures prises pour favoriser la prévention** (avertissements graphiques, interdiction de la vente de tabac aux mineurs, augmentations du prix du tabac) qui entraînent une diminution des ventes, **la consommation de tabac ne recule pas.**

**La participation nationale aux programmes de dépistage organisés des cancers ne progresse pas parmi les populations cibles** (52% pour le cancer du sein, 32% pour le cancer colorectal), en dépit des campagnes d'information renouvelées chaque année (Mars bleu, Octobre rose) et des actions de proximité soutenues. Selon le nouveau baromètre cancer publié en 2012 (Inpes-INCa), les français se déclarent mieux informés sur les principaux facteurs de risques et le dépistage des cancers, mais les comportements peinent encore à se modifier.

S'agissant de la démographie médicale dans les disciplines liées à la cancérologie, si le nombre d'internes est en augmentation (322 postes pourvus en 2010 et 2011), les effectifs hospitalo-universitaires ont au contraire connu une diminution depuis 2008.

Enfin, plusieurs mesures prévues en faveur de la **réhabilitation sociale et professionnelle des personnes atteintes de cancers, ainsi que l'accès au crédit et aux assurances**, sont confrontées à des retards dans leur mise en œuvre. Les difficultés rencontrées impliquent de mieux identifier les freins et les leviers aux niveaux national et territorial afin d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées.



## La gouvernance du Plan cancer 2009-2013

### ► Un comité de pilotage interministériel

Le pilotage de la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 est assuré par un comité de pilotage interministériel, présidé par le directeur général de la santé et composé de l'ensemble des directions d'administration centrale impliquées (DGRI, DGOS, DSS, DGCS, DGT, DGTPE), de l'Assurance maladie, du Collectif interassociatif de la santé, de la Ligue nationale contre le cancer, du professeur Jean-Pierre Grünfeld comme personnalité qualifiée et de la présidente de l'INCa.

Le comité se réunit tous les trimestres, en associant à une réunion sur deux les représentants des agences nationales de santé et les opérateurs nationaux, pilotes ou copilotes d'actions (InVS, Inpes, HAS, DGEFP, ANSES, IReSP, CNSA).

Le comité de pilotage examine le bilan trimestriel de l'avancement des mesures du Plan cancer et veille tout particulièrement à la mise en œuvre des actions présentant un retard.

### ► Un rapport semestriel destiné au président de la République et aux ministres concernés

Le rapport d'étape semestriel destiné au président de la République et aux ministres concernés, établi par le comité de pilotage du Plan cancer, présente l'état des lieux synthétique de l'avancement des actions du Plan cancer, complété des données de pilotage par mesure.

### ► Un suivi trimestriel de l'avancement des actions du Plan cancer 2009-2013

Le suivi des actions du Plan cancer 2009-2013, dont la coordination est confiée à l'INCa, comprend trois dimensions, qui constituent les éléments de pilotage de sa mise en œuvre.

#### ▪ Le suivi de l'exécution budgétaire

Les dépenses engagées ou réalisées par chacun des financeurs pour la réalisation des actions sont suivies et font l'objet d'un bilan d'exécution annuel sur la durée du Plan.

#### ▪ Le suivi des indicateurs de réalisation

Des indicateurs ont été retenus pour chacune des 30 mesures – à raison de 3 à 4 indicateurs par mesure – permettant d'apprécier la réalisation des actions et des objectifs fixés par le Plan. Renseignés par les pilotes des actions, ils font l'objet d'un suivi régulier sur la durée du Plan cancer.

#### ▪ Le suivi de l'avancement des actions

Afin de connaître en continu l'état d'avancement des actions du Plan et d'identifier le cas échéant des retards à signaler pour alerter le comité de pilotage, des jalons sont déterminés. Ils correspondent aux étapes principales de la réalisation des actions.

- Note méthodologique : Pour chacun des jalons du plan d'actions sont fixées une date d'échéance et une date d'alerte ultérieure. Celles-ci génèrent cinq types d'états d'avancement possibles par action ; une même action est susceptible de passer d'un état d'avancement à l'autre selon les stades de sa réalisation : « non commencée » (la date du premier jalon fixé n'est pas encore atteinte), « planning respecté » (les tâches prévues ont été réalisées selon le calendrier fixé), « retard mineur » (les tâches prévues n'ont pas été réalisées à la date d'échéance mais la date d'alerte n'est pas encore atteinte), « retard majeur » (les tâches prévues n'ont pas été réalisées à la date d'alerte fixée) et « réalisée » (l'ensemble des tâches prévues ont été effectuées).

Un outil informatique a été mis en place par l'INCa pour permettre le suivi de l'ensemble des actions du Plan cancer sur ces trois dimensions.

► **Les informations sur l'avancement du Plan cancer partagées sur [www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr)**

Le site internet gouvernemental consacré au Plan cancer 2009-2013 a pour objectif d'informer régulièrement le public comme les professionnels sur la mise en œuvre des actions.

L'ensemble des informations sur l'avancement des mesures du Plan cancer est ainsi partagé et mis à jour régulièrement, au moins chaque trimestre à l'issue du comité de pilotage. Sont également intégrés au fur et à mesure de leur réalisation les documents prévus au Plan, tels que les rapports, guides ou référentiels destinés aux patients, aux professionnels et à l'ensemble de la population. Les principales actualités liées aux actions du Plan cancer sont aussi communiquées sur ce site.

► **Une mise en œuvre concertée du Plan cancer**

La concertation entre les acteurs de la lutte contre le cancer pour la mise en œuvre des mesures du Plan s'effectue notamment à travers les séminaires annuels du conseil d'administration de l'INCa et de ses instances consultatives représentant les malades, les usagers et les professionnels de santé. Les séminaires organisés en juin 2012 ont permis la présentation par le Haut Conseil de la Santé Publique de son rapport d'évaluation du Plan cancer à mi-parcours. Par ailleurs les échanges ont porté sur deux focus thématiques : l'innovation et la recherche clinique d'une part, et les parcours personnalisés de soins et de l'après cancer d'autre part.

Les Rencontres annuelles de l'INCa constituent également un temps d'échanges avec des patients, professionnels de santé, chercheurs, institutionnels, associations, élus et journalistes. L'édition 2012 qui s'est tenue le 4 décembre a été consacrée à la thématique « Inégalités face au cancer - recherche, soins et santé publique : la nécessité d'une approche intégrée ».

► **Une évaluation externe du Plan cancer**

Une première évaluation à mi-parcours du Plan cancer a été menée par le Haut Conseil de la santé publique, qui a rendu public son rapport le 12 avril 2012. L'évaluation finale du Plan cancer sera menée en 2013.

## Chiffres clés du cancer en France

### ► Une incidence des cancers en hausse

Le nombre de nouveaux cas de cancer en France est estimé à 365 500 en 2011 (207 000 hommes et 158 500 femmes). L'incidence des cancers a connu une forte hausse, avec une progression du nombre de nouveaux diagnostics rapporté à la population de plus de 40 % entre 1980 et 2005 chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme, le cancer de la prostate reste de loin le plus fréquent, suivi par les cancers du poumon et colorectal. Chez la femme, les trois cancers les plus fréquents sont le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

L'âge moyen au diagnostic est de 67 ans chez l'homme et de 65 ans chez la femme (données 2005).

Chez les moins de 65 ans, le nombre de nouveaux cas de cancer dans l'année s'élève environ à 153 000 personnes.

### ► Une mortalité par cancer en baisse

La mortalité par cancer tous âges et toutes localisations confondus a diminué au cours des vingt dernières années en France, en dépit de l'augmentation de l'incidence des cancers, grâce aux progrès thérapeutiques et à l'impact des diagnostics plus précoces.

Le cancer représente néanmoins la première cause de décès chez l'homme (33 % des décès masculins) et la deuxième chez la femme (24 % des décès féminins), et il reste la première cause de décès prématuré avant 65 ans.

L'âge médian au décès sur la période 2004-2008 est de 72 ans chez l'homme et 76 ans chez la femme.

Chez l'homme, le cancer du poumon est la principale cause de décès, suivi par les cancers du côlon-rectum et de la prostate. Chez la femme, il s'agit du cancer du sein suivi par les cancers du côlon-rectum et du poumon.

Le tabac constitue la première cause de décès liés au cancer en France, comme dans le monde.

### ► Des projections de survie encourageantes

Les projections de survie des adultes atteints de cancer à partir des données publiées en France et à l'international montrent que globalement 52 % des patients avec un diagnostic de cancer seront vivants après 5 ans.

Les pronostics sont toutefois très différenciés selon l'âge, les types de cancer et le stade de la maladie au moment du diagnostic. Si pour 40 % des nouveaux cas de cancers, la survie après 5 ans est égale ou supérieure à 80 % (prostate, sein, mélanome, thyroïde, leucémie chronique, testicule, maladie de Hodgkin et lèvres), en revanche pour 17 % des nouveaux cas, la survie est inférieure à 20 % (poumon-plèvre, foie, pancréas, œsophage, système nerveux central).

Sources : Les données d'incidence et de mortalité estimées sont publiées par les Hospices civils de Lyon, l'InVS, l'INCa, le réseau des registres du cancer Francim et le CépiDc-Inserm.

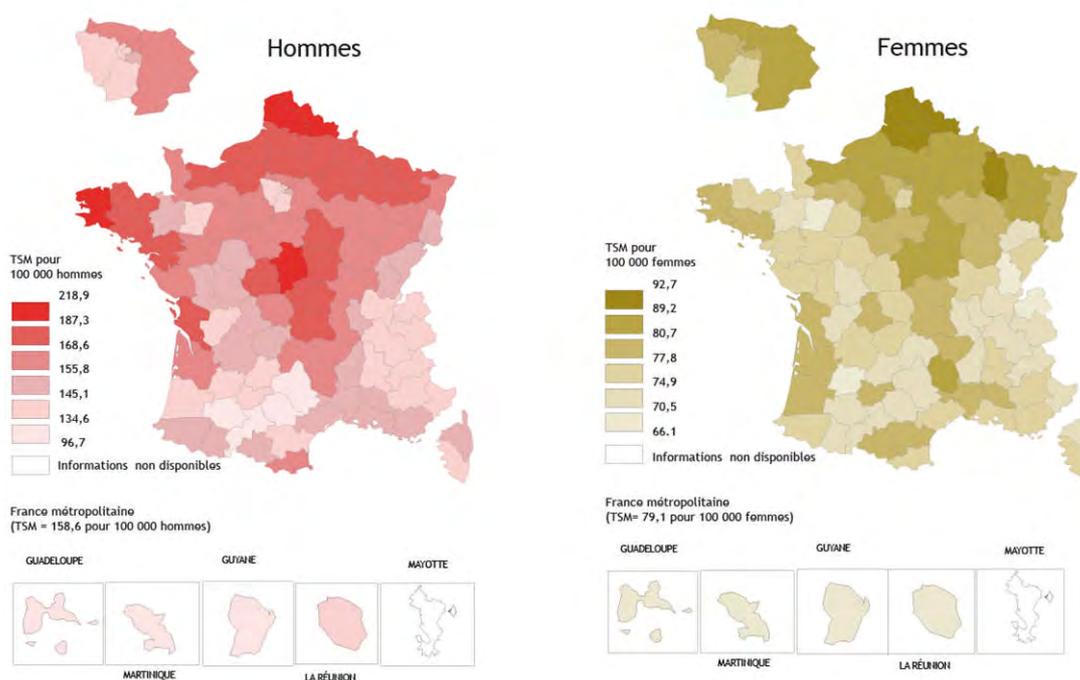
Rapport « La situation du cancer en France en 2012 », INCa, janvier 2013

### ► Des disparités géographiques importantes

La mortalité par cancer en France, comme l'incidence des cancers, présente d'importantes disparités géographiques.

Chez l'homme, les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans le Nord, le Nord-Est, le Nord-Ouest, la Bretagne, mais aussi dans le centre de la France. Les régions du Sud de la France et l'Ile-de-France sont moins touchées. Chez la femme, les régions présentant les taux de mortalité les plus importants sont situées au Nord et à l'Est de la France, en Ile-de-France et en Bourgogne.

#### Taux standardisés à la population mondiale (TSM) de mortalité par cancer à l'échelle départementale en France (2004-2008)



Source : INVS, CépiDc Inserm  
Infographie: INCa 2011

Rapport « La situation du cancer en France en 2012 », INCa, janvier 2013



## Partie I

# Les actions du Plan cancer 2009-2013 réalisées ou engagées à la fin 2012

### 1. Construire les soins de demain par le soutien à la recherche, à l'innovation et à la formation des professionnels

#### Les objectifs du Plan cancer

Un des enjeux majeurs de la programmation de la recherche en cancérologie est de permettre un transfert plus rapide des découvertes scientifiques au bénéfice du diagnostic et des traitements des malades. C'est pourquoi les priorités du Plan cancer 2009-2013 portent tout particulièrement sur le soutien à la recherche pluridisciplinaire et translationnelle et à la recherche clinique. Ainsi, les progrès réalisés grâce à la recherche dans la connaissance des caractéristiques moléculaires des tumeurs permettent aujourd'hui un traitement personnalisé pour de plus en plus de patients.

La garantie de la qualité et de la sécurité des soins en cancérologie implique également de faire face à l'évolution démographique de certaines professions, par la formation d'un plus grand nombre de spécialistes, oncologues, radiothérapeutes, hématologues, radiophysiciens, et un rattrapage au profit des régions confrontées à une pénurie.

Les actions réalisées ou engagées au 31 décembre 2012

#### 1.1. Soutenir la recherche pluridisciplinaire et translationnelle pour accélérer le transfert des résultats au bénéfice des patients



##### Mesure 1 Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Les mesures mises en œuvre visent à promouvoir les coopérations interdisciplinaires entre équipes scientifiques et cliniciens, par une politique de structuration des ressources et par le financement de projets de recherche, afin de favoriser le transfert des résultats de la recherche au bénéfice de la population.

##### Une politique de structuration de la recherche pluridisciplinaire

- Afin de promouvoir et structurer la coopération entre les différentes dimensions de la recherche - fondamentale, clinique, santé publique, épidémiologie, sciences humaines et sociales – **8 sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) ont été labellisés et financés**. Ces sites ont un double objectif, d'une part élaborer et conduire des programmes pluridisciplinaires de recherche intégrée, d'autre part assurer la diffusion des résultats de la recherche auprès des professionnels, des patients et du public. Ils doivent répondre au cahier des charges établi par l'INCa et l'ITMO cancer (Aviesan). Suite à la labellisation de 2 premiers SIRIC en 2011 sur appel à candidatures, 6 nouveaux sites ont été labellisés en 2012. Ils bénéficient d'un financement pluriannuel par site de 9 millions d'euros sur 5 ans (budget INCa et crédits Assurance maladie).

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Achèvement du processus de labellisation de sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).

- La structuration territoriale de la recherche sur le cancer en France repose sur les **7 cancérôpôles régionaux ou interrégionaux**, qui mobilisent les acteurs de la communauté scientifique, médicale et industrielle autour de programmes interdisciplinaires. Suite à l'évaluation de leur activité sur la période 2007-2010 menée par l'AERES, ils ont été labellisés en 2011 pour une durée de quatre ans et soutenus à nouveau pour un montant total de 26 millions d'euros afin de mener des plans d'actions pluriannuels (2011-2014).

### **Le soutien des projets de recherche translationnelle et multidisciplinaire**

- Un appel à projets spécifique et récurrent permet **le soutien de projets de recherche translationnelle associant chercheurs et cliniciens**, afin de promouvoir le transfert des découvertes vers des avancées cliniques pour le patient. Les projets couvrent l'ensemble des champs, incluant la prévention, le diagnostic précoce, le développement de thérapies ainsi que les aspects humains et sociaux liés au cancer. 26 projets de recherche translationnelle ont été retenus en 2012 pour un financement du ministère chargé de la santé (DGOS) et de l'INCa à hauteur de 8,9 millions d'euros. Ils s'ajoutent aux projets sélectionnés de 2009 à 2011 (12 projets en 2011 pour 5,15 millions d'euros, 16 en 2010 pour 6,54 millions, 24 en 2009 pour 9,8 millions)<sup>4</sup>.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : 78 projets de recherche translationnelle retenus sur 2009-2012, pour un financement pluriannuel total de 30,4 millions d'euros par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa.

- En raison des spécificités de la recherche translationnelle, il est important d'encourager et de soutenir une formation appropriée de médecins et de chercheurs, afin de favoriser leur dialogue et leur collaboration au sein d'un même projet. Dans ce but, des **subventions de formation** en master 2, doctorat ou postdoctorat sont attribuées dans le cadre du Plan cancer. 51 subventions ont été attribuées par l'INCa sur 2009-2011 pour un montant total de 3,2 millions d'euros. Depuis 2011, l'appel à candidatures pour la formation à la recherche translationnelle est piloté par l'Inserm et 27 candidatures ont été retenues en mai 2012.
- **Le programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur les cancers gynécologiques a été mené en 2012 et un nouveau programme portant sur le mélanome cutané a été lancé.** Associant la fondation ARC, la Ligue nationale contre le cancer et l'INCa, les PAIR ont vocation à soutenir l'ensemble des dimensions de la recherche dans le cadre d'une pathologie : biologie fondamentale, recherche translationnelle, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic, traitement et les aspects des sciences humaines et sociales. Ces rapprochements entre différentes disciplines visent à permettre aux patients de bénéficier plus rapidement des avancées de la recherche. Les deux premiers programmes sont en cours, pour les cancers de la prostate (8 projets co-financés depuis 2010 pour un montant de 6 millions d'euros) et les cancers des voies aérodigestives supérieures (7 projets soutenus depuis 2011 pour 4,1 millions d'euros). S'agissant du programme sur les cancers gynécologiques, 6 projets ont été retenus en 2012 pour un financement de 3,4 millions d'euros. L'appel à projets relatif au nouveau PAIR portant sur le mélanome cutané a été lancé en octobre 2012.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : lancement d'un 4ème programme PAIR portant sur le mélanome cutané.

- **Les deux nouveaux appels à projets de recherche multidisciplinaire lancés par l'Inserm en 2011 ont été reconduits en 2012.** Le premier appel à projets porte sur les mathématiques, la physique et les sciences de l'ingénieur dans le cancer (21 projets retenus en 2012, 17 en 2011). Le second porte sur les tumeurs spontanées et le développement de modèles animaux, pour des projets impliquant les équipes de recherche biomédicale et les écoles vétérinaires (4 projets sélectionnés en 2012, 2 en 2011). Une deuxième conférence internationale sur l'oncologie comparative a été organisée en 2012 par l'ITMO cancer et l'INCa avec l'Institut de recherche sur le cancer du Royaume-Uni.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : 44 projets de recherche pluridisciplinaire retenus sur 2 ans en 2011-2012 (Inserm)..

<sup>4</sup> Les données 2009-2010-2011 figurent en partie II du présent rapport (fiche mesure 1).

- Le **programme européen ERA-Net TRANSCAN portant sur la recherche translationnelle sur le cancer** est lancé depuis début 2011, pour un programme d'activité de 3 ans. Coordonné par le ministère de la santé italien, ce projet rassemble 25 partenaires issus de 19 pays et a pour objectif la coordination des programmes nationaux de soutien à la recherche translationnelle en cancérologie, notamment par le lancement d'appels à projets de recherche conjoints. L'INCa est partenaire de TRANSCAN et va contribuer au financement des équipes françaises qui seront sélectionnées. Le premier appel à projets lancé en décembre 2011, et portant sur la validation des biomarqueurs pour le développement de la médecine personnalisée en cancérologie, a permis de soutenir 10 projets européens dont 6 impliquant des équipes françaises. Le second appel à projets européen a été lancé en décembre 2012 ; la fondation ARC contribuera également au financement des équipes françaises qui seront retenues.

► **FAIT MARQUANT 2012** : Résultats du premier appel à projets conjoint du programme européen ERA-Net TRANSCAN portant sur la recherche translationnelle en cancérologie et lancement du second appel à projets.

## 1.2. Favoriser l'accès à l'innovation par le soutien à la recherche clinique et le développement de nouvelles thérapies



- Mesure 4** Dynamiser la recherche clinique
- Mesure 1** Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire
- Mesure 21** Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations

Afin de faire progresser la prise en charge et le traitement des cancers, tout en réduisant leurs effets secondaires, le Plan cancer fixe parmi ses priorités le soutien à la recherche clinique. L'offre d'essais cliniques s'accroît grâce à l'effort financier consacré aux projets de recherche clinique et l'information des professionnels et des patients progresse sur les essais ouverts.

**Le bilan national des activités en recherche clinique** a été publié par l'INCa en mars 2012. Les actions engagées pour développer l'offre d'essais cliniques et améliorer l'information ont permis **une progression de 63 % du nombre de malades inclus dans les essais cliniques en cancérologie entre 2008 et 2011** (de 21 745 à 35 390 patients). Le taux de patients inclus dans les essais cliniques s'élève globalement en 2010 à 11% des cancers incidents.

S'agissant des populations spécifiques, selon les données recueillies auprès des établissements de santé<sup>5</sup>, le nombre de patients inclus a augmenté de 27 % pour les cancers des enfants (1 154 en 2008, 1 463 en 2010) et a doublé chez les sujets âgés (822 en 2008, 1628 en 2010).

### Le soutien des projets de recherche clinique

- **Les projets de recherche clinique soutenus** portent sur de nouveaux médicaments ou associations de médicaments contre la maladie ou ses effets secondaires, de nouvelles façons de les administrer, de nouvelles techniques de traitement, de diagnostic, de prise en charge ou de prévention. Ils sont financés sur appels à projets reconduits chaque année. Dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) cancer et du programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) en cancérologie, 59 nouveaux projets ont été retenus en 2012 pour 21,6 millions d'euros. Ils s'ajoutent aux projets sélectionnés depuis 2009 (66 projets en 2011 pour 23 millions d'euros, 61 en 2010 pour 22 millions d'euros, 56 en 2009 pour 19,5 millions d'euros)<sup>6</sup>. Les appels à projets pour 2013 seront publiés fin 2012.

► **FAIT MARQUANT** : 242 projets retenus en 2009-2012 pour un financement total de 86,1 millions d'euros, dans le cadre des programmes PHRC et STIC en cancérologie, financés par l'Assurance maladie.

<sup>5</sup> Données non exhaustives

<sup>6</sup> Les données 2009-2010-2011 figurent en partie II du présent rapport (fiche mesure 4).

- **Des essais cliniques de grande ampleur sont finalisés pour le cancer du sein** : l'essai PHARE dont les résultats ont été présentés lors de deux congrès internationaux en 2012<sup>7</sup> (plus de 3 000 femmes dans 156 centres) et l'étude SIGNAL pour l'identification de facteurs génétiques de prédisposition et de facteurs prédictifs de toxicité ou de sensibilité au traitement, dont les analyses de génotypage seront effectuées en 2013 (plus de 9 000 patientes recrutées de 2009 à janvier 2012 dans 135 centres).
- **Une démarche de labellisation d'intergroupes coopérateurs de recherche clinique dans le domaine du cancer** a été initiée par l'INCa sur appel à candidatures lancé en mars 2012. Il s'agit d'inciter les groupes coopérateurs associant médecins et professionnels de la recherche médicale à se regrouper autour d'une pathologie ou d'un ensemble de pathologies, afin d'accroître leur attractivité et la visibilité internationale. A la suite de l'évaluation des candidatures par un comité d'experts internationaux, six intergroupes coopérateurs ont été retenus sur la base de leur envergure, leur visibilité internationale, leur capacité à réaliser la recherche clinique et cognitive, à collaborer dans le domaine de la recherche clinique, à gérer les essais cliniques et les ressources humaines dédiées à la recherche.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Labellisation de 6 intergroupes coopérateurs de recherche clinique dans le domaine du cancer, qui vont être soutenus sur deux ans (INCa).

### Le développement de la recherche clinique de phase précoce et des partenariats public-privé

- Afin de favoriser l'accès aux molécules innovantes pour les patients, un soutien particulier est apporté à la structuration de la recherche clinique en cancérologie : **16 centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP<sup>2</sup>)** sont labellisés depuis fin 2010 et soutenus par des financements dédiés pour une durée de quatre ans (9 millions d'euros alloués par l'INCa et l'ARC sur 2010-2013 pour le fonctionnement des CLIP<sup>2</sup>). Le soutien apporté à ces centres est destiné à leur permettre de se hisser au plus haut niveau international de qualité.
- Ces efforts se concrétisent par **des collaborations internationales avec les grandes institutions et avec les laboratoires pharmaceutiques mondiaux** pour favoriser le développement des nouveaux agents anticancéreux et de les mettre rapidement à la disposition des patients en France. Ainsi, dans le cadre du partenariat engagé par l'INCa avec le National Cancer Institute américain (NCI), 5 projets soumis par des équipes françaises ont été sélectionnés et 2 essais sont en cours<sup>8</sup>. De plus, dans le cadre des collaborations avec des laboratoires pharmaceutiques mettant à disposition des molécules innovantes, 5 projets portés par des CLIP<sup>2</sup> sont soutenus (2 projets retenus en 2011, 3 en 2012 sur appels à projets).

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Soutien de 5 projets de recherche clinique sur des molécules innovantes en phase précoce, en partenariat avec des laboratoires pharmaceutiques mondiaux.

Les **4èmes Rencontres Internationales de Recherche (RIR)** se sont tenues le 13 novembre 2012 à Paris et ont été consacrées cette année au cancer. Organisé par Aviesan, l'INCa, et l'Alliance pour la recherche et l'innovation des industries de santé (ARIIS), cet événement - placé sous le Haut-Patronage et en présence du Premier ministre - a réuni les chercheurs de 54 équipes académiques d'excellence et les responsables de 28 industries de santé. L'objectif est de développer des partenariats entre les équipes françaises de recherche académique et les industriels internationaux de la santé, en vue de favoriser les échanges et l'innovation thérapeutique. Les rencontres se sont articulées en deux temps forts : la présentation de travaux de haut niveau par des chercheurs académiques, puis des rencontres bilatérales entre chercheurs et industriels.

<sup>7</sup> Congrès de l'ESMO (european society for medical oncology) en octobre 2012 à Vienne et symposium du cancer du sein en décembre 2012 à San Antonio (breast cancer symposium).

<sup>8</sup> Sur les 2 essais en cours, le recrutement est terminé pour l'un et a démarré pour l'autre.

## L'information des patients et des professionnels de santé

- Pour une meilleure information des patients et des professionnels de santé sur l'offre d'essais cliniques, 1 403 essais sont répertoriés au 31 mai 2012 (60 % d'essais académiques et 40% d'essais industriels) dans le **registre des essais cliniques de cancérologie** géré par l'INCa, grâce au partenariat mis en place avec l'ANSM, le centre national de gestion des essais de produits de santé et les opérateurs du logiciel SIGREC (système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques). Le registre des essais cliniques, en ligne sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), est aussi directement accessible depuis le site Cancer Info. De plus, la consultation des informations sur le registre a été améliorée par la mise en place depuis début 2012 d'un moteur de recherche multicritères.

▶ **FAIT MARQUANT** : 1.490 essais répertoriés sur le registre des essais cliniques de cancérologie au 31 décembre 2012, dont 528 essais ouverts aux inclusions.

- Le Plan cancer fixe pour objectif **la consultation systématique des comités de patients pour tous les protocoles d'essais cliniques**, dans un souci de transparence et d'expression des malades. Pour ce faire, la Ligue nationale contre le cancer a étendu le processus de relecture des fiches patients avant consultation des comités de protection des personnes, mis en place avec la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (Unicancer), aux autres promoteurs d'essais cliniques - les groupes coopérateurs, les établissements publics de santé et les industries du médicament à travers le LEEM. À partir de 2012, avec le soutien financier de l'INCa, le nouveau dispositif permet une montée en charge progressive du nombre de fiches patients ainsi relues (68 fiches relues en 2012, 37 en 2011). Une formation des relecteurs a été mise en place afin d'accompagner ce développement.

**Les progrès réalisés grâce à la recherche permettent déjà d'améliorer la prise en charge thérapeutique.** Ainsi la compréhension des caractéristiques moléculaires des tumeurs permettent aujourd'hui un traitement personnalisé pour un nombre de plus en plus important de patients, qui bénéficient de nouvelles thérapies ciblées (voir 3.3).

**Afin de mieux informer le public sur les progrès de la recherche sur le cancer**, un web-documentaire a été co-produit par l'INCa, l'Inserm et la fondation ARC et mis en ligne en février 2012. De plus, suite à la publication du bilan des activités de recherche clinique en mai 2012, un rapport sur les avancées de la recherche clinique est prévu en 2013 (INCa).

Le **2e Forum international de Prospective de Recherche et Traitement pour le cancer (ProCaRT)**, organisé par l'INCa et l'ITMO cancer d'Avisean s'est tenu en octobre 2012, rassemblant des scientifiques issus du monde académique, industriel et des biotechnologies, ainsi que des représentants d'organisations finançant la recherche sur le cancer en Europe, pour débattre des perspectives de la recherche sur les cancers des prochaines années.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Mise en ligne d'un web documentaire sur les avancées de la recherche contre le cancer en février 2012, co-produit INCa-Inserm-ARC.

### 1.3. Faire de la France une référence internationale et améliorer la visibilité de la recherche française en cancérologie



#### Mesure 5 Faire de la France une référence internationale

La progression de la visibilité de la recherche française en cancérologie nécessite une programmation concertée, une structuration accrue et un renforcement de la participation française aux programmes internationaux.

- **Une stratégie commune de recherche sur le cancer a été définie** par l'Institut thématique cancer (ITMO cancer) au sein d'Aviesan et l'INCa, autour de six axes stratégiques identifiés en adéquation avec le Plan cancer 2009-2013, qui se concrétisent notamment par des appels à projets menés en collaboration.
- **Le programme International cancer genome consortium (ICGC)**, réunissant 14 pays dont la France, vise à séquencer les génomes d'une cinquantaine de types de cancers pour mieux comprendre le rôle des altérations génomiques dans leur développement, afin de pouvoir optimiser les stratégies thérapeutiques par des thérapies ciblées. Un bilan des projets engagés a été présenté lors du 6<sup>ème</sup> colloque scientifique de l'ICGC, organisé par l'INCa à Cannes en mars 2012 : plus de 22 000 échantillons tumoraux ont déjà fait l'objet d'un séquençage et les premiers résultats sur le cancer du foie ont fait l'objet d'une publication. L'objectif pour la France est de séquencer le génome de cinq types de tumeurs. La première phase démarrée dès 2009 concerne le séquençage du cancer du foie (24 tumeurs étudiées) et du cancer du sein (50 tumeurs). Un troisième programme de séquençage a démarré portant sur le cancer de la prostate, piloté par l'Inserm. Le quatrième programme sur le sarcome d'Ewing a été lancé.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Démarrage d'un 4<sup>ème</sup> programme de séquençage du génome portant sur le sarcome d'Ewing au 2<sup>ème</sup> semestre 2012 (INSERM).

- **Le développement de la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer s'effectue notamment à travers des partenariats multilatéraux.**

Suite à la signature d'un accord par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) définissant une stratégie commune, une étude de recherche a été engagée en Thaïlande sur les cancers du col de l'utérus, qui produira des données de prévalence sur l'infection par papillomavirus humains (HPV) et les lésions cervicales associées chez des femmes porteuses du VIH, et pour la première fois de façon prospective des données sur l'évolution des anomalies cyto-histologiques dans cette population. Un partenariat est également envisagé avec l'ANRS et l'Institut Pasteur au Cambodge sur la prévalence et la répartition des papillomavirus humains dans le col de l'utérus. Ces études contribueront au plan international à une meilleure connaissance des HPV oncogènes et devraient permettre à la définition d'une politique de prévention.

La convention de coopération entre les autorités de santé sénégalaises et l'Ambassade de France à Dakar et l'INCa, signée fin décembre 2011, a connu sa première année de mise en œuvre en 2012. Elle prévoit sur une durée de trois ans des actions de santé publique, de recherche et de formation de professionnels de santé, ainsi qu'un apport d'expertise au renouvellement du plan cancer sénégalais. Les formations en oncologie médicale sont en cours ; elles permettent un renforcement des capacités de soins du pays et, pour le centre de référence de lutte contre le cancer de Dakar, de s'ouvrir à de nouvelles collaborations. Une étape majeure a vu son aboutissement avec la signature d'un accord de coopération avec le ministère de la Santé de Côte d'Ivoire en 2012.

L'INCa soutient également la formation de radiophysiciens, sous l'égide de l'AIEA<sup>9</sup> : un programme a démarré en 2011 en Mauritanie en lien avec le centre national d'oncologie. Dans le cadre de l'accord entre l'AIEA et l'INCa signé en septembre 2011, un atelier d'envergure organisé par l'AIEA a rassemblé 5 pays francophones de la sous région ouest africaine. Cet atelier s'est construit autour d'échanges pratiques pour l'élaboration d'une stratégie globale de lutte contre le cancer dans les pays participants.

A la suite de la Conférence INCa/NCI de septembre 2012, les échanges ont permis d'élaborer des priorités d'actions pour 2013 et de rapprocher des stratégies internationales entre le NCI et l'INCa, mais aussi en lien avec des structures africaines (AORTIC).

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Signature d'un accord de coopération avec le ministère de la Santé de Côte d'Ivoire.

- Dans l'objectif d'améliorer la visibilité de la recherche française en cancérologie, le ministère chargé de la Santé (direction générale de la santé) et l'INCa s'impliquent dans le **Partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC)**, notamment sur son volet recherche visant à promouvoir la coordination des financements et des programmes entre Etats membres. Une consultation a été lancée en 2011, afin d'identifier des domaines de recherche partagés. Un forum sur la recherche sur le cancer s'est tenu à Bruxelles en juillet 2012. Ce forum a été suivi d'un meeting organisé par l'INCa et rassemblant les décideurs des Etats membres ainsi que les principaux financeurs publics et privés de la recherche. Ce meeting visait à promouvoir le lancement de deux nouveaux projets pilotes innovants au niveau européen, portés respectivement par l'Italie et la France (INCa), et définir les étapes clefs de leur mise en oeuvre.
- **L'évaluation de la recherche repose notamment sur des indicateurs bibliométriques mesurant le nombre et la qualité des publications scientifiques.** Selon l'étude bibliométrique réalisée par l'OST<sup>10</sup> en collaboration avec l'INCa et l'ITMO cancer sur la période 2001-2009, la visibilité de la France a progressé de 23 % dans le domaine du cancer, contre 12 % dans l'ensemble du domaine biomédical. En outre, les résultats de l'étude portant sur l'activité technologique dans le domaine du cancer, mesurée par les brevets, montrent que la part de la France progresse de 2 % à 34 % sur la période.  
En complément de ces indicateurs, une réflexion est engagée au niveau international pour définir des critères permettant d'évaluer l'impact des découvertes scientifiques et des avancées qui en découlent pour les malades et la population générale. L'INCa est partie prenante de cette réflexion, au sein de l'International Cancer Research Partners (ICRP), qui regroupe 57 organisations et institutions finançant la recherche sur le cancer.  
Une base de données commune des investissements consentis en recherche sur le cancer a été mise en place ; elle est implémentée par l'INCa pour ce qui concerne les projets de recherche menés par des équipes françaises (voir le « Portfolio de la recherche sur le cancer », première base de données en France des projets de recherche financés par l'INCa et le ministère de la Santé, en ligne sur le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

▶ **FAIT MARQUANT** : Progression de la visibilité de la France dans le domaine de la recherche sur le cancer, mesurée par les indicateurs de publications scientifiques, de 23% sur la période 2001-2009 (OST).

<sup>9</sup> Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA)

<sup>10</sup> Indicateurs bibliométriques de la recherche dans le domaine du cancer sur la période 2001-2009, Observatoire des Sciences et Techniques (OST)

## 1.4. Développer la formation et le recrutement des professionnels en cancérologie



- Mesure 6** Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie
- Mesure 20** Soutenir la spécialité d'anatomopathologie
- Mesure 22** Soutenir la radiothérapie
- Mesure 24** Répondre aux défis démographiques des professions et former à de nouvelles compétences

S'agissant des professionnels de santé en cancérologie, l'enjeu est de pouvoir anticiper les besoins et les évolutions à partir de l'observation de la démographie, pour cibler la création de postes selon les spécialités et dans les territoires en pénurie. Le Plan cancer fixe en outre comme priorité le soutien des métiers de la radiothérapie et de la spécialité d'anatomopathologie, confrontés à des défis spécifiques.

Les travaux conjointement menés par l'ONDPS et l'INCa, en liaison avec les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, permettent de **suivre l'évolution de la démographie médicale en cancérologie** à travers l'observation et l'analyse des données régionales pour identifier les régions en difficulté. Le troisième rapport sur les métiers de la cancérologie a été publié en février 2012 ; la situation démographique nationale et régionale est décrite à la lumière d'une enquête sur les choix d'installation des jeunes spécialistes (oncologues médicaux, radiothérapeutes et pathologistes) et des leviers d'actions mis en œuvre comme la filiarisation des postes. Le nouveau rapport en préparation portera sur la part de la prise en charge de la cancérologie dans l'activité des spécialistes d'organes, à partir d'une enquête menée auprès de ces médecins.

► **FAIT MARQUANT 2012** : Publication du rapport « les métiers liés au cancer : leur répartition et ses déterminants » (INCa-ONDPS) en février 2012.

- L'arrêté du 10 juillet 2012 qui détermine le nombre d'internes à former pour la période 2012-2016 prévoit, pour l'année 2012-2013, 126 postes à former en DES d'oncologie et 63 postes en DES anatomopathologie. A l'issue des épreuves classantes nationales, tous ces postes ont été pourvus. Ils s'ajoutent aux 322 postes d'internes en oncologie médicale et en anatomopathologie pourvus depuis 2010.

► **FAIT MARQUANT** : 511 postes d'internes en oncologie médicale et en anatomopathologie pourvus sur la période 2010 à 2012.

- **Un soutien particulier est mis en œuvre pour les régions en situation démographique difficile**, qui bénéficient de moyens renforcés. Au total depuis 2010, 33 postes en oncologie médicale, radiothérapie et anatomopathologie (6 postes en 2012, 14 en 2011, 13 en 2010). Les agences régionales de santé peuvent également activer les leviers prévus par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) pour le rééquilibrage territorial des professionnels de santé.
- **S'agissant des postes hospitalo-universitaires, on observe une diminution des personnels enseignants titulaires<sup>11</sup> entre 2008 et 2011 en oncologie, radiothérapie, hématologie et anatomocytopathologie.** Toutefois, le domaine du cancer est indiqué comme une priorité pour les redéploiements de postes hospitalo-universitaires titulaires en 2012 dans la circulaire conjointe des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche du 25 août 2011. En outre, le nombre de postes offerts au concours et à la mutation pour l'année 2012 est en augmentation : 10 postes en cancérologie-radiothérapie (soit 4 postes supplémentaires par rapport à 2011), 11 postes en anatomocytopathologie (5 postes supplémentaires)<sup>12</sup>. Quant aux effectifs de

<sup>11</sup> Postes de PU-PH et MCU-PH (hors postes hospitalo-universitaires en CLCC).

<sup>12</sup> Postes de PU-PH et MCU-PH (arrêté du 26 décembre 2011)

chefs de cliniques assistants, ils ont connu une augmentation de 26 % en oncologie-radiothérapie entre 2008 et 2011 et une diminution de 27 % en anatomopathologie.

- **Le renforcement quantitatif et qualitatif des postes au sein des centres de radiothérapie** est un enjeu crucial. Les effectifs d'étudiants en radiophysique médicale ont doublé entre 2007 et 2010. Grâce à cet effort de formation, le nombre de radiophysiciens en poste en radiothérapie a été porté début 2011 à 491 équivalent temps plein, soit une augmentation de 30 % des effectifs depuis 2007. Pour l'année scolaire 2011-2012, un financement de 103 000 euros est alloué aux établissements concernés afin d'assurer l'indemnisation des stagiaires et la valorisation des établissements pour le temps dédié à l'encadrement et la participation à l'enseignement. La qualité et la sécurité dans les centres ont également été renforcées par le soutien apporté au métier de technicien de dosimétrie et le financement de postes de qualifiés (voir 3.2).

▶ **FAIT MARQUANT** : Une augmentation de 30 % des effectifs de radiophysiciens entre 2007 et 2011, avec 491 ETP en poste début 2011 dans les centres de radiothérapie.

- **Le soutien de la spécialité d'anatomopathologie** est indispensable pour faire face aux mutations scientifiques et techniques auxquelles sont confrontés les médecins pathologistes pour établir le diagnostic morphologique de cancer. Le groupe de travail relatif à l'anatomopathologie mis en place début 2011 par le ministère de la Santé (DGOS) a remis en mai 2012 son rapport qui dresse l'état des lieux de cette spécialité, fixe des perspectives et propose des recommandations relatives au mode d'exercice, à l'organisation de la discipline et à l'accompagnement de son évolution. L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Rapport du groupe de travail sur la spécialité d'anatomo-cytopathologie remis le 9 mai 2012 : état des lieux de la spécialité et préconisations sur le mode d'exercice, l'organisation de la discipline et l'accompagnement de son évolution.

## 2

## Réduire les inégalités de santé face au cancer par l'amélioration de l'observation, de la prévention et du dépistage

### Les objectifs du Plan cancer

Le Plan cancer 2009-2013 fixe comme priorité de réduire les inégalités face au cancer, qu'elles soient géographiques, socio-économiques ou liées à l'environnement, au travers des axes de la politique de lutte contre le cancer.

Les principaux enjeux sont de mieux connaître les inégalités face au cancer et de mieux comprendre leurs déterminants, afin d'améliorer la prévention et le dépistage, l'accès aux soins pour tous et la qualité de vie des personnes atteintes.

Les actions réalisées ou engagées au 31 décembre 2012

### 2.1. Comprendre les déterminants des inégalités et caractériser les risques environnementaux et comportementaux



- Mesure 2** Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire  
**Mesure 3** Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

Pour atteindre les objectifs du Plan cancer, les actions engagées impliquent la mobilisation de différentes disciplines dans le champ de la recherche, la coordination de la programmation entre les acteurs impliqués et le développement des instruments de recherche destinés à être accessibles à la communauté scientifique.

**Les Rencontres de l'INCa qui se sont tenues le 4 décembre 2012** ont été consacrées au thème «Inégalités face au cancer : recherche, soins et santé publique, la nécessité d'une approche intégrée ». Elles ont permis de dresser un état des lieux des connaissances sur les inégalités face aux cancers, qu'elles soient d'ordre territorial, socioéconomique ou comportemental, et de proposer des pistes pour enrichir la compréhension des mécanismes à l'œuvre dans leur développement. Elles ont aussi permis un partage d'expérience autour d'actions mises en place en France comme à l'étranger pour réduire les inégalités dans les domaines de la prévention, de l'accompagnement dans le système de soins et la réhabilitation sociale. Les actes des Rencontres de l'INCa seront publiés en 2013.

#### Le soutien des projets de recherche

- **Un effort particulier est réalisé pour promouvoir la recherche portant sur les inégalités face au cancer.** Ainsi, les appels à projets de recherche de l'INCa en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique ont permis de financer 33 projets sur ce thème, sélectionnés de 2009 à 2012<sup>15</sup>. Un nouvel appel à projets a été lancé par l'IReSP en 2011 sur les inégalités d'accès aux soins en cancérologie (un projet a été retenu suite à l'évaluation des projets soumis).

**En outre, la démarche de « recherche interventionnelle » est soutenue par l'INCa,** encourageant la mobilisation des chercheurs en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique afin d'évaluer des interventions de terrain visant à réduire les inégalités sociales face au cancer.

Un appel à projets spécifique est renouvelé chaque année depuis 2010 et une démarche d'accompagnement des porteurs de projets est mise en place, après une première sélection sur

<sup>15</sup> Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 2).

lettres d'intention par le comité d'évaluation, préparant la sélection définitive (3 projets finaux ont ainsi été retenus en 2011 sur 37 lettres d'intention reçues dont 11 sélectionnées ; pour le second appel en 2012, 5 projets finaux sont retenus sur 7 lettres d'intention sélectionnées parmi 19 soumises).

De plus, les équipes de recherche sont incitées à développer cette approche, au travers de séminaires consacrés à la recherche interventionnelle et par la mobilisation des cancéropôles.

► **FAIT MARQUANT** : 34 projets de recherche sur les inégalités dans le domaine des cancers sélectionnés sur la période 2009-2012 (INCa).

- **La recherche sur les risques environnementaux dans le domaine des cancers se développe grâce aux efforts des organismes financeurs de la recherche.** Plusieurs appels à projets de recherche concourent à cet objectif : appels à projets « cancer et environnement » de l'ITMO cancer (Inserm) en collaboration l'INCa ; appels à projets de l'IRESP ; appels à projets de l'ANSES dans le cadre du programme national de recherche en environnement-santé-travail et appel à projets « contaminants et environnement » de l'ANR. Un nouvel appel à projets de recherche dans le domaine des effets de l'exposition aux facteurs de risques environnementaux sur le cancer a été lancé en décembre 2012 par l'ITMO cancer en collaboration avec l'INCa. Il vise à soutenir le développement de nouveaux outils d'évaluation des facteurs environnementaux, incluant des agents chimiques, biologiques et/ou physiques, sur la survenue de cancer.

Un colloque international « Cancer et expositions environnementales » s'est tenu le 12 décembre 2011, organisé en partenariat entre l'ANSES, AVIESAN (ITMO cancer) et l'INCa, réunissant plus de 350 participants, chercheurs, professionnels de santé et représentants d'institutions et d'associations pour dresser un état des lieux des connaissances sur les liens entre expositions environnementales et cancers.

**Le soutien à la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers a connu une progression sur la période 2009-2012** se traduisant par l'augmentation du nombre de projets retenus et des moyens mobilisés par les organismes financeurs de la recherche (INCa, ITMO cancer, ANSES, IReSP) : 11 projets retenus en 2009 pour 2,3 millions d'euros, 18 projets en 2010 pour 3,7 millions, 27 projets en 2011 pour 7,1 millions, 35 projets pour 10,47 millions d'euros au titre du Plan cancer<sup>14</sup>.

► **FAIT MARQUANT** : 91 projets de recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers retenus sur 2009-2012 pour 23,6 millions d'euros (INCa, ITMO cancer, ANSES, IReSP).

### Le développement des instruments de recherche

- **Deux cohortes ayant trait au cancer et faisant partie des très grandes infrastructures de recherche** (TGIR), pilotées par l'IRESP et l'Institut de santé publique de l'Inserm, sont soutenues financièrement par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer pour un montant annuel de 3 millions d'euros (E3N, Constances<sup>15</sup>). **Cinq autres cohortes ayant trait au cancer, sélectionnées par le programme des investissements d'avenir**, sont également soutenues dans le cadre du Plan cancer (Canto, Cobrance, Cryostem, E4N, Hope-Epi) ; elles ont reçu au total 32,8 millions d'euros. L'IRESP et l'Inserm soutiennent des projets d'analyses secondaires de données recueillies dans le cadre de grandes études épidémiologiques en cancérologie (8 projets soutenus).

L'Institut de santé publique et l'IReSp ont été chargés par le ministère de la recherche du suivi scientifique de l'ensemble des cohortes soutenues dans le cadre des dispositifs TGIR et Investissements d'avenir (16 cohortes au total). Les travaux, engagés en 2011, se poursuivent dans l'objectif de la mutualisation des bonnes pratiques et la mise à disposition des données collectées à la communauté scientifique de façon plus homogène.

<sup>14</sup> Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 3).

<sup>15</sup> Le comité de pilotage des TGIR piloté par l'IReSP a retiré son soutien au projet Nutrinet, dont le rapprochement avec la cohorte Constances a été jugé trop peu avancé au regard de ce qui avait été recommandé.

- Des sites référents en épidémiologie analytique par type de cancer sont identifiés associant cliniciens et anatomopathologistes spécialisés dans certains types de cancers, notamment ceux en augmentation. Un premier projet national de suivi des tumeurs cérébrales a été financé ; un projet de suivi des cancers de l'enfant est également soutenu.
- Un programme a été lancé en 2011 pour **la constitution de bases clinico biologiques communes autour d'une même pathologie**<sup>16</sup>, L'objectif est de mettre en place des outils structurants communs aux différents acteurs (registres, tumorothèques, unités de recherche clinique, chercheurs, oncologues et les différents acteurs des soins, dont les centres experts nationaux ou régionaux pour les cancers rares), afin d'optimiser le recueil d'information et son exploitation. Cette démarche s'inscrit en articulation avec le **Plan national santé environnement (PNSE2)**, pour constituer des bases de données afin d'explorer la composante cancer des maladies environnementales. Suite aux appels à projets lancés par l'INCa, 5 projets ont été retenus en 2011 et 4 nouveaux projets ont été sélectionnés en 2012.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Soutien à la constitution de 9 bases clinico-biologiques sur des pathologies cancéreuses en 2011-2012 (INCa).

## 2.2. Mieux connaître la situation et la répartition des cancers en France



- Mesure 6** Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie
- Mesure 7** Optimiser la surveillance
- Mesure 8** Développer l'épidémiologie sociale des cancers
- Mesure 9** Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel

Les objectifs définis par le Plan cancer en matière d'observation sont de réunir, synthétiser et communiquer les informations actualisées sur le cancer et la cancérologie, mais aussi d'améliorer et soutenir la surveillance épidémiologique des cancers et mieux observer les composantes sociales de la maladie.

- **Le rapport « La situation du cancer en France »**, actualisé chaque année, rassemble les données disponibles en matière d'épidémiologie, de recherche sur le cancer, de facteurs de risques, de dépistage, d'offre de soins et de qualité de vie avec le cancer, avec une approche par localisations cancéreuses. L'édition 2012 propose une actualisation des connaissances dans les différents domaines du cancer et de la cancérologie ainsi qu'un nouveau chapitre sur la thématique des inégalités de santé.

L'ensemble de ces informations est rendu accessible sur le **Portail des données du cancer**, ouvert depuis octobre 2011<sup>17</sup>, qui permet un accès direct, simple et dynamique aux principales données actualisées sur le cancer et la cancérologie issues des producteurs de données et des travaux de l'INCa. Les informations mises à disposition sur le Portail sont mises à jour et enrichies en fonction des données disponibles et des indicateurs pertinents : le nombre d'indicateurs diffusés sur le Portail a déjà progressé depuis son ouverture de 320 à 392.

▶ **FAIT MARQUANT** : Publication annuelle du rapport « Situation du cancer en France » et mise à disposition des informations sur le Portail des données du cancer sur le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

- **Les données estimées d'incidence et de mortalité par cancer sont publiées chaque année** depuis 2009 par les Hospices civils de Lyon, l'InVS, l'INCa, le réseau des registres du cancer Francim et le CépiDC-Inserm. **Le rapport sur les survies après un diagnostic de cancer** est finalisé, sur la base d'une nouvelle méthode d'estimation validée par le conseil scientifique du

<sup>16</sup> Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 23).

<sup>17</sup> Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 6).

programme de travail partenarial relatif à la surveillance des cancers à partir des registres (publication prévue au premier trimestre 2013).

**Afin d'améliorer la surveillance épidémiologique des cancers, le soutien des registres des cancers a été renforcé**, par une implication financière accrue de l'INCa et de l'InVS jusqu'en 2011, permettant notamment de réduire les délais de production des données par les registres et gagner une année en 2011 (passer de n-4 à n-3). La plupart des registres ont désormais atteint cet objectif<sup>18</sup> (24 registres sur 26). En outre, le stade au diagnostic est collecté de façon exhaustive (mélanome, thyroïde) ou sur échantillon (sein, colon-rectum) à partir des cas incidents 2009.

**Un colloque scientifique « Registres et politiques de santé publique »**, organisé en décembre 2012 par l'InVS, l'Inserm (ITMO santé publique) et l'INCa, a porté sur la place des registres dans la recherche et la surveillance et leur contribution à l'évaluation des politiques de santé. L'apport fondamental des registres a été abordé, notamment leur positionnement par rapport aux autres dispositifs de surveillance tels que les bases médico-administratives.

► **FAIT MARQUANT 2012** : Colloque scientifique « Registres et politiques de santé publique », organisé les 6 et 7 décembre 2012 par l'InVS, l'Inserm (ITMO santé publique) et l'INCa.

- **Les études pour la mise en place du système multi-sources des cancers progressent.** Des travaux sont pilotés par l'InVS, en coordination avec l'INCa et l'ASIP santé, pour la constitution de la base ACP dans le cadre du projet DCC-DMP. Le premier rapport portant sur la production d'indicateurs de surveillance des cancers à partir du croisement des bases de données ALD et PMSI a été publié en avril 2012 ; il concerne 8 localisations de cancer « prioritaires » (sein, colon rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon et système nerveux central, thyroïde). Les travaux sont étendus à 21 localisations cancéreuses. Une comparaison de l'indicateur issu du croisement pour toutes les localisations cancéreuses avec les cas incidents dans la zone registre fera l'objet d'un deuxième rapport à paraître en 2013. Des indicateurs départementaux et régionaux seront produits pour certaines localisations cancéreuses.
- S'agissant de **l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel**<sup>19</sup>, le décret publié le 16 janvier 2012 ajoute le mésothéliome à la liste des maladies à déclaration obligatoire. Suite à l'étude de faisabilité menée dans 6 régions<sup>20</sup> en 2011 et pilotée par l'InVS pour tester les procédures et les circuits d'information, le déploiement de la déclaration obligatoire va s'étendre progressivement à l'ensemble des régions. Un accompagnement du déploiement est assuré par l'InVS.

Par ailleurs, les études de cohortes se poursuivent, tant en population générale que dans le champ professionnel, sous le pilotage de l'InVS. L'inclusion dans le programme COSET (cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail) va s'étendre à l'ensemble des régimes, en partenariat avec la MSA (phase pilote réalisée en 2011) et le RSI (étude pilote prévue à partir de septembre 2012). Un portail dédié à l'évaluation des expositions professionnelles a été mis en place en 2011 par l'InVS (Exp-Pro). La réalisation des matrices emploi-exposition se poursuit retraçant les niveaux d'exposition par types d'emploi (9 matrices ont déjà été réalisées à la fin 2012 ; la construction de 7 autres matrices est programmée d'ici 2013<sup>21</sup>).

► **FAIT MARQUANT 2012** : Publication du décret n°2012-47 du 16 janvier 2012 qui ajoute le mésothéliome à la liste des maladies à déclaration obligatoire.

<sup>18</sup> Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 7).

<sup>19</sup> Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 9).

<sup>20</sup> régions Auvergne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Ile-de-France et PACA

<sup>21</sup> Matrices emploi-exposition réalisées : solvants chlorés (5 matrices), pesticides arsenicaux, silice, amiante, fibres céramique réfractaires. Nouvelles matrices prévues d'ici 2013 : notamment solvants oxygénés - sauf éthers de glycol, formaldéhyde, fluides de coupe, travail de nuit, poussières de bois, plomb, HAP.

- **Afin de disposer de données d'observation sur les composantes sociales de la maladie, la réédition du Baromètre santé cancer est réalisée par l'Inpes, en collaboration avec l'INCa.** Les résultats du baromètre sont publiés en juin 2012. Réalisé auprès d'environ 4 000 personnes âgées de 15 à 85 ans, les grands thèmes traités sont : les représentations des cancers, les représentations en matière d'information et de soins, tabac et cancer, alcool et cancer, exposition aux UV et cancer, radon et cancer, nutrition, activité physique et cancer, les dépistages. Ils permettent de mesurer les évolutions de ces connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du cancer par comparaison au premier baromètre publié en 2005.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Publication des résultats du baromètre santé cancer en juin 2012 (INPES-INCa).

**Par ailleurs, la préparation de l'enquête relative à la qualité de vie des personnes atteintes de cancer deux ans après le diagnostic progresse.** Son pilotage est assuré par l'INCa et l'Assurance maladie ; la direction scientifique et opérationnelle de l'enquête a été confiée à une unité Inserm. La phase terrain reposant sur une enquête téléphonique en population et une enquête médicale a été achevée fin 2012. Les résultats de l'enquête sont attendus pour 2013 ; ils permettront de mesurer les évolutions constatées depuis la précédente enquête publiée en 2008 (DREES).

- Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi par le ministère chargé de la Santé (direction générale de la santé) fin 2010 pour **identifier les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine des cancers.** Les groupes de travail mis en place en 2011 sur les inégalités sociales de santé et sur les systèmes d'information en santé vont poursuivre leurs analyses ; le rapport est attendu pour mi 2013.
- Les travaux conjointement menés par l'ONDPS et l'INCa, en liaison avec les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé, permettent de **suivre l'évolution de la démographie médicale en cancérologie.** Le rapport « les métiers liés au cancer : leur répartition et ses déterminants » a été publié en février 2012 (cf. 1.4).

### 2.3. Intervenir sur les facteurs de risques : tabac, alcool, alimentation, activité physique et environnement



- Mesure 10** Poursuivre la lutte contre le tabac
- Mesure 11** Promouvoir des actions de prévention sur l'alimentation et l'activité physique
- Mesure 12** Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement
- Mesure 13** Prévenir les cancers d'origine infectieuse

Le tabac et l'alcool restent les deux premières causes évitables de mortalité par cancers. Les connaissances sur le rôle des facteurs nutritionnels, alimentation et activité physique, comme facteurs de risque mais aussi de protection des cancers progressent. Celles relatives aux liens entre cancer et facteurs environnementaux sont à consolider. La surveillance de la prévention des expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) doit être renforcée.

#### La lutte contre la consommation de tabac

**Le tabac constitue la première cause de décès liés au cancer en France, comme dans le monde.** 25 % des décès par cancer en France sont imputables au tabac et le tabac favorise de manière significative 17 localisations de cancer<sup>22</sup>. La prévalence tabagique est en augmentation, en particulier chez les femmes et parmi les chômeurs<sup>23</sup>. **Les actions réalisées pour lutter contre la**

<sup>22</sup> Poumon, cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, colorectal, ovaire et sein (cf. Rapport « Situation du cancer en France en 2011 », INCa)

<sup>23</sup> Baromètre santé 2010 (Inpes) - Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 31 mai 2011 ; voir partie II du rapport (fiche mesure 10)

## **consommation de tabac sont destinées à réduire l'attractivité des produits du tabac, mais aussi à favoriser l'arrêt du tabac.**

- Ainsi, plusieurs mesures ont été prises en 2010 et 2011 pour interdire la vente de tabac aux mineurs de 18 ans, ainsi que la vente des cigarettes aromatisées (« cigarettes bonbons ») et pour rendre obligatoires les avertissements graphiques (en vigueur depuis avril 2011 pour les paquets de cigarettes et à partir d'avril 2012 pour les autres produits du tabac). Le respect de ces dispositions législatives et réglementaires est toutefois encore inégal : si l'interdiction des cigarettes-bonbons semble bien respectée, en revanche celle relative à la vente de tabac aux mineurs n'est pas réellement appliquée<sup>24</sup>. Une circulaire du 3 août 2011 demande aux préfets et aux directeurs généraux des agences régionales de santé de renforcer les contrôles de ces mesures de lutte contre le tabagisme.

La publicité sur le tabac est interdite en France depuis 1991 (loi Evin), mais elle est maintenue sur les lieux de vente et lors des retransmissions télévisées des images de sports mécaniques.

► **FAIT MARQUANT** : Mise en œuvre des mesures prises en 2010-2011 pour interdire la vente de tabac aux mineurs de 18 ans, ainsi que la vente des cigarettes aromatisées, et rendre obligatoires les avertissements graphiques.

- D'autres actions sont à l'œuvre **en faveur de l'aide à l'arrêt du tabac** comme le triplement du remboursement (de 50 à 150 euros) des substituts nicotiques à partir de 2011 pour les femmes enceintes. Un programme d'aide au sevrage tabagique a été mis en place par l'Inpes sur le site internet de Tabac Info Service, dont la ligne téléphonique est désormais accessible par un numéro court (le 39.89), et promu par la nouvelle campagne d'information<sup>25</sup> lancée le 31 mai 2012 à l'occasion de la journée mondiale sans tabac. L'élaboration de nouvelles recommandations professionnelles de pratique clinique de l'aide à l'arrêt du tabac est engagée par la HAS avec la Société française de tabacologie, sur saisine du ministère en charge de la santé ; leur publication est prévue mi 2013.

Afin de contribuer au développement d'actions de prévention adaptées, **des documents de référence en matière de cancers et tabac** (fiches repères) synthétisant l'ensemble des connaissances et des informations les plus actualisées sont publiés par l'INCa (cancers et cannabis, cancers et tabagisme passif, cancers et tabac, cancers et produits du tabac sans fumée, cancers et tabac chez les femmes, sevrage tabagique et prévention des cancers).

Ces mesures s'inscrivent dans la **convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT)** de l'Organisation mondiale de la santé, dont la France est partie prenante. Les 171 pays membres ont adopté en 2010 des recommandations pour la mise en œuvre de la convention sur l'information et l'éducation, les programmes de sevrage et les ingrédients des produits du tabac. Un rapport de la Cour des Comptes publié en 2012 formule des préconisations pour la mise en œuvre de ces recommandations.

## **La prévention des cancers liés à la nutrition**

Sources de facteurs de risque et de protection, l'alimentation et l'activité physique font partie des facteurs comportementaux sur lesquels il est possible d'agir pour accroître la prévention des cancers. Les actions développées dans le cadre du Plan cancer s'inscrivent également dans les objectifs du Plan de lutte contre l'obésité 2010-2013, ainsi que du Plan national nutrition santé 2011-2015.

- **La consommation de boissons alcoolisées est la deuxième cause de mortalité évitable par cancer après le tabac en France.** Les mesures relatives à l'offre d'alcool prévues par la loi HPST sont mises en œuvre : affiches destinées à limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs dans les points de vente ; dispositions relatives aux « happy hours » ; amendement de la loi Evin concernant la publicité sur internet pour les boissons alcoolisées.

<sup>24</sup> Selon une étude du CNCT publiée en novembre 2011, 62 % des débitants ont vendu un paquet de cigarettes à un jeune de moins de 18 ans et qu'un sur cinq a vendu du tabac à un mineur de 12 ans.

<sup>25</sup> « On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer ; quelle que soit la vôtre, il existe une solution » (Inpes)

Pour aider les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool, l'aide à distance a été renforcée à travers un dispositif téléphonique et internet, porté par la campagne d'information sur la consommation d'alcool lancée par l'Inpes en mars-avril 2011. Une évolution du site est prévue en 2013. Une fiche repères « alcool et cancers » a été publiée par l'INCa en 2011.

► **FAIT MARQUANT** : Site [www.alcoolinfoservice.fr](http://www.alcoolinfoservice.fr) pour aider les consommateurs à risque (Inpes).

- **Le manque d'activité physique représente, dans les pays industrialisés, une cause principale de mortalité évitable.** Or, plus de la moitié des adultes ne pratiquent pas suffisamment d'activité physique, selon l'OMS.

Afin de promouvoir l'activité physique<sup>26</sup>, un site internet : « Activité physique, des communes s'engagent, pourquoi pas la vôtre ? » a été mis en ligne en décembre 2012 par l'INCa en partenariat avec l'Inpes. Ce nouveau site a pour objectif d'informer élus et fonctionnaires territoriaux des bienfaits de l'activité physique sur la santé, plus particulièrement dans le domaine des cancers. Il présente également des axes d'intervention possibles ainsi qu'une trentaine d'exemples d'actions déjà mises en place dans des collectivités territoriales. De plus, un guide pour la préparation à la retraite incluant l'activité physique a été élaboré et diffusé par l'Inpes dans le cadre du plan « Bien vieillir » et une fiche repère « activité physique et cancers » a été publiée début 2012 par l'INCa.

Plusieurs actions se poursuivent pour une meilleure sensibilisation sur les liens entre nutrition et cancers : le soutien d'interventions spécifiques sur les risques liés à la nutrition (58 projets retenus sur 2009-2012 par l'INCa, dont 15 nouveaux projets en 2012). Par ailleurs, un recensement des équipes de recherche sur la thématique « nutrition et cancer » est en cours par le réseau national alimentation recherche (NACRe), en collaboration avec l'INCa, et un colloque scientifique international sur ce thème est programmé en 2013.

Une nouvelle fiche repère « Surpoids, obésité et risque de cancers », publié en janvier 2013 par l'INCa, l'état des connaissances sur ce sujet. Comme l'a montré le rapport d'expertise collective sur le thème « Nutrition et cancer - Légitimité de recommandations nutritionnelles dans le cadre de la prévention des cancers » publié par l'ANSES en mai 2011, pour prévenir le risque de cancer, il convient d'avoir une alimentation équilibrée et diversifiée avec un apport calorique adapté aux dépenses énergétiques jointe à une activité physique régulière, et permettant d'atteindre les apports nutritionnels conseillés. Ce travail met aussi en évidence qu'il n'existe pas d'aliment ou de nutriment « anticancer » en soi.

► **FAIT MARQUANT 2012** : mise en ligne du site « Activité physique, des communes s'engagent, pourquoi pas la vôtre ? » <http://www.des-communes-sengagent.fr> (INCa en partenariat avec l'Inpes et les acteurs représentant les collectivités locales).

## La prévention des cancers liés à l'environnement

Des documents de référence en matière de cancers et environnement (milieu de vie et travail), synthétisant l'ensemble des connaissances et des informations les plus actualisées, sont élaborés afin de contribuer au développement d'actions de prévention adaptées : 11 fiches repères ont été publiées par l'INCa depuis 2009 (cancers professionnels, cancers professionnels et inégalités sociales, amiante et mésothéliome pleural malin, environnement et cancer, risques de cancers et pesticides, téléphone mobile, particules fines, perturbateurs endocriniens, substances chimiques, rayonnements UV, radon et cancer).

- **Les actions de prévention des expositions professionnelles<sup>27</sup>** s'inscrivent en synergie avec le Plan santé travail 2010-2014 et le Plan national santé environnement 2009-2013.

Un dispositif réglementaire spécifique relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels a été mis en place en 2010<sup>28</sup> et accompagné d'actions

<sup>26</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 11)

<sup>27</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 12)

d'information et de sensibilisation en direction de l'ensemble des acteurs concernés (site internet, fiches, guide). L'inspection du travail procède à des actions de contrôle en continu sur les CMR et des campagnes thématiques sont ciblées visant à sensibiliser les entreprises et à s'assurer de l'application effective des obligations réglementaires : deux campagnes de contrôle ont été menées en 2010, l'une sur la radioprotection, l'autre sur la maîtrise des risques chimiques dans les secteurs « réparation de véhicules » (2 880 contrôles effectués) et « nettoyage » (1 049 contrôles effectués). Une troisième campagne s'est déroulée en 2011 sur les risques routiers et une campagne de contrôle sur les chantiers est programmée en 2013.

En ce qui concerne la surveillance médicale des travailleurs exposés à des agents cancérigènes (CMR), la HAS a publié en avril 2010 un rapport d'orientation et des recommandations sur le suivi post professionnel après exposition à l'amiante. Des recommandations de bonne pratique ont également été publiées en janvier 2011 par la HAS sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois. Les recommandations de bonne pratique sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés aux cancérigènes de la vessie, élaborées par la société française de médecine du travail (SFMT), ont reçu le label HAS-INCa et ont été publiées en avril 2012.

Enfin, suite à la publication fin 2012 des résultats de deux enquêtes relatives à l'information des médecins du travail, des actions spécifiques d'information vont être menées à destination des médecins du travail et des services de santé au travail : la mise en place d'un guide de ressources documentaires et d'un bulletin de veille sur les documents et outils pour la prévention des cancers professionnels. Ces nouveaux outils seront diffusés à compter du premier trimestre 2013 (Direction générale du travail, Direction générale de la santé, INCa).

- **Pour ce qui concerne les risques liés aux UV**, un décret modifiant la réglementation des cabines UV a été préparé par le ministère chargé de la Santé. Il fait suite notamment au rapport « UV (artificiels et solaires), vitamine D et cancers non cutanés » publié en novembre 2011 par l'INCa, qui rappelle que cette pratique est fortement déconseillée et qu'elle ne peut faire référence à un quelconque bénéfice pour la santé. Le bulletin épidémiologique (BEH) thématique, publié en mai 2012 par l'InVS, fait le point sur l'incidence et la mortalité par mélanome et l'impact de l'exposition aux UV artificiels. Enfin, un avis publié par l'ANSES en janvier 2013 recommande l'arrêt de tout usage commercial des UV artificiels à terme.

La campagne d'information sur les risques UV a été rééditée par l'Inpes à l'été 2012, incitant notamment à la protection des enfants, et des actions spécifiques sont conduites pour le dépistage des cancers de la peau (voir 2.4). Une semaine de la protection solaire a été organisée en juin 2012 par La Ligue nationale contre le cancer, en partenariat avec des professionnels de la santé, du tourisme, du sport et du sauvetage, pour informer, prévenir et donner les bons conseils pour se protéger du soleil.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Lancement d'un dispositif coordonné de sensibilisation à la prévention des risques liés aux UV et au dépistage des cancers de la peau (Ministère chargé de la santé, Inpes, InVS, INCa).

- Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé en mai 2011 **les champs électromagnétiques de radiofréquences, y compris ceux émis par les téléphones portables et sans fil**, comme possiblement cancérigènes pour l'homme. Le lien entre exposition au téléphone mobile et tumeur cérébrale est faible<sup>29</sup>, mais a été considéré comme crédible. En application du principe de précaution, et en attendant les résultats d'investigations complémentaires, le ministère chargé de la Santé, l'ANSES et l'Inpes ont édicté des règles de « bon usage » du téléphone mobile. Un site spécifique d'information sur le bon usage du téléphone portable a été mis en place par l'Inpes sur [www.lesondesmobiles.fr](http://www.lesondesmobiles.fr).

<sup>28</sup> Décret du 2 juillet 2010 transposant la directive 206/25/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006

<sup>29</sup> Il ne s'appuie que sur des études épidémiologiques suggérant des excès de risques de tumeurs cérébrales (gliomes et neurinomes de l'acoustique) chez les utilisateurs « intensifs » de téléphones mobiles - au moins 30 minutes par jour sur une période de 10 ans.

## La prévention des cancers d'origine infectieuse

S'agissant des risques liés aux agents infectieux<sup>30</sup>, les actions se poursuivent pour la prévention des cancers liés aux HPV (papillomavirus humain), au VIH (virus d'immunodéficience humaine), aux virus des hépatites B et C ainsi qu'à la bactérie *Helicobacter pylori*.

- Des actions d'information et de communication sur **la prévention du cancer du col de l'utérus** sont renouvelées chaque année depuis 2010 sur la vaccination anti-HPV à destination des jeunes filles de 14 ans et de leurs parents et sur le frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans. L'avis rendu le 21 octobre 2011 par le Haut Conseil de la santé publique, sur saisine du ministre chargé de la Santé, recommande de poursuivre la vaccination contre les papillomavirus humains<sup>31</sup>, tout en continuant le dépistage par frottis qu'elle ne remplace pas. Un module de formation pour les médecins généralistes et les sages-femmes est mis en ligne depuis 2011 par l'INCa sur la prévention et le dépistage des cancers du col de l'utérus (voir 2.4)
- Concernant les mesures du plan relatives aux **hépatites virales B et C**, la recommandation publiée en mai 2011 par la HAS devrait participer à l'amélioration du dépistage des personnes à risque d'infection chronique par les virus B et C. Les tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique pour les patients atteints d'hépatite C, inscrits à la nomenclature par arrêté paru au JO du 19 mai 2011, bénéficient désormais d'une prise en charge par l'Assurance maladie. L'ANSM et la HAS ont été saisies en 2011 respectivement pour évaluer la performance des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans le dépistage de l'hépatite C et pour en définir la stratégie d'utilisation ; les travaux sont en cours.
- **Les actions de prévention des risques de cancers chez les personnes vivant avec le VIH** s'inscrivent dans le cadre des recommandations du rapport du Pr Yéni relatif à la prise en charge médicale des PVVIH, paru en 2010. Des documents d'information à destination des patients et des professionnels de santé sur la prévention du cancer de l'anus ont été élaborés, avec les sociétés savantes et des représentants de patients, et diffusés en mars 2012. Afin de soutenir le sevrage tabagique chez les PVVIH, une expérimentation en établissements de soins a été soutenue en 2011 et deux nouveaux projets, sélectionnés en juin 2012 sur appel à projets, sont soutenus par l'INCa.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : diffusion de documents d'information sur la prévention du cancer anal chez les personnes vivant avec le VIH, destinés aux personnes cibles et aux professionnels de santé (INCa).

- **Concernant le risque de cancer de l'estomac**, l'année 2011 a été consacrée à l'élaboration de documents d'information pour inciter les médecins à mieux appliquer les recommandations relatives au dépistage de l'infection à *Helicobacter pylori* chez les personnes à risque de cancer de l'estomac. Ce projet repose sur une implication forte des sociétés savantes concernées et sur deux enquêtes de pratiques menées respectivement auprès des médecins généralistes et des gastroentérologues. A cet effet, des documents d'information ont été réalisés à destination des médecins mais aussi des personnes atteintes ; ils seront diffusés au premier trimestre 2013.

<sup>30</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 13).

<sup>31</sup> Vaccination par l'un des deux vaccins (Gardasil, Cervarix) des jeunes filles de 14 ans et jusqu'à l'âge de 23 ans chez les femmes n'ayant pas eu d'activité sexuelle ou l'ayant initiée depuis moins d'un an.

## 2.4. Améliorer la participation aux dépistages organisés en réduisant les inégalités et faire progresser la détection précoce des cancers



- Mesure 14** Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage
- Mesure 16** Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage
- Mesure 17** Assurer la veille scientifique et améliorer la connaissance sur la détection précoce

Les objectifs du Plan cancer visent à augmenter la participation aux dépistages organisés des cancers, à travers les dispositifs d'information et de sensibilisation des populations cibles et des professionnels de santé, et à réduire les inégalités de participation par des actions spécifiques.

### Les campagnes d'information pour le dépistage organisé des cancers

Les publics cibles des programmes de dépistage organisé, pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal, sont sensibilisés et mobilisés notamment à travers les campagnes nationales d'information, menées par le ministère chargé de la Santé et l'INCa en partenariat avec les régimes d'Assurance-maladie. Elles sont renouvelées chaque année pour adapter les stratégies et les messages en fonction des résultats d'impact constatés.

- En 2012, à l'occasion du mois de mars dédié à **la mobilisation contre le cancer colorectal**, « **Mars bleu** », le dispositif d'information a été reconduit visant à sensibiliser les hommes et les femmes de 50-74 ans à l'importance du dépistage de ce cancer. L'objectif principal est d'inciter les personnes concernées à parler du dépistage avec leur médecin traitant (campagne TV et radio, film pédagogique en ligne sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).
- Le dispositif d'information et de communication « **Octobre rose** » 2012 pour le **dépistage organisé du cancer du sein** a visé à inviter les femmes à réfléchir à leur pratique de dépistage (autour d'un message concret : « Vérifiez de quand date votre dernière mammographie ») et à répondre aux questions qui se posent autour du dépistage du cancer du sein (spots TV de journalistes et animateurs du groupe France Télévisions, campagne radio, dispositif interactif mis en place pour les médecins généralistes sur un logiciel de gestion des dossiers des patients). Ce dispositif national est relayé par de nombreuses actions de proximité menées par les structures de gestion du dépistage, par les caisses régionales de la MSA et par des associations.

► **FAIT MARQUANT** : Deux campagnes nationales pour le dépistage organisé des cancers, « Mars bleu » pour le cancer colorectal et « Octobre rose » pour le cancer du sein.

### Les interventions visant à réduire les inégalités de participation au dépistage

La participation aux dépistages organisés des cancers présente des disparités territoriales et sociales. Une stratégie visant à corriger ces inégalités a été engagée, à travers des actions en direction de populations spécifiques et des professionnels impliqués<sup>32</sup>.

- **Pour mieux repérer le sous-dépistage**, une expérimentation de géocodage est en cours, afin de mettre en place un système d'information géographique ; cette territorialisation des zones de sous-dépistage vise à développer des interventions adaptées à des échelons géographiques plus fins. Suite à l'étude de faisabilité réalisée, l'expérimentation va être étendue à 22 départements. Des travaux sont aussi soutenus pour mieux comprendre les déterminants de la participation aux dépistages afin d'adapter les interventions : une étude pour identifier les facteurs prédictifs et déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux programmes de dépistage organisé des cancers du sein et cancer colorectal a été lancée en 2011 ; les résultats sont attendus pour 2013.
- Des partenariats sont initiés au niveau national pour **promouvoir des interventions de proximité et des actions ciblées** en faveur du dépistage des cancers et réduire les inégalités de participation. Une collaboration avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé) a été engagée pour le développement d'actions locales destinées aux populations des quartiers, notamment à travers les ateliers santé ville. Des actions de proximité, destinées

<sup>32</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 14)

particulièrement aux femmes moins touchées par les campagnes de santé publique, ont été organisées en 2011 par les différents acteurs du dépistage notamment avec les caisses de la Mutualité sociale agricole, ainsi qu'avec les magasins « La Halle ». De plus, dans le cadre des campagnes de mobilisation « Octobre rose » et « Mars bleu », des campagnes radio spécifiques en direction des femmes d'origine migrante sont réalisées en collaboration avec des stations radio de la diversité (Beur FM, Africa n°1, radio Orient).

- **Dans l'objectif de réduire les inégalités sociales d'accès et de recours au dépistage des cancers, des actions de proximité sont soutenues** sur appels à projets (INCa), pour développer des interventions de prévention primaire ou secondaire, ciblées notamment en direction des personnes les plus fragiles pour des raisons sociales, culturelles ou économiques. Ces actions peuvent aussi être soutenues dans le cadre de projets de recherche interventionnelle (voir 2.1). Les appels à projets lancés depuis 2009 ont déjà permis de soutenir 21 projets et 5 nouveaux projets ont été retenus en 2012 portant sur les inégalités face au dépistage des cancers, et notamment sur la mobilisation des professionnels de santé et l'implication de la population dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

En outre, une enquête auprès des structures de gestion a été menée en 2012 pour recenser les actions de terrain mises en place pour lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage des cancers, en vue de les valoriser auprès de l'ensemble des acteurs et de favoriser leur éventuelle mutualisation.

- Une journée de restitution des projets financés par l'INCa sur la thématique « inégalités sociales de santé et cancer du col de l'utérus » a été organisée en janvier 2012 pour rendre compte des apports des expérimentations (voir 2.5) et produire des préconisations en faveur d'une amélioration du suivi des femmes en situation de précarité.

► **FAIT MARQUANT** : 26 projets d'interventions de proximité retenus sur 2009-2012, visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage organisé des cancers (INCa).

- Le plan d'actions pour la santé des personnes détenues<sup>33</sup>, lancé en 2010, comporte des actions visant à améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention. Un groupe de travail a été mobilisé, réunissant des représentants du ministère chargé de la Santé (DGS, DGOS), de l'administration pénitentiaire, de l'INCa, des agences régionales de santé et des structures locales (UCSA, structures de gestion du dépistage), en vue d'une adaptation des protocoles existants aux personnes détenues.

### La sensibilisation des professionnels de santé au dépistage et à la détection précoce

Les professionnels de santé sont sensibilisés au dépistage des cancers<sup>34</sup>, à travers les mesures conventionnelles et au moyen d'actions et d'outils d'information et de formation.

- Les médecins traitants ont ainsi été incités à favoriser la participation au dépistage du cancer du sein parmi leur patientèle (femmes de 50 à 74 ans), à travers les contrats d'amélioration des pratiques : à la fin 2011, 38 % des médecins traitants ont signé un CAPI. La nouvelle convention médicale signée en 2011, qui a pris effet au 1<sup>er</sup> janvier 2012, prévoit d'intégrer dans le cadre de rémunération des médecins généralistes et gynécologues leur rôle dans l'augmentation de la participation des femmes au dépistage du cancer du sein.

► **FAIT MARQUANT 2012** : Nouvelle convention médicale prévoyant des mesures incitatives pour les médecins généralistes et gynécologues en faveur du dépistage du cancer du sein (en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012).

- Par ailleurs, les médecins traitants ont été sensibilisés aux programmes de dépistage à travers les visites des délégués de l'Assurance maladie en 2010-2011, ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal. En vue de renforcer l'implication des professionnels de santé, 4 projets visant à mieux comprendre leurs motivations et identifier les leviers ont été soutenus en 2011 (INCa).

<sup>33</sup> Plan d'actions stratégiques 2010-2014 de la politique de santé des personnes placées sous main de justice

<sup>34</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 17)

- Des modules de formation en e-learning sont mis à la disposition des professionnels de santé ; trois modules sont mis en ligne sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) portant sur la détection précoce des cancers de la cavité buccale, de la peau et du col de l'utérus (INCa).
- **S'agissant des cancers de la peau**, les actions conduites pour favoriser la détection précoce s'inscrivent en complément de la prévention (voir 2.3). Une journée nationale de dépistage du mélanome est organisée annuellement par le Syndicat national des dermatovénérologues avec le soutien de l'INCa. Une fiche repères sur la détection précoce des cancers de la peau a été publiée en 2011 et plusieurs outils sont mis à la disposition des médecins traitants par l'INCa : un nouveau document synthétique d'information et un module de formation sur les cancers de la peau, élargi aux cancers cutanés d'origine professionnelle. Les résultats de l'étude sur le suivi des incidences selon les stades au diagnostic des cancers de la peau ont été rendus (InVS) et un rapport d'orientation sur la détection précoce du mélanome a été publié par la HAS et l'INCa en janvier 2013 (voir 2.5).

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Sensibilisation au dépistage des cancers de la peau, dans le cadre de la prévention des risques liés aux UV (Ministère chargé de la santé, Inpes, InVS, INCa, SNDV).

## 2.5. Améliorer la qualité et l'efficacité des programmes de dépistage et expérimenter de nouvelles stratégies de détection précoce



- Mesure 15** Améliorer la structuration des programmes nationaux de dépistage organisé
- Mesure 16** Garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire
- Mesure 17** Assurer la veille scientifique et améliorer la connaissance sur la détection précoce

Afin d'améliorer le dépistage des cancers, le Plan cancer fixe comme objectifs l'optimisation des programmes nationaux de dépistage organisé en termes de qualité et d'efficacité, ainsi que le développement de nouvelles stratégies de détection des cancers.

**Le pilotage du dispositif des programmes nationaux de dépistage** est renforcé par la mise en place depuis 2011 de deux instances par la direction générale de la santé (DGS), d'une part le comité stratégique national de dépistage des cancers, chargé de coordonner, piloter et suivre les orientations et axes stratégiques de la politique des dépistages, d'autre part un groupe de liaison du dépistage des cancers, instance de concertation et d'échange entre les acteurs de terrain et les institutions.

### L'optimisation des programmes de dépistage organisé

- **S'agissant de l'évolution des techniques de dépistage**, à la suite du rapport sur les conditions de substitution des tests au gâciac par les tests immunologiques pour le dépistage organisé du cancer colorectal, publié par l'INCa en novembre 2011 sur saisine du ministère chargé de la Santé (DGS), la décision du déploiement de l'utilisation des tests immunologiques à partir de 2013 a été annoncée par le ministre chargé de la Santé. Les appels d'offre pour l'approvisionnement en tests immunologiques et la sélection des centres de lecture sont en préparation par la CNAMTS. Un guide d'organisation et de procédures pour la lecture des tests immunologiques est en cours d'élaboration.

Concernant le dépistage du cancer du sein, une enquête nationale relative à la détection des cancers par les mammographes numériques selon les technologies est en cours de finalisation par l'INCa, sur saisine de la DGS (les résultats seront remis en 2013). L'expérimentation prévue de la dématérialisation pour la transmission et l'archivage est reportée dans l'attente de la stabilisation du parc de mammographes numériques.

- **L'harmonisation des pratiques entre les acteurs du dépistage est soutenue** à travers l'organisation de séminaires nationaux (DGS-CNAMTS-InVS-INCa), associant les structures de gestion et les agences régionales de santé, et par l'élaboration et la mise à disposition d'outils communs : un guide juridique à destination des acteurs du dépistage a ainsi été publié en 2011 (INCa).

- **Afin de soutenir la qualité des programmes de dépistage organisé des cancers et d'en améliorer la structuration, plusieurs travaux d'expertise sont produits.** Le rapport d'analyse éthique sur le dépistage organisé du cancer du sein élaboré par le groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage, et publié en octobre 2012 par l'INCa, aborde des pistes de réflexion et des propositions d'évolution. Les travaux portant sur le programme de dépistage organisé du cancer colorectal ont débuté ; le rapport est prévu pour 2013.

Par ailleurs, une évaluation organisationnelle des structures de gestion du dépistage a été réalisée et un rapport synthétisant les résultats de plusieurs travaux d'évaluation est en voie de finalisation par l'INCa (publication prévue en 2013).

Dans l'objectif de proposer un encadrement optimal des programmes de dépistage organisé, des travaux sont engagés portant sur l'assurance qualité des programmes d'une part (réalisation d'une cartographie des risques, analyse comparative des programmes existants à l'étranger) et sur l'analyse juridique des supports d'encadrement d'autre part (analyse de la conformité juridique, de la forme et de l'articulation des différents supports).

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Publication du rapport « Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France » (INCa) en octobre 2012.

- **Pour améliorer le suivi du dépistage**, les tableaux de bord des indicateurs de pilotage pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal sont en cours de finalisation. L'adaptation du système d'information et la mise en œuvre de l'espace partagé suivront l'évolution de l'organisation globale du dispositif local. Le ministère chargé de la Santé (DGS) a engagé une refonte de l'outil de remontées de données budgétaires des structures de gestion afin d'optimiser la gestion par l'amélioration des procédures d'allocation budgétaire : une analyse des besoins des acteurs nationaux et locaux, une étude des outils existants et un cahier de spécifications fonctionnelles ont été réalisés pour l'élaboration d'un nouvel outil en 2013. L'outil sera interopérable dans le cadre de l'espace partagé.

### La définition de nouvelles stratégies de dépistage

- **S'agissant du cancer de la prostate**, le rapport d'orientation sur les facteurs de risque et la pertinence du dépistage de ce cancer chez les sujets à risques a été publié par la HAS en avril 2012, sur saisine du ministère chargé de la Santé : il conclut qu'il n'y a pas de preuve suffisante pour justifier la mise en place d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) parmi les populations à « haut risque » et insiste sur la nécessité de fournir une information complète aux hommes envisageant ce dépistage, notamment sur ses conséquences éventuelles.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : rapport HAS « Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate de populations d'hommes à haut risque ? »

- **Concernant le dépistage du cancer du sein**, des recommandations ont été publiées par la HAS en février 2012 pour améliorer la participation au dépistage organisé et visant à limiter les pratiques de dépistage individuel dans la population cible du dépistage organisé. Par ailleurs, les recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes à haut risque, ainsi que celles sur les bonnes pratiques de dépistage en fonction du risque pour les femmes de 40 à 49 ans et au-delà de 74 ans, sont en cours d'élaboration par la HAS.
- **Le programme expérimental du dépistage du cancer du col de l'utérus**, soutenu par la DGS, la CNAMTS et l'INCa, se poursuit dans 13 sites et a été prolongé jusqu'en 2013. Les expérimentations en population générale utilisant la recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes se poursuivent dans deux départements (Ardennes, Meuse).
- Un rapport d'orientation sur les facteurs de retard **au diagnostic du mélanome cutané** a été publié en janvier 2013 par la HAS et l'INCa. Il confirme la stratégie mise en place pour la détection précoce du mélanome, dans un parcours de soins identifiant les sujets à risques et coordonné par le médecin généraliste. Ce rapport est accompagné d'une actualisation de la littérature sur la détection précoce du mélanome cutané.

### 3. Personnaliser les parcours des patients et améliorer la qualité de vie pendant et après le cancer

#### Les objectifs du Plan cancer

Tout en consolidant les avancées permises par le précédent Plan cancer en matière de qualité et d'organisation des soins, l'enjeu au cours de la période 2009-2013 est d'améliorer le parcours de soins des personnes atteintes par le cancer, par une personnalisation accrue et la coordination des interventions en ville comme à l'hôpital.

Au-delà des soins, l'objectif fixé par le Plan cancer est d'améliorer la qualité de vie des personnes pendant le cancer et après la maladie, par une meilleure prise en compte des conséquences de la maladie et des traitements sur la vie sociale et professionnelle.

Les actions réalisées ou engagées au 31 décembre 2012

#### 3.1. Développer des parcours personnalisés en impliquant le médecin traitant



##### Mesure 18 Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant

La personnalisation des parcours de soins des malades constitue une des priorités du Plan cancer 2009-2013, qui prévoit le déploiement d'actions pour une meilleure coordination des soins, en impliquant le médecin traitant pendant la phase active du traitement et lors de la période de surveillance.

- **Outil de partage et d'échange d'informations, le dossier communicant de cancérologie (DCC)** est un service<sup>35</sup> du dossier médical partagé (DMP). Le DMP donnera accès, avec l'accord de la personne, aux éléments du dossier médical. Le dispositif DCC-DMP facilitera la coordination des soins entre professionnels de santé, en particulier avec les médecins traitants, et permettra une meilleure continuité des prises en charge tout en assurant la sécurité des données. L'objectif de la phase pilote est la mise en œuvre du service DCC, support des échanges en cancérologie. Dans ce cadre, les travaux engagés en 2011 se sont poursuivis en 2012 avec 7 régions pilotes<sup>36</sup>, chacune représentée et portée à la fois par le réseau régional de cancérologie et la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information, avec le soutien de l'ARS. Une maquette du système a été réalisée avec les régions pilotes pour vérifier l'utilisation des outils du DCC-DMP. Pour respecter les conditions de l'interopérabilité, le recueil des informations médicales nécessite la standardisation des documents. Des documents structurés avec les éléments minimaux des fiches de réunion de concertation pluridisciplinaire et ceux d'anatomopathologie ont été réalisés en 2012 et seront publiés sur le site de l'ASIP santé. Les travaux concernant le serveur national d'essais cliniques et le serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques démarreront en 2013.
- Afin d'associer le médecin traitant au parcours de soins des patients, **des guides par cancer explicitant les traitements et la prise en charge en ALD** sont élaborés par la HAS et l'INCa, avec l'objectif de couvrir les 25 localisations les plus fréquentes d'ici fin 2011. Une version de ces guides est déclinée pour les patients (voir 3.3). Ces guides décrivent la prise en charge standard

<sup>35</sup> Programme de relance des systèmes d'information partagés de santé menés par le ministère de la santé

<sup>36</sup> Les régions Alsace, Aquitaine, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Picardie et Rhône-Alpes

des patients en ville et à l'hôpital et permettent aux médecins traitants de conforter leur fonction de proximité pendant et après les traitements. Ils intègrent depuis juin 2011 les éléments de suivi post ALD (actes et examens nécessaires, rythme, recommandations de surveillance partagée). Les guides publiés couvrent 24 localisations de cancer<sup>37</sup>. Le guide relatif aux lymphomes de Hodgkin de l'adulte, dernière des 25 localisations de cancer les plus fréquentes, a été validé par la HAS<sup>38</sup> ; sa publication sur les sites de l'INCa et de la HAS est prévue au premier trimestre 2013.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Achèvement de la couverture des 25 localisations de cancer par les guides « parcours de soins » pour les médecins traitants (HAS-INCa).

- **A l'issue de la première phase d'expérimentations des parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer, deux rapports ont été publiés en 2012 par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa.** Le premier est une synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes engagés dans cette expérimentation. Le deuxième présente les résultats qualitatifs d'une évaluation réalisée au sein de ces sites pilotes. Ces rapports ont été présentés lors d'un séminaire de restitution organisé le 9 octobre dernier.

L'INCa et la DGOS ont lancé, suite à un appel à projets, des expérimentations du « parcours personnalisé de patients pendant et après le cancer »<sup>39</sup>. Ces expérimentations ont été menées sur un an, de septembre 2010 à septembre 2011, dans 35 sites pilotes (établissements de santé publics et privés), en partenariat avec des médecins traitants ainsi que d'autres acteurs ou structures de proximité médicaux et sociaux.

L'objectif de ce nouveau dispositif est de permettre une prise en charge personnalisée des patients en s'appuyant sur une coordination plus étroite entre les acteurs de soins avec l'intervention d'infirmiers coordonnateurs hospitaliers, interlocuteurs privilégiés des patients et facilitateurs de la coordination hôpital-ville. Dans ce cadre, il s'agit également de renforcer le rôle du médecin traitant en tant que référent médical de proximité. Le dispositif vise aussi à mieux prendre en compte la dimension sociale, tout au long de la prise en charge y compris dans l'après-cancer et pendant le suivi.

Au total, 9200 patients ont été inclus dans ce dispositif de parcours personnalisé. L'évaluation d'impact montre que le parcours personnalisé apparaît globalement comme un dispositif pertinent, perçu positivement par tous les professionnels et dont l'impact sur la satisfaction des patients est élevé. L'apport des infirmiers coordonnateurs a été confirmé, en particulier par la réponse apportée en termes d'information, d'écoute et de détection précoce des problèmes sociaux. Des questionnements persistent cependant sur le rôle de ces infirmiers coordonnateurs dans l'articulation ville-hôpital. De plus, la coordination des différents acteurs de la prise en charge et la mise en place de l'après-cancer reste à approfondir.

Compte tenu de ces différents constats, l'expérimentation sera prolongée par une seconde phase en 2013 afin de mieux définir les objectifs du dispositif, de mieux le cibler en particulier sur les parcours complexes des parcours plus complexes sur le plan médical et/ou psychosocial, et de préciser les rôles prioritaires des infirmiers coordonnateurs. Cette seconde phase sera accompagnée d'une approche coût-efficacité afin d'apporter aux décideurs des éléments objectifs pour proposer un dispositif de parcours personnalisé pérenne et généralisable à terme.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Publication en octobre 2012 de la synthèse nationale de bilan à un an des expérimentations des parcours personnalisés de soins et de l'après-cancer dans les 35 sites pilotes et du rapport d'évaluation des résultats de ces expérimentations (DGOS-INCa).

<sup>37</sup> Localisations couvertes par les guides ALD médecins traitants (HAS-INCa) : leucémies aiguës de l'adulte, colorectal, prostate, mélanome cutané, poumon, mésothéliome, lymphomes malins non hodgkiniens, bouche-pharynx, larynx, sein, col de l'utérus, ovaire, thyroïde, vessie, rein, foie, pancréas, système nerveux central, testicule, leucémie lymphoïde chronique, estomac.

<sup>38</sup> Le guide a été validé par la commission parcours de soins et maladies chroniques de la HAS le 27 novembre 2012 et présenté au collège de la HAS le 16 janvier 2013.

<sup>39</sup> Voir partie II du rapport (fiches mesures 18 et 25).

### 3.2. Assurer la qualité des prises en charge et l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire



- Mesure 19** Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades
- Mesure 20** Soutenir la spécialité d'anatomopathologie
- Mesure 22** Soutenir la radiothérapie

Afin de garantir la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire, le Plan cancer prévoit la généralisation des mesures qualité et la mise en œuvre du processus des autorisations spécifiques pour le traitement des cancers délivrées aux établissements de santé. Un soutien particulier vise également la spécialité d'anatomopathologie et la radiothérapie.

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

- **Les 885 établissements de santé autorisés pour le traitement des cancers** doivent remplir tous les critères attendus de sécurité et de qualité des prises en charges. Le dispositif des autorisations de traitements des cancers est finalisé en 2012 par les agences régionales de santé. Cette démarche de mise en conformité a été appuyée sur un soutien financier conséquent aux établissements de santé (28 millions d'euros ont été alloués en 2010 et 2011 en lien avec cet objectif) et un accompagnement des établissements et des ARS a été mené par la DGOS et l'INCa. Un bilan de la mise en œuvre des autorisations est en cours.

L'appartenance à un **réseau régional de cancérologie (RRC)** constitue l'une des conditions que doit satisfaire tout établissement de santé qui traite des malades atteints de cancer, dans le cadre du dispositif des autorisations. Chaque région française est couverte par un réseau régional. Conformément au processus de reconnaissance des RRC pour garantir la conformité aux objectifs du référentiel national de leurs missions, 23 réseaux régionaux ont fait l'objet d'une reconnaissance par l'INCa. Les RRC répondent à une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale et d'amélioration continue des pratiques en cancérologie.

- Dans le cadre de la généralisation de l'accès aux mesures transversales et de l'amélioration de la qualité des prises en charge en cancérologie, le **contenu minimum du programme personnalisé de soins (PPS) et du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)** sont publiés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels.

En outre, les résultats de deux études portant sur le **ressenti du dispositif d'annonce par les malades** ont été publiés en 2012, l'une menée par la Ligue nationale contre le cancer et l'autre par l'INCa en lien avec le ministère chargé de la santé (DGOS).

**L'étude sur les délais de prise en charge pour les cancers du sein et du poumon**, pilotée par l'INCa en collaboration avec la FNORS<sup>40</sup> et conduite dans 8 régions par les réseaux régionaux de cancérologie en lien avec les observatoires régionaux de santé, a été publiée en juin 2012. La deuxième phase concernant la mesure des délais de prise en charge des cancers colorectaux et de la prostate est en cours et sera publiée en 2013. En complément, **un rapport sur les délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du cancer** sur la période 1999-2008 a été publié fin 2012 par l'INCa, l'InVS, Francim et les HCL.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Publication de deux rapports sur les délais de prise en charge des cancers : cancers du sein et du poumon (INCa en collaboration avec la FNORS) ; cancers enregistrés par les registres spécialisés du cancer (INCa, InVS, Francim, Hospices civils de Lyon).

- Afin d'élaborer des référentiels spécifiques pour les **structures d'hospitalisation à domicile (HAD) réalisant des chimiothérapies**, un premier état des lieux a été réalisé à partir de l'analyse de l'activité 2009 des structures HAD, des travaux portés par un groupe de travail pluriprofessionnel et par des entretiens avec des professionnels de terrain. Ce travail a permis de mettre en exergue les pratiques de la chimiothérapie en HAD et les problématiques soulevées. La

<sup>40</sup> Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

publication du référentiel pour les structures d'HAD réalisant des chimiothérapies à domicile est suspendue, dans l'attente de la redéfinition en cours du périmètre d'activité de l'HAD (DGOS-INCa).

- **La qualité des prises en charge des malades est également soutenue par la production de guides et de recommandations.** Neuf travaux de recommandations nationales de prise en charge spécialisée ont été conduits par l'INCa avec les sociétés savantes et publiés depuis 2009<sup>41</sup>. Les recommandations publiées en 2012 portent sur la prise en charge de la maladie de Hodgkin, des cancers infiltrants du sein et des cancers urologiques. De plus, l'INCa et la HAS ont attribué un label méthodologique à 7 recommandations de sociétés savantes<sup>42</sup>. Par ailleurs, des guides par cancer explicitant le parcours, du diagnostic au suivi, sont élaborés par la HAS et l'INCa pour les médecins traitants (voir 3.1).

### L'accès aux soins sur l'ensemble du territoire

- **Afin de faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie, le Plan cancer fixe l'objectif d'accroître le parc d'IRM**, notamment dans les régions ayant la mortalité par cancers la plus élevée<sup>43</sup>. Cet objectif a été intégré dans le guide des schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS), qui définit les orientations pour l'élaboration par les ARS de leur schéma régional. Selon l'enquête annuelle réalisée par la DGOS, 33 IRM supplémentaires ont été installés en 2009 et 2010 dans les 10 régions ciblées (sur un objectif total de 88 nouveaux appareils d'ici 2013). Les résultats de l'étude engagée par la DGOS, l'INCa et la Société française de radiologie pour apprécier les délais d'accès aux examens IRM pour des patients atteints de cancer (sein, utérus et prostate) ont été publiés en mars 2012.
- **Le soutien à la radiothérapie** vise à assurer la qualité et la sécurité des pratiques et à renforcer les moyens humains dans les centres (voir 1.3). Le rapport de l'Observatoire national de la radiothérapie, publié début janvier 2012, présente l'évolution 2007-2010 des équipements dédiés à la radiothérapie, de l'activité des centres et des ressources humaines travaillant dans cette discipline ; il dresse également un bilan des pratiques de prise en charge. Le rapport « La situation de la radiothérapie en 2011 », publié en juin 2012 par l'INCa, comporte l'analyse de la situation et propose des recommandations et perspectives d'actions. La dernière réunion du comité national de suivi de la radiothérapie s'est tenue le 3 février 2012 ; le bilan des mesures entreprises pour la radiothérapie a été publié en juin 2012.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Publication du rapport final du comité national de suivi de la radiothérapie.

- **Le soutien à la spécialité d'anatomopathologie** se traduit par un accompagnement de l'adaptation aux évolutions technologiques et scientifiques et de la mise en place de la démarche qualité, en complément des mesures relatives à la formation (voir 1.3). L'accompagnement de la discipline d'anatomocytologie s'est concrétisé notamment par **le soutien apporté au développement de l'activité des tumorothèques sanitaires**. Ces banques de cellules et de tissus tumoraux constituent un outil capital pour assurer les examens moléculaires nécessaires à la mise en œuvre des thérapies ciblées. Pour en développer l'accès, les indications de cryopréservation à visée sanitaire ont été actualisées (INCa) et un financement complémentaire de 750 000 euros a été alloué à ces structures en 2011 (DGOS). Ces moyens complètent les

<sup>41</sup> Les recommandations nationales de prise en charge spécialisée concernent : les cancers du sein *in situ* et infiltrant, les cancers de l'ovaire, les cancers du poumon non à petites cellules, les cancers de l'endomètre, les cancers urologiques et la chirurgie prophylactique dans la prise en charge des cancers avec prédisposition génétique (cancers du sein, de l'ovaire, de l'estomac, du côlon, du rectum et de la thyroïde).

<sup>42</sup> Les recommandations ayant reçu un label concernent : les carcinomes épidermoïdes cutanés, les maladies trophoblastiques gestationnelles, les métastases hépatiques synchrones du cancer colorectal, les pratiques chirurgicales en cancérologie digestive et en cancérologie thoracique, la surveillance des travailleurs exposés aux poussières de bois ou encore aux cancérogènes pour la vessie.

<sup>43</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 21).

financements alloués en 2005 aux tumorothèques hospitalières pour la structuration des réseaux régionaux sanitaires.

### 3.3. Garantir l'équité de l'accès aux traitements et aux innovations



**Mesure 21** Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations

**Mesure 23** Développer des prises en charge spécifiques

L'accès aux traitements innovants, en particulier les nouvelles thérapies ciblées, s'appuie sur la réalisation des tests de biologie moléculaire.

En outre, l'égal accès de tous aux traitements implique le développement de prises en charges spécifiques pour certaines populations plus vulnérables en raison de leur âge ou de leurs prédispositions génétiques.

#### Le développement de l'accès aux traitements innovants

- **L'accès aux médicaments innovants en cancérologie**, inscrits sur la « liste en sus », implique une utilisation conforme aux référentiels de bon usage (RBU). Depuis 2010, 12 molécules ont été radiées de la liste en sus (dont 5 molécules au 1<sup>er</sup> mars 2012) et 4 nouvelles molécules inscrites (dont 1 molécule en avril 2012). Les référentiels de bon usage sont modifiés avec la suppression de ces molécules. Une évolution des RBU interviendra dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé.

- **Les tests moléculaires permettant la juste prescription des thérapies ciblées** augmentent de façon conséquente, traduisant leur accessibilité pour les malades. Ces tests visent, en identifiant d'éventuelles mutations génétiques dans les tumeurs, à déterminer la possibilité pour un malade d'accéder à une thérapie ciblée, *via* l'identification de marqueurs spécifiques (biomarqueurs), à affiner le diagnostic ou établir un pronostic.

Les tests sont réalisés par 28 plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers, réparties sur l'ensemble du territoire et soutenues par le ministère chargé de la Santé (DGOS) et l'INCa pour permettre la réalisation de ces tests sans contrepartie financière. Afin d'anticiper l'arrivée des nouvelles thérapies ciblées pour les rendre disponibles le plus rapidement possible, l'INCa a par ailleurs mis en place un programme de détection prospective de biomarqueurs émergents dans le cancer du poumon, le cancer colorectal et le mélanome.

La synthèse de l'activité 2011 des plateformes hospitalières de génétique moléculaire a été publiée, ainsi qu'un rapport sur l'accès aux thérapies ciblées en France en 2012, existantes ou en cours de développement. Un programme d'évaluation externe permet de s'assurer de la qualité de la réalisation de ces tests moléculaires (la campagne menée en 2012 a permis de contrôler 3 tests).

▶ **FAIT MARQUANT** : Augmentation du nombre de patients bénéficiant de tests moléculaires déterminant l'accès aux thérapies ciblées (68 800 patients en 2012, 61 000 en 2010 ; 42 800 en 2009 ; 31 900 en 2008).

- Suite à l'appel à projets lancé en 2011 pour **soutenir l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein**, huit centres de radiothérapie ont été retenus pour participer à ce projet sur une durée de 24 mois. L'objectif est d'accompagner la mise en œuvre et l'évaluation médico-économique de traitements comportant un nombre réduit de séances par rapport aux traitements standards, garantissant la même sécurité aux femmes traitées tout en apportant une meilleure qualité de vie.

▶ **FAIT MARQUANT** : 8 projets soutenus pour l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein.

## Le soutien de prises en charge spécifiques

- **La prise en charge des enfants et adolescents atteints de cancer** s'appuie désormais sur 7 organisations interrégionales de recours (OIR), constituées progressivement en 2009 et 2010. La consolidation de ce dispositif s'est poursuivie en 2011, avec notamment le renforcement de l'activité d'anatomocytopathologie en Ile-de-France. Les 5 projets retenus pour expérimenter un programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence ont démarré en septembre 2011. Un programme spécifique est par ailleurs engagé en faveur des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer, visant deux objectifs prioritaires : renforcer le travail conjoint des pédiatres et de la médecine adulte autour de ces jeunes et améliorer la prise en compte de leurs préoccupations personnelles relatives aux effets secondaires des traitements, à la préservation de leur fertilité, à la poursuite de leurs études et à leur réinsertion professionnelle (les 8 projets sélectionnés début 2012, sur appel à projets DGOS-INCa, seront soutenus sur 24 mois). Plus de 20 000 unités de sang de cordon ont été inscrites au total sur le registre français de sang placentaire entre 2009 et 2012, traduisant l'impact important de la structuration menée par l'agence de la biomédecine<sup>44</sup>.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : soutien de 8 projets intégrés et novateurs en faveur des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

- **La prise en charge des patients adultes atteints de cancers rares bénéficie de la mise en place progressive de centres experts nationaux** travaillant en lien avec des centres experts régionaux et des réseaux d'expertise anatomopathologique. Après une première phase de mise en place, qui s'est traduite par le soutien de 15 centres experts nationaux de référence en 2009 et 2010, un appel à projets lancé en 2011 a conduit à la création de 2 centres experts nationaux supplémentaires, l'un pour les mésothéliomes pleuraux malins et l'autre pour les cancers viro-induits chez le transplanté, bénéficiant d'un financement à hauteur de 433 350 euros (LFSS). Un nouvel appel à projets a été lancé par l'INCa en mai 2012 afin de poursuivre la mise en place de cette organisation en ciblant prioritairement les cancers rares non encore structurés : cancers du rein rares, sarcomes osseux, cancers cutanés rares, tumeurs malignes rares du système nerveux central, mélanomes de l'uvée et cancers chez les porteurs de VIH (résultats attendus début 2013). Le suivi de cette organisation se poursuit, avec la programmation d'un audit en 2013 en vue d'une labellisation de l'ensemble des centres structurés. Par ailleurs, l'INCa participe aux travaux portant sur les soins, dans le cadre du Partenariat européen de lutte contre le cancer (EPAAC), visant notamment à l'harmonisation des recommandations dans les cancers rares au niveau européen (objectif 2).

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : 17 cancers rares bénéficiant d'une organisation autour de centres experts. La finalisation du dispositif pour la prise en charge d'une vingtaine de types de tumeurs est programmée en 2013.

- **L'organisation de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer a été finalisée fin 2012, à travers le déploiement national des unités de coordination en oncogériatrie (UCOG)** avec les objectifs suivants : mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer par des décisions conjointes oncologues-gériatres, rendre cette prise en charge accessible à tous, contribuer au développement de la recherche, soutenir la formation et l'information en oncogériatrie. Sur appels à projets, 24 équipes ont été sélectionnées dans 19 régions en 2011-2012. Des antennes d'oncogériatrie (AOG) sont créées dans 4 régions non dotées<sup>45</sup>, afin de réduire les inégalités de soins et de permettre à toute personne âgée de bénéficier, si son état l'exige, d'une prise en charge oncogériatrique. De plus, l'UCOG d'Aquitaine est chargée de favoriser la prise en charge oncogériatrique dans les départements d'Outre-mer dépourvus d'unités<sup>46</sup>.

<sup>44</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 23).

<sup>45</sup> Haute-Normandie, Centre, Auvergne, Franche-Comté

<sup>46</sup> Guadeloupe, Guyane, La Réunion/Mayotte.

Par ailleurs, afin de mieux repérer les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux, l'outil « Oncodage » a été publié en avril 2012 pour identifier les patients devant bénéficier d'une consultation adaptée et/ou d'une évaluation gériatrique approfondie (EGA) avant de commencer un traitement.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : achèvement du déploiement national d'unités de coordination en oncogériatrie (UCOG).

- **Le déploiement national du dispositif de prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer a été finalisé fin 2012 (DGOS-INCa).** A l'issue de la phase pilote conduite par 6 sites en 2010-2011, dont le bilan a été publié en février 2012, 17 projets ont été retenus sur appel à projets. Ce dispositif vise à intégrer, faciliter et améliorer le suivi et la prise en charge globale, médicale et chirurgicale des personnes prédisposées héréditairement au cancer dans l'ensemble des régions.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : finalisation du déploiement national du dispositif de prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer (DGOS-INCa).

### 3.4. Permettre aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge



**Mesure 19** Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades  
Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins

Afin de permettre aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge, le Plan cancer fixe l'objectif de leur rendre accessible une information de référence sur les cancers<sup>47</sup>.

- **La plateforme d'information Cancer info**, développée par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer, a vocation à constituer un point de repère dans un environnement informationnel parfois confus et un outil au service de la relation médecin-patients. Cancer info a pour finalités d'améliorer la compréhension par les patients de leur maladie et de ses traitements et de contribuer ainsi à renforcer la qualité de leur prise en charge. La plateforme repose sur trois vecteurs d'accès : un site internet, une ligne téléphonique et des guides d'information. La campagne de communication menée en 2011 a été reconduite en novembre-décembre 2012 et la plateforme Cancer info a fait l'objet de plus de 2 millions de sollicitations au cours de l'année 2012 (appels reçus sur la ligne, visites sur la rubrique internet et guides commandés). Fin 2012, la collection des guides Cancer info compte 27 références publiées. A cette date, le guide sur la prise en charge des cancers de l'endomètre est en phase d'édition et trois documents sont en cours (cancers de la vessie, de la thyroïde et du rein). Le guide « Démarches sociales et cancer » a également été mis à jour (voir 3.5).
- **Des guides d'information ALD destinés aux patients** sont publiés par la HAS et l'INCa. Nouvelle série déclinée des guides ALD destinés aux médecins traitants (voir 3.1), ces documents d'information sont remis aux patients par leur médecin traitant<sup>48</sup>. Ils répondent à la volonté de promouvoir une information partagée entre les patients et leur médecin, sur la maladie, sa prise en charge et son suivi. Fin 2012, 22 guides sont disponibles<sup>49</sup>.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Plus de 2 millions de sollicitations de la plateforme Cancer info en 2012 (10 637 appels reçus sur la ligne, plus d'1,8 million de visites sur la rubrique internet et 232 156 guides commandés).

<sup>47</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 19).

<sup>48</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 18).

<sup>49</sup> Ils concernent les localisations suivantes : colorectal, mélanome cutané, poumon, col de l'utérus, ovaire, sein, thyroïde, voies aérodigestives supérieures, prostate, vessie, rein, foie, pancréas, système nerveux centra, lymphomes non hodgkiniens, endomètre, testicule, leucémie lymphoïde chronique, myélome multiple, œsophage, estomac, leucémie aiguë de l'adulte.

### 3.5. Améliorer la vie pendant et après le cancer



- Mesure 25** Développer une prise en charge personnalisée
- Mesure 26** Se doter des moyens nécessaires pour l'accompagnement social personnalisé
- Mesure 27** Améliorer les réponses aux situations de handicap ou de perte d'autonomie
- Mesure 28** Améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et au crédit
- Mesure 29** Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes
- Mesure 30** Créer un observatoire sociétal des cancers

L'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées pendant et après le cancer est un enjeu majeur du Plan cancer 2009-2013. En effet, si les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis de faire reculer la mortalité par cancer en France au cours des vingt dernières années, les personnes touchées par le cancer sont confrontées à de nombreuses difficultés pour préserver ou reprendre une vie sociale et professionnelle. Pour beaucoup d'entre elles, le cancer s'accompagne de séquelles liées à la maladie ou aux traitements.

Une mobilisation forte de tous les acteurs impliqués est nécessaire pour mener à bien les actions nouvelles programmées. Ainsi, **la campagne de communication sur l'image sociale des cancers**, déployée en mai 2011 par le ministère chargé de la Santé et l'INCa, vise à faire évoluer les représentations sur la maladie et les personnes touchées.

#### L'observation et la compréhension des besoins des personnes atteintes

- L'estimation du nombre de personnes qui vivent après un cancer est une donnée importante pour mobiliser les acteurs. Un nouveau rapport sur la survie a été réalisé par l'INCa, l'InVS, Francim et les Hospices civils de Lyon (voir 2.2). Les pronostics de survie varient selon la localisation du cancer et le stade au diagnostic, ainsi que selon le sexe et l'âge de la personne. Parmi les patients diagnostiqués chaque année en France, on estime qu'en moyenne **plus d'1 sur 2 seront vivants après 5 ans**. Certains types de cancer présentent des taux de survie plus élevés, mais pour d'autres les pronostics sont défavorables.
- **L'enquête relative à la qualité de vie des personnes atteintes de cancer deux ans après le diagnostic** progresse (pilotage INCa-Assurance maladie) ; les premiers résultats attendus pour 2013 permettront de mesurer les évolutions constatées depuis la précédente enquête réalisée en 2008 par la DREES (voir 2.2).
- **Le rapport « Situations de travail et trajectoires professionnelles des actifs atteints de cancer » (INCa-ARC)** a été publié fin 2012 ; il présente la synthèse des recherches menées sur la période 2007-2010 et financées sur appels à projets par l'ARC et l'INCa. Suite au nouvel appel à projets de recherches en sciences humaines et sociales sur la thématique « cancer et emploi » lancé par l'INCa, 3 projets ont été retenus en 2012 et sont financés sur une durée de 24 à 36 mois.
- **L'Observatoire sociétal des cancers**, créé sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer, s'est fixé trois missions : observer les répercussions du cancer sur les plans social et sociétal, dénoncer les inégalités induites par la maladie, proposer des solutions pour corriger ces inégalités. Son premier rapport, publié en mars 2012, met en lumière la réalité du vécu des personnes malades, au regard notamment de leurs ressources et des charges, de la vie quotidienne à domicile et des difficultés liées aux séquelles physiques et psychologiques, ainsi que de la vie professionnelle et des conditions de la reprise du travail.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Premier rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer.

## La prise en compte des conséquences sociales de la maladie et des traitements

Plusieurs mesures sont engagées pour détecter les fragilités sociales le plus tôt possible, favoriser l'accès aux droits pour les personnes atteintes et assurer une continuité de l'accompagnement social pendant et après le cancer.

- La dimension sociale du parcours des personnes atteintes est intégrée dans la démarche et les outils conçus grâce à l'expérimentation conduite dans 35 sites pilotes par des établissements de santé, associés à des médecins traitants et des équipes soignantes de proximité (voir 3.1).  
**Une fiche de détection des fragilités sociales** a ainsi été mise en place pour repérer de façon précoce les risques et orienter les personnes vers les assistantes sociales pour les guider dans leurs démarches. Le bilan réalisé à 12 mois montre que, parmi les 9 200 patients inclus, des éléments de fragilité sociale ont été détectés pour un tiers d'entre eux, qui ont bénéficié de la proposition de mesures spécifiques d'accompagnement social (32 %).  
Par ailleurs, les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après cancer (PPAC) incluent la dimension sociale. **Le contenu minimum du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC)** a été publié début 2012 par l'INCa.

► **FAIT MARQUANT 2012** : Publication du contenu minimum du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC).

- Afin de mieux prendre en compte les situations de handicap des personnes atteintes de cancer en raison de la maladie ou des conséquences des traitements<sup>50</sup>, **les coopérations entre équipes de soins et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** ont été expérimentées en 2011 par la CNSA, en partenariat avec l'INCa. Cette action spécifique, qui s'est inscrite dans le cadre de l'expérimentation des parcours personnalisés pendant et après le cancer, a été conduite dans 8 départements. Le rapport final a été publié en février 2012 ; il comporte des propositions de démarches et d'outils, issues de l'expérimentation, et destinées à l'ensemble des MDPH et des structures sanitaires prenant en charge des patients atteints de cancer. Ces outils et processus de coordination vont être déployés auprès de l'ensemble des départements.

► **FAIT MARQUANT 2012** : Rapport CNSA-INCa « Parcours personnalisés pendant et après le cancer : pratiques de coopération entre structures sanitaires et MDPH ».

- Le Plan cancer se fixe également pour objectif d'**améliorer l'accompagnement social des personnes âgées atteintes de cancer**. Les actions engagées visent à soutenir la coordination entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, pour assurer la continuité des prises en charge. Un guide des dispositifs sociaux et médico-sociaux destiné aux professionnels de santé est en cours d'élaboration par le ministère chargé des affaires sociales (direction générale de la cohésion sociale) ; sa publication est prévue en 2013. Le décloisonnement sanitaire et social est un des enjeux des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) adoptés par les agences régionales de santé, en articulation avec les schémas départementaux des conseils généraux. La sensibilisation des acteurs locaux sera aussi encouragée, notamment via une mobilisation des comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA).
- La disponibilité des **hébergements à proximité des lieux de prise en charge médicale** est encouragée *via* des appels à projets lancés par l'INCa, en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Suite aux deux appels à projets lancés en 2011 puis en 2012, 17 projets ont été retenus (10 projets sélectionnés en 2011, 7 projets en 2012). Ce type d'hébergement permet d'éviter une hospitalisation prolongée et favorise une réadaptation et un retour progressif à une vie familiale et sociale normale.

<sup>50</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 27).

## L'amélioration de l'accès aux assurances et au crédit

Pour améliorer l'accès aux assurances et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, les actions progressent pour **la réalisation des engagements pris par la nouvelle convention AERAS** signée le 1<sup>er</sup> février 2011 par l'Etat, les associations et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance.

- L'élargissement des conditions d'éligibilité au dispositif d'« écrêtement des surprimes » pour les emprunteurs à revenus modestes est à présent effectif. La nouvelle garantie invalidité, disponible depuis septembre 2011, devrait pouvoir concerner 70 % des assurés admis en 2<sup>ème</sup> catégorie invalidité sécurité sociale, selon les résultats d'une étude DSS-CNAMTS. Le site internet AERAS a été actualisé fin 2011 pour une information adaptée du public.
- En outre, la commission des études et des recherches a fait des propositions de thématiques d'études ou de recherche, en vue de faire évoluer les éléments d'appréciation du risque par pathologie. Deux des thématiques proposées relatives aux cancers doivent faire l'objet du lancement d'un marché public d'étude par l'INCa à partir de 2013.

## L'information adaptée des personnes touchées

L'amélioration de la prise en charge passe aussi par une information adaptée des personnes atteintes sur leurs droits et sur les démarches à entreprendre.

- **Une nouvelle édition actualisée du guide « démarches sociales et cancer »**, dans la collection des guides Cancer Info (voir 3.4), a été publiée en mai 2012. Il recense l'ensemble des dispositifs destinés aux personnes atteintes de cancer et les droits dont elles disposent.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Nouvelle édition actualisée du guide Cancer Info « démarches sociales et cancer ».

- **Un état des lieux des dispositifs mobilisables pour le retour et le maintien dans l'emploi** est en cours d'élaboration, sous le pilotage du ministère chargé de l'emploi (DGEFP) avec l'ensemble des acteurs institutionnels impliqués et les associations de patients et d'usagers (Ligue, CISS). Il permettra d'enrichir les outils et supports d'information mis à la disposition des patients, les professionnels et les employeurs (Cancer Info, Santé Info droits, site [www.travailler-mieux.gouv.fr](http://www.travailler-mieux.gouv.fr), etc).
- Pour une information de proximité, **un annuaire de tous les professionnels du secteur social** sera mis à la disposition des personnes atteintes de cancer dans chaque département ; un modèle commun a été élaboré par la Ligue nationale contre le cancer et fait l'objet d'une expérimentation dans 15 départements<sup>51</sup>.

▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Expérimentation de l'annuaire du secteur social conduite dans 15 départements, sous le pilotage de la Ligue nationale contre le cancer.

<sup>51</sup> Voir partie II du rapport (fiche mesure 26).



## Partie II

# Données de pilotage des 30 mesures du Plan cancer 2009-2013

au 31 décembre 2012

- Indicateurs des 6 mesures « phare »
- Synthèse de l'exécution financière \*
- Récapitulatif de l'état d'avancement des actions
- Suivi des mesures du Plan cancer

Axe 1 : Recherche

Axe 2 : Observation

Axe 3 : Prévention et dépistage

Axe 4 : Soins

Axe 5 : Vivre pendant et après le cancer

- Exécution budgétaire détaillée \*

\* L'exécution financière porte sur la période 2009-2011 ; le bilan de l'exécution 2012 sera disponible en mars 2013.

## Indicateurs des 6 mesures "phare"

### ► Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Indicateurs de réalisation	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Nombre de sites de recherche intégrée sur le cancer labellisés	8	31/12/2012	5	2 premiers SIRIC labellisés en juin 2011, puis 6 autres sites en 2012
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (par rapport à 2008)	63 %	31/12/2012	50 %	21 750 patients inclus en 2008 34 067 patients inclus en 2010 35 390 patients inclus en 2011

### ► Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

Indicateurs de réalisation	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Part du budget de recherche sur les risques environnementaux et comportementaux	12 %	31/12/2012	15 %	35 projets retenus en 2012
Nombre de programmes de séquençage complet initiés par la France	4	31/12/2012	5	programmes cancer du foie, cancer du sein, cancer de la prostate, sarcome d'Ewing

### ► Mesure 6 : Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie

Indicateurs de réalisation	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Nombre de publications du rapport « Situation du cancer en France »	4	31/12/2012	5	rapport actualisé et publié chaque année depuis 2009
Nombre d'indicateurs produits et diffusés sur le Portail des données du cancer	392	31/12/2012	400	Portail ouvert depuis le 17 octobre 2011 sur <a href="http://www.e-cancer.fr">www.e-cancer.fr</a>

► **Mesure 14 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage**

Indicateurs de réalisation	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	52,7 %	31/12/2012	65 %	taux de participation pour l'année 2011 délivré par l'InVS
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	32 %	31/12/2012	60 %	données InVS ; taux calculé sur la période 2010-2011 dans l'ensemble des départements
Part des départements ayant un taux de participation au dépistage organisé cancer du sein < 50 %	22 %	31/12/2012	0 %	pour l'année 2011 - source : InVS

► **Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades**

Indicateurs de réalisation	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de diffusion du Programme Personnalisé de Soins	31 %	31/12/2012	80 %	données de remise du PPS issues des tableaux de bord des RRC au 31/12/2011

► **Mesure 25 : Développer une prise en charge sociale personnalisée**

Indicateurs de réalisation	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de couverture du Programme personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)	-	31/12/2012	50 %	déploiement à l'issue des expérimentations (30 % des patients ont reçu un PPAC dans les 35 sites pilotes)

## Synthèse de l'exécution budgétaire du Plan

Financier	Budget 2009-2013 du Plan	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	682 848 000 €	253 646 769 €	37,1 %	298 634 000 €	84,9 %
PLFSS (FNPEIS)	563 400 000 €	254 028 794 €	45,1 %	300 000 000 €	84,7 %
PLFSS (FICQS)	1 900 000 €	0 €	0,0 %	300 000 €	0,0 %
PLFSS (DGS)		11 023 505 €			
INCa	388 265 000 €	185 588 970 €	47,8 %	214 107 000 €	86,7 %
Inserm		17 679 488 €			
DGS	205 318 000 €	116 384 529 €	56,7 %	118 918 000 €	97,9 %
DGCS	3 800 000 €	0 €	0,0 %	600 000 €	0,0 %
INPES	63 900 000 €	31 864 567 €	49,9 %	38 340 000 €	83,1 %
InVS	23 298 000 €	9 376 982 €	40,2 %	13 146 000 €	71,3 %
CNSA	6 400 000 €	8 949 €	0,1 %	1 400 000 €	0,6 %
MESR	6 285 000 €	0 €	0,0 %	2 131 000 €	0,0 %
DGT	175 000 €	57 785 €	33,0 %	125 000 €	46,2 %
<b>Total</b>	<b>1 945 589 000 €</b>	<b>879 660 338 €</b>	<b>45,2 %</b>	<b>987 701 000 €</b>	<b>89,1 %</b>

*Les dépenses des ministères s'entendent hors subventions de fonctionnement versées aux opérateurs participant également au financement du Plan (INCa, INPES, InVS, Inserm)*

## Synthèse de l'exécution budgétaire 2011

Financier	Budget de la période 2011	Réalisé 2011	Taux d'exécution 2011
PLFSS (DGOS)	157 557 000 €	117 325 569 €	74,5 %
PLFSS (FNPEIS)	118 000 000 €	83 318 413 €	70,6 %
PLFSS (FICQS)	300 000 €	0 €	0,0 %
PLFSS (DGS)		8 823 505 €	
INCa	92 742 000 €	70 240 648 €	75,7 %
Inserm		17 679 488 €	
DGS	40 900 000 €	38 700 000 €	94,6 %
DGCS	600 000 €	0 €	0,0 %
INPES	12 780 000 €	9 659 985 €	75,6 %
InVS	5 126 000 €	2 714 600 €	53,0 %
CNSA	1 400 000 €	8 949 €	0,6 %
MESR	1 445 000 €	0 €	0,0 %
DGT	50 000 €	41 126 €	82,3 %
<b>Total</b>	<b>430 900 000 €</b>	<b>348 512 283 €</b>	<b>80,9 %</b>

*Les dépenses des ministères s'entendent hors subventions de fonctionnement versées aux opérateurs participant également au financement du Plan (INCa, INPES, InVS, Inserm)*

## Récapitulatif de l'état d'avancement des actions du Plan 1/4

		Etat courant		2010				2011				2012				2013			
				T1	T2	T3	T4												
1	Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire	1.1	planning respecté																
		1.2	planning respecté																
		1.3	planning respecté																
		1.4	planning respecté																
		1.5	planning respecté																
2	Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire	2.1	planning respecté																
		2.2	planning respecté																
3	Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.	3.1	planning respecté																
		3.2	planning respecté																
		3.3	<b>réalisée</b>							/		/	/	/	/				
		3.4	planning respecté																
		3.5	planning respecté																
		3.6	planning respecté					/	/										
4	Dynamiser la recherche clinique.	4.1	retard mineur																
		4.2	planning respecté																
		4.3	planning respecté																
		4.4	planning respecté																
		4.5	planning respecté																
		4.6	planning respecté																
		4.7	planning respecté																
5	Faire de la France une référence internationale.	5.1	planning respecté																
		5.2	planning respecté																
		5.3	planning respecté																
		5.4	planning respecté																
		5.5	planning respecté																
		5.6	planning respecté																
6	Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie	6.1	planning respecté																
		6.2	planning respecté																
		6.3	planning respecté																
		6.4	planning respecté																
		6.5	planning respecté																
		6.6	retard mineur							/									

## Récapitulatif de l'état d'avancement des actions du Plan 2/4

			Etat courant	2010				2011				2012				2013				
				T1	T2	T3	T4													
7	Optimiser et développer le système de surveillance.	7.1	planning respecté																	
		7.2	planning respecté																	
8	Développer l'épidémiologie sociale des cancers.	8.1	planning respecté																	
		8.2	planning respecté																	
9	Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environmt. prof.	9.1	réalisée									/	/	/	/					
		9.2	planning respecté																	
		9.3	planning respecté																	
10	Poursuivre la lutte contre le tabac.	10.1	retard mineur																	
		10.2	retard mineur																	
		10.3	planning respecté																	
		10.4	planning respecté								/		/							
		10.5	réalisée																/	
11	Promouvoir des actions de prévention sur l'alimentation et l'activ. physique	11.1	réalisée												/	/				
		11.2	planning respecté									/	/							
		11.3	réalisée													/	/	/	/	
		11.4	planning respecté																	
		11.5	planning respecté								/									
		11.6	planning respecté									/								
		11.7	réalisée									/	/	/	/					
12	Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement	12.1	réalisée																/	
		12.2	planning respecté													/				
		12.3	réalisée																/	
		12.4	planning respecté																	
		12.5	planning respecté																	
		12.6	planning respecté																	
13	Prévenir les cancers d'origine infectieuse.	13.1	retard mineur																	
		13.2	planning respecté																	
		13.3	planning respecté																	
		13.4	retard mineur																	
14	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage	14.1	planning respecté																	
		14.2	planning respecté																	
		14.3	planning respecté																	

## Récapitulatif de l'état d'avancement des actions du Plan 3/4

			Etat courant	2010				2011				2012				2013			
				T1	T2	T3	T4												
15	Améliorer la structuration des programmes nationaux de dépistage organisé	15.1	retard majeur																
		15.2	retard mineur																
16	Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage	16.1	réalisée									/			/				
		16.2	retard mineur																
		16.3	retard majeur		/														
		16.4	planning respecté																
		16.5	planning respecté																
		16.6	retard mineur																
17	Assurer la veille scientifique et améliorer la connaissance sur détect. précoce	17.1	retard mineur																
		17.2	planning respecté																
		17.3	planning respecté																
		17.4	planning respecté																
18	Personnaliser la prise en charge des malades	18.1	retard mineur																
		18.2	planning respecté																
		18.3	planning respecté																
19	Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades	19.1	réalisée																
		19.2	planning respecté																
		19.3	planning respecté																
		19.4	planning respecté																
		19.5	planning respecté																
20	Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.	20.1	retard mineur																
		20.2	réalisée															/	
		20.3	réalisée															/	
21	Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations.	21.1	planning respecté																
		21.2	planning respecté																
		21.3	retard mineur																
		21.4	planning respecté																
		21.5	retard mineur																
22	Soutenir la radiothérapie.	22.1	planning respecté																
		22.2	planning respecté																
		22.3	retard mineur																

## Récapitulatif de l'état d'avancement des actions du Plan 4/4

		Etat courant		2010				2011				2012				2013			
				T1	T2	T3	T4												
23	Développer des prises en charge spécifiques	23.1	planning respecté																
		23.2	<b>réalisée</b>	/	/										/				
		23.3	<b>réalisée</b>												/				
		23.4	planning respecté																
		23.5	planning respecté																
24	Répondre aux défis démographiques des professions	24.1	planning respecté																
		24.2	planning respecté																
		24.3	planning respecté																
25	Développer une prise en charge sociale personnalisée	25.1	<b>réalisée</b>									/	/	/	/				
		25.2	<b>réalisée</b>									/	/	/	/				
		25.3	<b>réalisée</b>									/	/	/	/				
		25.4	planning respecté																
		25.5	retard majeur																
26	Se doter des moyens et outils nécessaires pour l'accompagnement social	26.1	<b>réalisée</b>	/											/				
		26.2	<b>réalisée</b>								/	/	/	/	/				
		26.3	planning respecté	/	/	/	/												
		26.4	planning respecté	/	/														
27	Améliorer les réponses aux situations de handicap ou perte d'autonomie	27.1	<b>réalisée</b>									/	/	/	/				
		27.2	<b>réalisée</b>				/	/	/			/	/	/	/				
28	Améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et crédit	28.1	retard mineur																
29	Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des pers. atteintes	29.1	retard mineur											/					
		29.2	planning respecté	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/						
		29.3	planning respecté	/	/	/	/	/	/										
30	Créer un Observatoire sociétal des cancers.	30.1	planning respecté																



## **Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013**

### **Axe 1 : RECHERCHE**

*(Fiches mesures 1 à 5)*



## Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

### Exécution budgétaire mesure 1 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	30 100 000 €	8 796 883 €	29,2 %	11 100 000 €	79,3 %
INCa	39 132 000 €	24 224 879 €	61,9 %	17 682 000 €	137,0 %
Inserm		9 727 992 €			
<b>Total</b>	<b>69 232 000 €</b>	<b>42 749 754 €</b>	<b>61,7 %</b>	<b>28 782 000 €</b>	<b>148,5 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010		2011				2012				2013					
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
1.1	Renforcer la recherche translationnelle par des financements dédiés sur appels à projets et par une politique de sites de recherche pluridisciplinaires labellisés.																
1.2	Soutenir, par l'attribution de bourses, la formation des acteurs de la santé et de la recherche à la recherche translationnelle.																
1.3	Structurer et stimuler la recherche dans les phases précoces d'essais de nouveaux médicaments anticancéreux.																
1.4	Établir des partenariats de recherche et développement entre les laboratoires internationaux et les acteurs de la recherche en cancérologie fédérés dans l'ITMO Cancer (LIR-G5-LEEM).																
1.5	Renforcer les interactions entre structures de valorisation de la recherche publique et acteurs économiques pour suivre et accompagner les projets à potentiel de dvlpt éco																

### Commentaire Global sur la mesure 1 :

1.1 - En 2012, 6 nouveaux SIRIC ont été sélectionnés, portant à 8 le nombre de sites labellisés. Les appels à projets 2012 de recherche translationnelle (INCa-DGOS) et de recherche intégrée pour le cancer sur les disciplines physique, mathématiques et sciences de l'ingénieur (Inserm-INCa) ont conduit à la sélection de nouveaux projets : cf. indicateurs. Ces 2 appels à projets sont relancés pour 2013.

1.2 - L'appel 2012 de formation à la recherche translationnelle (Inserm-INCa) a sélectionné 27 candidats et a été relancé.

1.3 - Le nombre de patients inclus par les centres de phase précoce labellisés (CLIP<sup>2</sup>) dans des essais de phase précoce progresse (près de 2 000 en 2012). Le 2ème appel à projets sur les modèles de tumeurs spontanées (Inserm-INCa) a sélectionné 4 projets. La mobilisation de scientifiques, cliniciens et vétérinaires se poursuit (2ème conférence internationale sur l'oncologie comparative en 2012 avec le NCRI anglais) et a conduit à une candidature à un projet européen.

1.4 - Les partenariats publics-privés se développent : 2 essais cliniques de phase précoce sont menés en collaboration avec le NCI américain (1ers résultats présentés au congrès international de l'American Society of Oncology) et 3 nouveaux projets ont été retenus en 2012 en collaboration avec des firmes pharmaceutiques (5 au total depuis 2011). Les 4èmes Rencontres Internationales de Recherche, réunissant industriels et équipes académiques, se sont tenues fin 2012 en présence du Premier Ministre (INCa-Aviesan et ARIIS).

1.5 - La détection et l'accompagnement des projets à potentiel de valorisation économique, (Inserm Transfert-INCa, est étendue à d'autres structures (CNRS, IGR&D, Curie cancer, SATI) dans le cadre du Consortium de valorisation thématique cancer.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 1 :**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de nouveaux projets de recherche physique et cancer financés	21	15/06/2012	projets retenus à l'AAP 2012 géré par l'Inserm
	17	31/12/2011	<i>projets retenus à l'AAP 2011 géré par l'Inserm</i>
Nombre de nouveaux projets de recherche soumis à l'AAP physique et cancer	55	31/12/2012	projets soumis à l'AAP 2013 géré par l'Inserm
	62	15/03/2012	<i>projets soumis à l'AAP 2012 géré par l'Inserm</i>
	64	30/09/2011	
Nombre de nouveaux projets de recherche translationnelle financés (AAP)	26	30/05/2012	Taux de sélectivité = 16%
	12	11/04/2011	<i>sélectivité de l'AAP 2011 = 10.2%</i>
	16	28/05/2010	<i>projets retenus sur AAP 2010</i>
	24	29/05/2009	<i>projets retenus sur AAP 2009</i>
Nombre de nouveaux projets de recherche translationnelle soumis à l'AAP	162	26/11/2012	Projets soumis à l'AAP 2013
	163	20/10/2011	<i>Projets soumis à l'AAP 2012</i>
	118	08/03/2011	<i>projets soumis sur AAP 2011</i>
	83	29/05/2010	<i>projets soumis sur AAP 2010</i>
	146	29/05/2009	<i>projets soumis sur AAP 2009</i>
Nombre de sites de recherche intégrée labellisés (SIRIC)	8	03/07/2012	8 SIRIC au total : labellisation des 2 premiers sites en juin 2011 et de 6 nouveaux sites en juillet 2012
	2	20/06/2011	<i>Labellisation des 2 premiers SIRIC à l'issue de l'évaluation des projets soumis (12 candidatures)</i>
	0	01/12/2010	<i>Publication du cahier des charges des SIRIC le 2 juillet 2010. Retour des candidatures le 10 décembre 2010. Evaluation en 2011.</i>



## Mesure 2 : Comprendre par la recherche les inégalités face au cancer pour les réduire

### Exécution budgétaire mesure 2 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	9 511 000 €	3 762 681 €	39,6 %	3 211 000 €	117,2 %
<b>Total</b>	<b>9 511 000 €</b>	<b>3 762 681 €</b>	<b>39,6 %</b>	<b>3 211 000 €</b>	<b>117,2 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010				2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
2.1	Développer des AAP récurrents de recherche pour comprendre les déterminants des inégalités face au cancer et évaluer les actions de santé publique permettant de les réduire	planning respecté																
2.2	Mobiliser les cancéropôles pour animer et développer des progr. de recherche sur les déterminants géograph. des inégalités avec les acteurs scientifiques, de santé publique et de santé.	planning respecté																

### Commentaire Global sur la mesure 2 :

2.1- Les Rencontres 2012 de l'INCa, qui se sont tenues le 4 décembre, ont été consacrées à la thématique des inégalités face au cancer. Un nouveau chapitre du rapport "Situation du cancer en France" portant sur cette thématique a été remis à l'occasion de ces Rencontres.

En 2012, 10 nouveaux projets de recherche ont été financés sur les inégalités par l'INCa (10 projets en 2011). L'appel à projets de recherche libres en sciences humaines et sociales - épidémiologie et santé publique, qui a été relancé pour 2013, comprend cette orientation spécifique. En outre, l'appel à projets lancé par l'IRESP sur "inégalités d'accès aux soins" a conduit à la sélection d'un projet en 2012.

2.2- Les correspondants des cancéropôles ont été réunis en 2012 notamment autour des thématiques "cancer et nutrition" et "qualité de vie au travail et qualité des soins" afin d'identifier des pistes communes de recherche et compléter le recensement des équipes travaillant sur la thématique de la nutrition.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 2 :**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
<b>Nombre annuel de projets de recherche sur les inégalités de santé reçus</b>	24	31/12/2012	dont 17 à l'AAP de recherche interventionnelle, 4 SHS-E-SP / ARC-INCa, 3 au PAIR Gynécologie
	50	31/12/2011	dont 21 à l'AAP libre SHS, 25 à l'AAP de recherche interventionnelle, 4 au PAIR VADS
	26	31/12/2010	dont 24 sur AAP SHS et 2 au PAIR prostate
	7	31/12/2009	sont 5 EPI et 2 SHS
	9	31/12/2008	dont 6 en SHS et 1 en épidémiologie, 1 au PAIR lymphome, 1 avec la MILDT
<b>Nombre de nouveaux projets de recherche financés sur les inégalités de santé</b>	10	31/12/2012	10 projets retenus en 2012 : 5 en recherche interventionnelle, 4 en SHS-E-SP / ARC-INCa, 1 au PAIR Gynécologie
	10	31/12/2011	10 projets retenus en 2011 : 7 sur AAP libre en SHS et 3 en recherche interventionnelle
	9	31/12/2010	9 projets retenus en 2010 : AAP libre de SHS
	4	31/12/2009	4 projets retenus en 2009 : 3 EPI et 1 SHS
	2	31/12/2008	dont 1 sur AAP libre SHS et 1 avec la MILDT
<b>Nombre d'équipes de recherche financées sur des projets inégalités de santé</b>	34	31/12/2012	dont 20 équipes pour les 5 projets de l'AAP recherche interventionnelle, 9 pour les 4 projets SHS / ARC-INCa, 5 pour le PAIR Gynécologie
	41	10/11/2011	dont 27 équipes pour les 7 projets de l'AAP libre SHS-E-SP et 14 équipes pour les 3 projets de l'AAP RI
	29	07/04/2011	29 équipes différentes pour les 10 projets retenus
	15	15/09/2010	équipes différentes pour les 9 projets financés



## Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.

### Exécution budgétaire mesure 3 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	30 221 000 €	7 223 233 €	23,9 %	10 121 000 €	71,4 %
Inserm		3 422 459 €			
<b>Total</b>	<b>30 221 000 €</b>	<b>10 645 692 €</b>	<b>35,2 %</b>	<b>10 121 000 €</b>	<b>105,2 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010		2011				2012				2013					
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
3.1	Développer une recherche en épidémiologie analytique plus réactive s'appuyant sur des sites référents.	planning respecté															
3.2	Réactiver une recherche compétitive en toxicologie, en génétique et épidémiologie moléculaire et en recherche clinique interventionnelle par des appels à projets.	planning respecté															
3.3	Renforcer le partenariat ANSES-INCa-ANR sur les actions du Programme national santé environnement PNSE2 et organiser en 2011 un colloque international	réalisée															
3.4	Mobiliser les acteurs en santé publique, santé animale (écoles vétérinaires et INRA) et environnement (ANSES) pour lancer des AAP et financer des équipes de recherche	planning respecté															
3.5	Financer de grandes cohortes nationales généralistes adossées à des collections biologiques, notamment sur AAP, en coordin. avec les autres pays européens	planning respecté															
3.6	Développer en finançant aux côtés de l'ANR des approches multidisciplinaires de la modélisation des processus biologiques complexes (biologie des systèmes).	/	/														

### Commentaire Global sur la mesure 3 :

Les actions de la mesure 3 sont partagées entre l'INCa, Aviesan cancer, l'Inserm et l'IReSP. Une stratégie de recherche en prévention, discutée avec l'ensemble des parties prenantes, a été publiée fin 2012.

3.1 et 3.2 - En 2012, 4 nouveaux projets de base clinico-biologiques ont été sélectionnés (cancers du pancreas, sarcomes, glioblastomes, carcinomes oeso-gastriques). La coordination des 9 bases retenues depuis 2011 se poursuit autour d'axes communs (gouvernance des réseaux, interopérabilité des bases de données).

3.3 - Le colloque international « Cancer et expositions environnementales » a eu lieu en 2011. La coordination sur la thématique cancer et environnement se poursuit (ANSES, Aviesan, INCa).

3.4 - Le 1er appel à projets sur la thématique cancer et environnement, géré par Aviesan cancer en collaboration avec l'INCa, a conduit à la sélection de 9 projets en 2012. Cet appel à projets est reconduit pour 2013.

3.5 - La coordination des cohortes (IReSP) est organisée autour de 2 axes pour favoriser la mutualisation : homogénéisation des mesures au sein des cohortes ; interopérabilité entre les systèmes d'information des cohortes. Un soutien nouveau au développement d'outils statistiques et méthodologiques à l'analyse des cohortes a été apporté à travers un appel à projets piloté par l'IReSP (9 projets retenus en 2012).

3.6 - En 2012, 4 premiers projets "biologie des systèmes et cancer" (Aviesan cancer-INCa) ont été sélectionnés en 2012 et l'appel à projets a été reconduit.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 3 :**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
<b>Nb nvx projets de recherche financés sur risques environnement et comportement</b>	<b>35</b>	<b>31/12/2012</b>	pour l'AAP cancer et environnement de l'INSERM, 6 pour l'AAP SHS-E-SP, 3 pour l'AAP Recherche interventionnelle, 3 pour le PHRC, 2 pour le PAIR Gynéco, 2 pour le PL Biologie)
	27	31/12/2011	27 projets retenus en 2011 (2 VADS, 1 PHRC, 9 SHS-E-SP, 1 RI, 9 ANSES, 3 CESA, 2 IR&SP)
	18	31/12/2010	18 projets retenus en 2010
	11	31/12/2009	11 projets retenus en 2009 (3 PLEPI, 3 CHC, 3 MILDT, 2 buccal)
<b>Nb projets de recherche reçus sur les risques environnement et comportement</b>	<b>81</b>	<b>31/12/2012</b>	24 pour l'AAP Cancer et environnement de l'INSERM, 20 pour l'AAP EST de l'ANSES, 10 pour l'AAP SHS-E-SP, 7 pour l'AAP Recherche interventionnelle, 7 pour le PAIR Gynéco, 6 pour l'AAP Transla, 6 pour le PL Bio, 1 pour l'AAP STIC
	123	31/12/2011	9 VADS, 6 PHRC, 23 SHS-E-SP, 7 RI, 58 ANSES, 14 CESA, 6 IR&SP
	29	31/12/2010	15 SP, 8 PHRC, 3 BIO, 3 Prostate
	27	31/12/2009	9 PLEPI, 4 CHC, 4 PLBIO, 3 PHRC, 3 MILDT, 2 buccal, 1 SHS
<b>Part du budget de recherche sur les risques environnementaux et comportementaux</b>	<b>12%</b>	<b>31/12/2012</b>	10,47 M d'euros pour les 35 projets retenus sur 2012 (INCa, ANSES, INSERM) sur total budgété pour la recherche sur le budget Plan cancer en 2012 : 83,4 M d'euros
	9%	31/12/2011	7,13 M euros pour les 27 projets retenus en 2011 (sur total budgété pour la recherche sur le budget du Plan cancer en 2011 : 75,98 M euros)
	7%	31/12/2010	3,7 M euros pour les 18 projets retenus en 2010 (sur total budgété pour la recherche sur le budget du Plan cancer : 60,6 M euros)
	4%	31/12/2009	2,3 M euros pour les 11 projets retenus en 2009



## Mesure 4 : Dynamiser la recherche clinique.

### Exécution budgétaire mesure 4 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	97 243 000 €	60 416 920 €	62,1 %	54 443 000 €	111,0 %
INCa	4 225 000 €	1 533 032 €	36,3 %	2 225 000 €	68,9 %
Inserm		123 946 €			
<b>Total</b>	<b>101 468 000 €</b>	<b>62 073 898 €</b>	<b>61,2 %</b>	<b>56 668 000 €</b>	<b>109,5 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010				2011				2012				2013			
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
4.1	Soutenir, structurer et suivre par des appels à projets nationaux compétitifs annuels la recherche clinique en cancérologie par le PHRC Cancer.	retard mineur															
4.2	Augmenter l'inclusion dans les essais cliniques en cancérologie.	planning respecté															
4.3	Prendre l'avis des comités de patients sur les protocoles de recherche clinique en articulation avec la consultation des comités de protection des personnes (CPP).	planning respecté															
4.4	Organiser le recueil d'informations entre les agences et les opérateurs de la recherche clinique et les rendre publiques.	planning respecté															
4.5	Soutenir les recherches portant sur la qualité de vie des patients pendant le cancer et après la maladie.	planning respecté															
4.6	Développer la coopération internationale dans les essais cliniques.	planning respecté															
4.7	Diffuser de manière régulière les informations relatives aux progrès de la recherche contre le cancer (cf. mesure 6).	planning respecté															

### Commentaire Global sur la mesure 4 :

4.1- Le lancement des appels à projets 2013 PHRC et STIC (DGOS-INCa) est reporté à mars 2013 (retard).  
 4.2- L'enquête sur le nombre des inclusions dans les essais cliniques en 2012 sera réalisée entre janvier et mars 2013.  
 4.3- L'action est en cours et deux nouveaux promoteurs industriels ont soumis leurs protocoles (Ligue).  
 4.4- Près de 1500 essais répertoriés sur le registre des essais cliniques (fonctionnalités développées et référencement du site)  
 4.6 - Après la labellisation de 6 inter-groupes coopérateurs français à dimension internationale en 2012, l'appel à candidatures sera relancé. Le meeting 2012 EPAAC WP8 a été organisé à Paris (INCa).  
 4.7 - Un rapport sur les avancées de la recherche clinique va être publié. La 2nde édition du Forum international de perspectives de recherche et traitement pour le cancer s'est tenu en octobre 2012 (INCa-Aviesan), intégrant les points de vue académiques, cliniques et industriels, ainsi que les aspects sociaux et éthiques.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 4 :**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de nouveaux projets de recherche clinique financés	59	30/09/2012	56 projets PHRC, 3 STIC en 2012
	66	06/06/2011	62 PHRC 2011, 4 STIC, pour 23 Millions d'euros
	61	26/05/2010	57 PHRC, 4 STIC, pour 22 Millions d'euros
	56	31/12/2009	52 PHRC, 4 STIC pour 19.5 Millions euros
	55	31/12/2008	50 PHRC, 5 STIC, pour 17,9 Millions d'euros
Nombre de nouveaux projets de recherche clinique reçus	298	31/05/2011	280 lettres d'intention PHRC, 18 STIC
	244	28/05/2010	220 lettres d'intention PHRC, 24 STIC
	235	31/12/2009	210 lettres d'intention PHRC, 25 STIC
	200	31/12/2008	170 dossiers soumis PHRC, 30 STIC
programmes de coopération internationale en recherche clinique	2	08/12/2010	1 accord signé le 31/03/2010 avec le NCI/CTEP 1 accord signé avec la Fondation ARCAD le 27/05/2010
Taux de promoteurs ayant soumis leurs protoc. d'essais clin. aux comités patient	37%	31/05/2011	Nombre de promoteurs cible de l'enquête: 49 Nombre de promoteurs d'essais cliniques ayant soumis leurs protocoles à l'avis des comités des patients: 18
	37%	21/05/2010	Nb promoteurs cible de l'enquête : 49 Nombre de promoteurs d'essais cliniques ayant soumis leurs protocoles à l'avis des comités de patients : 18
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (p/2008)	63%	29/05/2012	Nb de patients inclus en 2011 : 35390
	57%	18/05/2011	Nb de patients inclus en 2010 : 34067 patients, nb de patients inclus en 2008 : 21745.
	29%	30/06/2010	Nb de patients inclus en 2009 : 28.200 (mise à jour au 30/6/2010) ; nb de patients inclus en 2008 : 21.751 - Taux d'augmentation : (28200-21751)/21751=29,7%
	27%	21/05/2010	enquête 2008 : 21.751 patients inclus enquête 2009 : 27.700 patients inclus



## Mesure 5 : Faire de la France une référence internationale.

### Exécution budgétaire mesure 5 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	152 855 000 €	74 416 162 €	48,7 %	91 453 000 €	81,4 %
Inserm		4 405 091 €			
<b>Total</b>	<b>152 855 000 €</b>	<b>78 821 253 €</b>	<b>51,6 %</b>	<b>91 453 000 €</b>	<b>86,2 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011				2012				2013				
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
5.1	Élaborer les modifications de structuration nécessaires à l'harmonisation de la program.et du financ. des recherches sur le cancer et établir une concertation annuelle avec les partenaires	planning respecté															
5.2	Soutenir l'effort de structuration et d'animation régionale et interrégionale des cancéropôles	planning respecté															
5.3	Maintenir le niveau de financement de la recherche sur projets libres à l'initiative des investigateurs sur des progr. de 4 -5 ans à 50% des AAP de recherche de l'INCa.	planning respecté															
5.4	Soutenir le programme de génomique du cancer dans le cadre du Consortium international de génomique du cancer (ICGC).	planning respecté															
5.5	Développer la coopération internationale en recherche et santé publique contre le cancer en mobilisant le MAE, l'INCa, l'IRD et l'ANRS, notamment sur formation médic. et paraméd.	planning respecté															
5.6	Renforcer la capacité à mesurer la productivité scientifique résultant des programmes de recherche.	planning respecté															

### Commentaire Global sur la mesure 5 :

5.1 - La coordination entre l'INCa, l'Inserm et l'ANR s'effectue dans le cadre des programmes d'actions communs.

5.2 - Suite à la labellisation des cancéropôles en 2011, les groupes de travail se poursuivent avec l'INCa sur de nombreux sujets, notamment un annuaire des équipes en cancérologie, l'analyse bibliométrique des interactions entre cancéropôles, la recherche clinique, les sciences humaines et sociales et l'animation scientifique.

5.4 - Les 2 projets du programme ICGC pilotés par l'INCa sur les cancers du foie et du sein se poursuivent ; les 1ers résultats sur le cancer du foie ont été publiés. Les 2 programmes suivants sont pilotés par l'Inserm : le séquençage d'échantillons de tumeurs prostatiques est en cours; les échantillons pour le programme sur le sarcome d'Ewing sont en cours de sélection.

5.5 - Une étape majeure a vu son aboutissement avec la signature d'un accord de coopération avec le ministère de la Santé de Côte d'Ivoire. Un atelier d'envergure a été organisé par l'AIEA, avec le soutien de l'INCa, rassemblant 5 pays francophones de la sous région ouest africaine pour l'élaboration d'une stratégie globale de lutte contre le cancer dans ces pays.

A la suite de la conférence 2012 INCa-NCI, les échanges ont permis d'élaborer des priorités d'actions pour 2013 et de rapprocher des stratégies internationales entre le NCI et l'INCa, mais aussi en lien avec des structures africaines (AORTIC).

5.6 - Les études réalisées sur la période 2001-2009 (OST avec INCa et Aviesan cancer) montrent que la visibilité de la France progresse de 23% dans le domaine du cancer, contre 12% dans l'ensemble du domaine biomédical. Selon l'étude sur l'activité technologique dans le domaine du cancer, mesurée par les brevets, la part de la France progresse de 2% à 34% sur la période. Un projet d'Observatoire des investissements de recherche sur le cancer est en cours (projet HELIOS : INCa-Aviesan).

**Indicateurs de réalisation de la mesure 5 :**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre d'actions impliquant l'INCa dans des programmes de coopération	6	31/12/2012	Côte d'Ivoire (2012-2015), Sénégal (2011-2014), AIEA (2011-2014), Mauritanie (2011-2014), Thaïlande IRD (2011-2013), IRD (2010-2013)
	6	31/12/2011	Sénégal (2011-2014), AIEA (2011-2014), Mauritanie (2011-2014), Thaïlande IRD (2011-2013), IRD (2010-2013), INCTR (2010-2012)
	5	30/09/2011	AIEA (2011-2014), Mauritanie (2011-2014), Thaïlande IRD (2011-2013), IRD (2010-2013), INCTR (2010-2012)
	4	31/03/2011	Mauritanie (2011-2014), Thaïlande IRD (2011), IRD (2010-2013), INCTR (2010-2012)
	3	31/12/2010	INCTR (2010-2012), IRD (2010-2013), Tunisie (2009-2011)
	1	01/06/2010	Accord Tunisie (2009-2011)
Nombre de programmes de séquençage complet initiés par la France	4	30/09/2012	le 4ème programme est initié sur le sarcome d'Ewing
	3	15/12/2011	le 3ème programme est initié pour le cancer de la prostate
	2	26/05/2010	Les programmes cancer du foie et cancer du sein sont engagés. 7 couples ont été séquençés pour le cancer du foie et 9 couples pour le cancer du sein
Part du financement du Plan cancer consacré aux projets de recherche libres	53,61%	28/03/2012	Sur 88.6 M euros réalisés en 2011 sur l'axe recherche (depenses INCa, Inserm, DGOS), 47,5 M ont été consacrés aux progr. libres de recherche du Plan cancer (biologie, SHS et épidémiol., rech. clinique et translationnelle)
	65,92%	31/12/2010	La part de financement du Plan cancer consacré aux projets libres de recherche en 2010 est comparable à la part 2009 (68% en 2009, 65.92% en 2010) et en accord avec les objectifs du Plan cancer.
	68%	31/12/2009	En 2009, 68% des financements de recherche ont été consacrés aux projets "libres" : biologie, SHS et épidémiol., rech. clinique et translationnelle



## Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

### **Axe 2 : OBSERVATION**

*(Fiches mesures 6 à 9)*



## Mesure 6 : Produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie

### Exécution budgétaire mesure 6 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	2 480 000 €	711 307 €	28,7 %	1 856 000 €	38,3 %
INPES	300 000 €	328 889 €	109,6 %	150 000 €	219,3 %
<b>Total</b>	<b>2 780 000 €</b>	<b>1 040 196 €</b>	<b>37,4 %</b>	<b>2 006 000 €</b>	<b>51,9 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010				2011				2012				2013				
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
6.1	Publier un rapport de synthèse annuel des données relatives aux cancers et des principaux indicateurs de la politique de lutte contre les cancers mis à jour.	planning respecté																
6.2	Créer un portail des données du cancer, donnant accès à la synthèse des principales données pertinentes selon leur nature et leur source identifiées.	planning respecté																
6.3	Réaliser des enquêtes régulières et réaliser un baromètre cancers	planning respecté																
6.4	Réaliser un rapport sur les métiers de la cancérologie et mettre en place un tableau de bord en s'appuyant sur des groupes d'experts et des professionnels de santé.	planning respecté																
6.5	Observer les conditions de vie des malades à distance du diagnostic des cancers.	planning respecté																
6.6	Mieux documenter et publier les informations sur les cancers de l'enfant, notamment les leucémies	retard mineur																

### Commentaire Global sur la mesure 6 :

6.1 et 2- L'édition 2012 du rapport "Situation du cancer en France" intègre les données mises à jour et un contenu enrichi ; le rapport est publié en janvier 2013 (INCa). L'ensemble des informations sur le cancer et la cancérologie est rendu accessible sur le Portail des données du cancer, sur e-cancer.fr.

6.3 - Le baromètre santé cancer a été publié en juin 2012 (Inpes-INCa). De nouvelles enquêtes barométriques sur les pratiques de dépistage des publics et des médecins généralistes sont programmées en 2013.

6.4 - Le rapport INCa-ONDPS publié en février 2012 est consacré aux "Métiers liés au cancer, leur répartition et ses déterminants". La situation démographique nationale et régionale est décrite à la lumière d'une enquête sur les choix d'installation des jeunes spécialistes (oncologues médicaux, radiothérapeutes et pathologistes) et des leviers d'actions mis en oeuvre comme la filiarisation des postes ouverts aux ECN.

6.5 - La réalisation de l'enquête "Qualité de vie" progresse (pilotage INCa-Assurance-maladie ; direction scientifique et opérationnelle confiée une unité Inserm) ; la phase terrain reposant sur une enquête téléphonique en population et une enquête médicale est achevée. Les premiers résultats sont attendus en 2013.

6.6 - Les données d'incidence et de survie des cancers pédiatriques, incluant les leucémies, ont été actualisées en 2012 et publiées sur le Portail (INCa). S'agissant de la communication sur les risques (retard), l'information sera délivrée dans le cadre du guide Cancer Info "mon enfant a un cancer" réactualisé en 2013.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 6 :**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Attractivité du Portail des données du cancer (nombre de connections)	76 441	31/12/2012	76 441 visites et 210 987 pages vues au cours de l'année 2012
	17 612	31/12/2011	17 612 visites et 61 967 pages vues du 17/10/2011 au 28/12/2011
	0	01/06/2010	Une première version du Portail sera ouverte en 2011
Nombre d'indicateurs produits et diffusés sur le Portail des données du cancer	392	15/03/2012	392 indicateurs produits
	320	01/06/2011	320 indicateurs produits



## Mesure 7 : Optimiser et développer le système de surveillance.

### Exécution budgétaire mesure 7 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	19 453 000 €	12 407 128 €	63,8 %	10 637 000 €	116,6 %
InVS	20 568 000 €	7 891 683 €	38,4 %	11 406 000 €	69,2 %
<b>Total</b>	<b>40 021 000 €</b>	<b>20 298 811 €</b>	<b>50,7 %</b>	<b>22 043 000 €</b>	<b>92,1 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011			2012			2013					
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
7.1	Renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants.	planning respecté	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
7.2	Mettre en place un système multi-sources des cancers (SMSC).	planning respecté	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				

### Commentaire Global sur la mesure 7 :

7.1- Le programme de travail partenarial 2011-2013 InVS-Francim-HCL-INCa, relatif à la surveillance des cancers à partir des registres, se poursuit (accord-cadre signé le 27 mai 2011). Suite à la validation par le conseil scientifique de la nouvelle méthode d'estimation de la survie, le rapport a été élaboré et édité ; il sera rendu public au 1er trimestre 2013 lors d'une conférence de presse InVS-INCa-FRANCIM-HCL. Les méthodes d'estimation de l'incidence nationale et régionale des cancers ont été revues ; la publication est prévue en juin 2013 (sur la période 1980-2012).

Les registres ont réduit d'une année le délai de transmission des données d'incidence observée (cf indicateurs). Le stade au diagnostic est collecté de façon exhaustive (mélanome, thyroïde) ou sur échantillon (sein, côlon-rectum) à partir des cas incidents 2009.

Un colloque scientifique « Registres et politiques de santé publique », organisé les 6 et 7 décembre 2012 par l'InVS, l'Inserm (ITMO santé publique) et l'INCa, a porté sur la place des registres dans la recherche et la surveillance et leur contribution à l'évaluation des politiques de santé.

7.2- La mise en place du SMSC se poursuit, en coordination avec l'INCa et l'ASIP santé pour la constitution de la base ACP dans le cadre du projet DCC-DMP. Le premier rapport portant sur la production d'indicateurs de surveillance des cancers à partir du croisement des bases de données ALD et PMSI a été publié en avril 2012 ; il concerne 8 localisations de cancer « prioritaires » (sein, colon rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon et système nerveux central, thyroïde). La méthode est testée sur 21 localisations et une comparaison de l'indicateur issu du croisement avec les cas incidents dans la zone registre fera l'objet d'un deuxième rapport à paraître en 2013. Des indicateurs départementaux et régionaux seront produits pour certaines localisations cancéreuses.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 7 :**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb de registres ayant réduit d'1 an le délai de publication des incidences	24	01/06/2012	24 registres sur 26 ont réduit d'une année la transmission de leurs données d'incidence à la base commune des registres
	19	01/06/2011	19 registres ont réduit d'une année le délai (de n+4 à n+3)
Proportion de cancers couverts par le système bi-sources	32%	15/03/2012	8 localisations (sur 25) : thyroïde, sein, colon-rectum, col et corps de l'utérus, rein, poumon et système nerveux central
	28%	23/09/2011	7 localisations (sur 25 localisations les plus fréquentes) : sein, colon rectum, col de l'utérus, corps de l'utérus, rein, poumon, syst nerveux central



## Mesure 8 : Développer l'épidémiologie sociale des cancers.

### Exécution budgétaire mesure 8 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	1 045 000 €	30 249 €	2,9 %	835 000 €	3,6 %
<b>Total</b>	<b>1 045 000 €</b>	<b>30 249 €</b>	<b>2,9 %</b>	<b>835 000 €</b>	<b>3,6 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010				2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
8.1	Améliorer l'observation des inégalités.	planning respecté	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
8.2	Analyser les évolutions des disparités socio-spatiales des cancers.	planning respecté	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					

### Commentaire Global sur la mesure 8 :

8.1- Suite à la saisine par la DGS du HCSP sur les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine du cancer fin 2010, les deux groupes de travail mis en place sur les inégalités et sur les systèmes d'information en santé poursuivent leurs travaux. Les propositions d'indicateurs sont reportées à mi 2013 pour faire évoluer l'appareil statistique afin de renseigner les indicateurs au niveau territorial (report).

8.2- Des travaux relatifs à l'analyse des disparités socio-spatiales sont engagés. Un projet de recherche d'une équipe Inserm est soutenu sur le thème «changements socio-démographiques des lieux et redistribution spatiale des taux de mortalité par cancer et sur le poids des mutations socio-démographiques de chaque lieu dans l'évolution du niveau de mortalité par cancer ». Les résultats sont attendus pour 2013.

L'appel à projet conjoint de recherche en sciences humaines et sociales et en santé publique, intégrant l'analyse des disparités socio-spatiales, même s'il n'a pas permis de sélectionner de projet portant directement sur la mortalité, à retenu en 2011 deux projets sur la survie des patients atteints d'un cancer.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 8 :**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de consultations des publications sur les disparités des cancers	9 701	30/10/2011	nombre de consultations du rapport "Situation du cancer en France en 2010 de novembre 2010 à octobre 2011
	11 325	30/11/2010	<i>nombre de consultations du rapport "situation du cancer en 2009" entre novembre 2009 et novembre 2010</i>



## Mesure 9 : Améliorer l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environmt. prof.

### Exécution budgétaire mesure 9 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
InVS	2 730 000 €	1 485 299 €	54,4 %	1 740 000 €	85,4 %
<b>Total</b>	<b>2 730 000 €</b>	<b>1 485 299 €</b>	<b>54,4 %</b>	<b>1 740 000 €</b>	<b>85,4 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010		2011				2012				2013					
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
9.1	Rendre obligatoire la déclaration des mésothéliomes.	réalisée								/	/	/	/				
9.2	Développer des travaux à partir de cohortes existantes ou en cours de constitution.																
9.3	Animer et piloter le recueil des signalements et des investigations de clusters de cancers en population générale et en milieu professionnel.																

### Commentaire Global sur la mesure 9 :

9.1- Le déploiement de la déclaration obligatoire du mésothéliome se poursuit suite à la publication du décret n°2012-47 du 16 janvier 2012. L'accompagnement du déploiement progressif dans chaque région est assuré par l'InVS.

9.2- Les études de cohortes se poursuivent, tant en population générale que dans le champ professionnel (InVS). L'inclusion dans le programme COSET va s'étendre à l'ensemble des régimes, en partenariat avec la MSA (phase pilote réalisée en 2011) et le RSI (étude pilote engagée en septembre 2012).  
Dans le cadre du programme Matgéné (InVS), une nouvelle matrice emploi-exposition a été publiée en février 2012 portant sur les fibres céramiques réfractaires. Elle s'ajoute aux 2 matrices élaborées en 2010-2011 (silice et amiante) et aux 6 matrices publiées en 2009. La construction d'autres matrices est prévue d'ici 2013 (notamment solvants oxygénés - sauf éthers de glycol, formaldéhyde, fluides de coupe, travail de nuit, poussières de bois, plomb, HAP). Un portail dédié à l'évaluation des expositions a été mis en place en 2011 par l'InVS (Exp-Pro).

9.3- Afin d'organiser le signalement d'événements sanitaires inhabituels en milieu de travail, le dispositif d'alerte en santé travail a été élargi à 5 régions depuis 2011 (InVS-ARS Cire). Une base de données multirégionale des signaux est en cours d'élaboration. Les actions relatives à l'amélioration du recensement des cancers d'origine professionnelle et à l'élaboration de recommandations de bonne pratique pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés aux CMR sont pilotées par la DGT (cf. mesure 12).

**Indicateurs de réalisation de la mesure 9 :**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de matrices emplois-expositions réalisées dans l'année	1	01/03/2012	Une matrice fibres céramiques réfractaires publiée début 2012 (prog. Matgéné)
	2	01/12/2010	Une matrice silice et une matrice amiante viennent compléter les 6 matrices publiées en 2009
	6	01/06/2010	En 2009, publication de 5 matrices solvants chlorés (trichloréthylène, perchloréthylène, tétrachlorure de carbone, chlorure de méthylène, chloroforme) et d'une matrice pesticides arsenicaux: (prog. Matphyto)
Nombre de mésothéliomes déclarés dans l'année (déclaration obligatoire)	441	31/12/2012	Dénombrement effectué à partir de janvier 2012 (publication du décret le 16 janvier). Montée en charge progressive pour un déploiement national.
	0	15/03/2012	Mise en place de la déclaration obligatoire début 2012 (à noter que le programme national de surveillance du mésothéliome a permis de recenser 2030 cas en 2006)



## **Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013**

### **Axe 3 : PREVENTION ET DEPISTAGE**

*(Fiches mesures 10 à 17)*



## Mesure 10 : Poursuivre la lutte contre le tabac.

### Exécution budgétaire mesure 10 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	171 400 000 €	46 120 079 €	26,9 %	79 000 000 €	58,4 %
DGS	8 000 €	8 000 €	100,0 %	8 000 €	100,0 %
INPES	49 900 000 €	24 686 364 €	49,5 %	29 940 000 €	82,5 %
<b>Total</b>	<b>221 308 000 €</b>	<b>70 814 443 €</b>	<b>32,0 %</b>	<b>108 948 000 €</b>	<b>65,0 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010		2011				2012				2013				
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
10.1 Réduire l'attractivité des produits du tabac.	retard mineur															
10.2 Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique.	retard mineur															
10.3 Rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac.	planning respecté															
10.4 Mettre en oeuvre les mesures de protection des mineurs face au tabagisme adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».	planning respecté															
10.5 Aboutir à l'interdiction de la vente des produits du tabac par Internet par la signature d'un protocole additionnel à la convention cadre lutte antitabac en 2011.	réalisée															

### Commentaire Global sur la mesure 10 :

10.1- Les avertissements graphiques sont en vigueur pour les cigarettes et les autres produits du tabac. L'arrêt de la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sports mécaniques à la télévision nécessite un vecteur législatif qui n'a pas encore été pris (retard).

10.2- Le triplement du forfait TSN pour les femmes enceintes a été mis en place en septembre 2011, mais non étendu aux bénéficiaires de la CMU (retard).

Un nouveau site Tabac Info Service a été lancé et une campagne de rappel des appelants de la ligne téléphonique a été menée en novembre (Inpes). Les recommandations de la HAS « Aide à l'arrêt de l'usage de tabac » devraient être publiées mi 2013.

10.3- Le baromètre cancer publié en 2012 comprend un chapitre tabac. Les données d'enquête ESCAPAD, ESPAD et HBSC sur la consommation de tabac des jeunes montrent que la consommation de tabac régulière augmente chez les 16-17 ans.

10.4- Selon les études publiées sur l'effectivité des mesures prises, le décret de 2009 sur les "cigarettes bonbons" est respecté. Une circulaire a été diffusée aux préfets et ARS pour renforcer le contrôle de l'application des dispositions prises suite à la loi HPST. Les résultats de l'étude de l'OFDT sur les ventes de tabac aux mineurs sont en attente (prévus au 1er trim 2013).

10.5- Un protocole additionnel à la CCLAT a été signé à Séoul en novembre 2012. L'offre sur internet est encadrée et il est interdit de vendre du tabac au détail sur internet.

Le rapport de la Cour des Comptes sur les politiques de lutte contre le tabagisme, remis en décembre 2012, formule des recommandations notamment en faveur de la prévention, de l'aide à l'arrêt du tabac et du renforcement des contrôles sur les interdictions de vente aux mineurs ou de fumer dans les lieux publics.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 10**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Prévalence du tabagisme chez les 15-19 ans	32%	01/06/2012	Données du Baromètre santé 2010 (à paraître) / Enquête Escapad consommation quotidienne des 17 ans 31,5% en 2011 (contre 28,9% en 2008)
	32%	01/12/2011	Données du Baromètre santé 2010 (à paraître).
	32%	01/12/2010	D'après les 1ers résultats du baromètre santé 2010. Hausse non significative par rapport à 2005.
	31%	01/01/2008	D'après le baromètre santé 2005 (publié en 2008), 31% des 15-19 ans consomment du tabac quotidiennement ou occasionnellement.
Prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes	27%	01/12/2011	Echantillon de 284 femmes, données du baromètre santé 2010 (à paraître).
	24%	01/12/2010	pas d'évolution significative entre 2005 et 2010, compte tenu des faibles effectifs interrogés (284 femmes en 2010, 259 en 2005)
	21%	01/01/2008	source : baromètre santé 2005 (publié en 2008). Taux à interpréter avec précaution compte tenu de l'effectif : 259 femmes interrogées.
Prévalence du tabagisme chez les personnes bénéficiaires de la CMU	42%	31/12/2011	source : baromètre santé 2010 (à paraître), sur les 11,1% déclarant bénéficier de la CMU. Attention : problème de compréhension de la question posée (retour enquêteurs).
	36%	31/12/2008	source : baromètre nutrition 2008. A interpréter avec précaution : enquête téléphonique sur postes fixes (portables plus utilisés par les pers. bénéficiaires de la CMU).
Prévalence du tabagisme (population générale)	31%	31/12/2011	31,6% des 15-85 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac. Données du Baromètre santé 2010 (à paraître).
	29%	31/12/2008	En 2008, 29,7% des 15-75 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac.



## Mesure 11 : Promouvoir des actions de prévention sur l'alimentation et l'activ. physique

### Exécution budgétaire mesure 11 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	1 800 000 €	846 715 €	47,0 %	1 600 000 €	52,9 %
INPES	1 200 000 €	284 316 €	23,7 %	750 000 €	37,9 %
<b>Total</b>	<b>3 000 000 €</b>	<b>1 131 031 €</b>	<b>37,7 %</b>	<b>2 350 000 €</b>	<b>48,1 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011				2012				2013				
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
11.1	Informer les élus et fonctionnaires territoriaux sur les liens entre nutrition et cancers et sur le rôle de l'activité physique dans leur prévention.	réalisée															
11.2	Soutenir des études sur freins ou difficultés du dvlpt d'une pratique d'activité physique, perçus par les habitants et les professionnels (architectes, urbanistes, anim. sport. et sociocult.).	planning respecté	/	/						/							
11.3	Promouvoir des actions de sensibilisation sur l'activité physique auprès des futurs retraités, auprès des employeurs et des comités d'entreprise.	réalisée								/	/	/	/				
11.4	Améliorer la connaissance sur le risque nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes de cancer.	planning respecté															
11.5	Préciser sur les contenants de boissons alcooliques la quantité d'alcool contenue afin de faciliter l'estimation de sa consommation.	planning respecté															
11.6	Renforcer les aides aux personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool.	planning respecté															
11.7	Mettre en oeuvre les mesures de la loi HPST pour limiter l'offre d'alcool pour les mineurs ds les points de vente de carburant et les dispositions relatives aux « happy hours » et à la pub. encadrée sur Internet.	réalisée	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				

### Commentaire Global sur la mesure 11 :

11.1 à 4 - Un nouveau site internet « Activité physique, des communes s'engagent, pourquoi pas la vôtre » a été lancé fin 2012 (INCa-Inpes). Une fiche repère activité physique et cancer a été publiée par l'INCa. Un guide pour la préparation à la retraite est diffusé par l'Inpes.

11.6 - Une évolution du dispositif téléphonique et internet "Alcool info service" est en cours (Inpes). Le renforcement des moyens des CSAPA se poursuit progressivement (sans financement spécifique ONDAM dans le cadre du Plan cancer).

11.5 et 7 - Les mesures prévues par la loi HPST pour limiter l'offre d'alcool ont été prises ; une étude sur le respect de l'interdiction de vente aux mineurs est prévue en 2012. Un travail technique a été engagé par la DGS avec l'Inpes sur les modalités de l'indication des quantités d'alcool sur les contenants des boissons.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 11**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de projets financés par l'INCa sur les risques nutrition	15	31/12/2012	15 projets sur la thématique nutrition retenus en 2012 sur appels à projets de l'INCa
	27	13/12/2011	2 projets supplémentaires retenus en 2011 (recherche interventionnelle)
	25	27/05/2011	projets financés par l'INCa sur la thématique nutrition (nutrition, alimentation, obésité, activité physique, alcool) pour l'année 2011
	10	07/12/2010	
	6	31/12/2009	projets financés suite à des appels à projets INCa sur la thématique nutrition (mots clés: nutrition, alimentation, obésité, activité physique, alcool), pour l'année 2009
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool	12,70%	01/09/2010	parmi les 15-85 ans (source : baromètre santé 2010, à paraître)
	14%	31/12/2005	part des consommateurs quotidiens d'alcool (déclaré sur les 12 derniers mois) parmi les plus de 15 ans donnée du baromètre santé (publié tous les 5 ans)
Taux de perception des liens entre alimentation et cancer	86%	01/12/2011	importance du rôle de l'alimentation (très et plutôt important) dans la survenue du cancer: baromètre cancer 2011 (question différente du baromètre nutrition)
	72%	31/12/2008	part des personnes estimant que l'alimentation peut avoir un impact sur la survenue de cancer donnée du baromètre santé nutrition 2008 (tous les 5 ans)



## Mesure 12 : Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement

### Exécution budgétaire mesure 12 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	375 000 €	346 375 €	92,4 %	250 000 €	138,6 %
INPES	12 500 000 €	6 564 998 €	52,5 %	7 500 000 €	87,5 %
DGT	175 000 €	57 785 €	33,0 %	125 000 €	46,2 %
<b>Total</b>	<b>13 050 000 €</b>	<b>6 969 158 €</b>	<b>53,4 %</b>	<b>7 875 000 €</b>	<b>88,5 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010				2011				2012				2013			
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
12.1	Améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle.	réalisée															
12.2	Effectuer des contrôles renforcés de l'applic. des réglementations ds ttes les entrep. en ciblant sur les cancérigènes les plus utilisés et faire évoluer la réglementation.	planning respecté															
12.3	Élaborer pr les médecins du travail et médecins traitants des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR.	réalisée															
12.4	Expérimenter et évaluer l'intérêt de la mise en place de consult. spécifiques « cancer professionnel » pour améliorer le diagnostic des étiologies et la déclaration des cancers prof.	planning respecté															
12.5	Renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV.	planning respecté															
12.6	Mieux informer sur les risques liés au radon dans l'habitat.	planning respecté															

### Commentaire Global sur la mesure 12 :

12.1 à 4- Plusieurs nouveaux dispositifs contribuent à améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle, notamment la fiche d'exposition au facteurs de pénibilité, rendue obligatoire depuis le 1er février 2012 pour tous les travailleurs concernés. La DGT conduit une politique de promotion du nouveau dispositif mis en place. L'Inspection du Travail a mené 3 campagnes de contrôles en 2010-2011 (radioprotection, risques chimiques, risques routiers). Les recommandations de bonne pratique élaborées par la SFMT sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés aux cancérigènes de la vessie ont obtenu en mars 2012 le label conjoint HAS-INCa.

12.5- Suite aux rapports d'expertise sur les risques de cancers liés aux UV artificiels et solaires publiés par l'INCa en 2010 et 2011, le ministère chargé de la santé a saisi la HAS pour évaluer la dangerosité de la pratique des UV en cabine (rapport en attente : retard) et un décret renforçant la réglementation des appareils UV va être publié.

12.6- Concernant le radon, la publication d'un décret d'application de la loi HPST encadrant les mesures, les diagnostics et les travaux, est reportée à 2013. Un colloque sur le radon, co-organisé ARS Bretagne-DGS-INCa, s'est tenu le 20 mars 2012.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 12**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS	3	01/06/2012	1 nouvelle recommandation pour la surveillance des travailleurs exposés aux cancérogènes de la vessie (SFMT - label HAS-INCa)
	2	01/06/2011	1 nouvelle recommandation pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois
	1	01/12/2010	recommandation relative au suivi post-professionnel après exposition à l'amiante (publiée en avril 2010)
Nombre de cancers d'origine professionnelle indemnisés	1 773	31/12/2011	pour l'année 2010 - principales causes : amiante (1473), poussières de bois (74), goudrons , huiles et brais de houille (63) et benzène (41)
	1 830	31/12/2010	pour l'année 2009 (1 567 dus à l'amiante, 71 aux poussières de bois, 44 au benzène)
Taux de documents uniques d'évaluation des risques réalisés par les entreprises	70%	30/06/2010	campagnes de contrôle : radioprotection (72%), réparation automobile (64%), nettoyage (75%)
	60%	31/12/2009	pourcentage des entreprises ayant présenté le document unique obligatoire lors des contrôles effectués en 2009
Taux de fiches d'exposition aux risques réalisées par les entreprises	22%	30/06/2010	campagnes de contrôle : radioprotection (51%), réparation automobile (5%), nettoyage (9%)
	5%	31/12/2009	pourcentage de fiches d'exposition par salarié présentées par les entreprises lors des contrôles effectués en 2009



## Mesure 13 : Prévenir les cancers d'origine infectieuse.

### Exécution budgétaire mesure 13 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	1 300 000 €	25 979 €	2,0 %	750 000 €	3,5 %
<b>Total</b>	<b>1 300 000 €</b>	<b>25 979 €</b>	<b>2,0 %</b>	<b>750 000 €</b>	<b>3,5 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010		2011				2012				2013				
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
13.1	Améliorer les taux de couverture vaccinale contre le HPV des jeunes filles de 14 ans.	retard mineur															
13.2	Contribuer à la mise en oeuvre des mesures du plan de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012.	planning respecté															
13.3	Élaborer des doc. d'info pr les médecins pour améliorer le dépistage de pers. présentant une infection chronique à Helicobacter pylori, à l'origine de certains cancers de l'appareil digestif.	planning respecté	/														
13.4	Favoriser la prévention par une détection précoce et la prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).	retard mineur	/														

### Commentaire Global sur la mesure 13 :

13.1- L'effort d'information sur la vaccination anti-HPV à destination des jeunes filles et de leurs parents, et sur le frottis cervico-utérin pour les femmes de 25 à 65 ans, s'est traduite en 2012 par le maintien de la diffusion d'outils d'information, en particulier dans les départements pilotes.  
La proposition de prise en charge des vaccins anti-HPV administrés dans les centres de vaccination par l'assurance maladie, déjà proposée au PLFSS 2012, n'a pas été retenue dans le cadre de la préparation du PLFSS 2013 (retard).

13.2- L'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012 a été confiée au HCSP, dont l'avis est attendu pour 2013.

13.3- Concernant la prévention du cancer de l'estomac, des documents d'information pour améliorer l'application de la recommandation relative au dépistage de l'infection à Helicobacter pylori (HP) dans les populations à risque de cancer de l'estomac ont été élaborés par l'INCa en collaboration avec les sociétés savantes concernées. Leur diffusion aura lieu au début de l'année 2013 à destination des médecins généralistes, des gastroentérologues, des oncologues et chirurgiens digestifs ainsi que des patients atteints de cancers de l'estomac.

13.4 - Un dispositif d'information sur la prévention du cancer anal chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) a été mis en place par l'INCa en mars 2012. Il se traduit par la mise à disposition de documents d'information, élaborés avec les sociétés savantes et les associations, visant à promouvoir un suivi proctologique pour certains patients plus à risque de cancer de l'anus. Certains de ces documents ont été conçus pour les PVVIH (un document tout public et l'autre destiné aux hommes homosexuels), d'autres pour les proctologues et gastroentérologues. L'évaluation d'impact de ces documents a été reportée à mi 2013 (retard).

De plus, afin de mieux promouvoir et accompagner le sevrage tabagique auprès des PVVIH, deux projets soumis à l'appel à projets INCa 2012 ont été retenus et recevront un financement.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 13**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
<b>Taux de compliance au schéma vaccinal HPV des jeunes filles de 16 ans</b>	<b>72,80%</b>	<b>31/12/2011</b>	La compliance au schéma vaccinal des jeunes filles de 16 ans a diminué en 2011. De 2008 à 2009 la tendance était à la hausse. Ceci est le reflet d'une baisse de la vaccination HPV en 2011.
	77,40%	31/12/2010	
	75,30%	31/12/2009	
	76,80%	31/12/2008	<i>ce pourcentage n'intéresse que les jeunes filles du régime général</i>
<b>Taux de couverture vaccinale HPV des jeunes filles de 16 ans</b>	<b>31,20%</b>	<b>31/12/2011</b>	La couverture vaccinale en 2011 des jeunes filles de 16 ans est légèrement à la baisse.
	33,40%	31/12/2010	
	28,90%	31/12/2009	
	27,70%	31/12/2008	



## Mesure 14 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage

### Exécution budgétaire mesure 14 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	27 650 000 €	20 131 458 €	72,8 %	14 450 000 €	139,3 %
DGS	1 300 000 €	0 €	0,0 %	900 000 €	0,0 %
<b>Total</b>	<b>28 950 000 €</b>	<b>20 131 458 €</b>	<b>69,5 %</b>	<b>15 350 000 €</b>	<b>131,1 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010				2011				2012				2013				
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
14.1	Favoriser l'adhésion et la fidélisation dans les programmes de dépistage et réduire les écarts entre les taux de participation	planning respecté																	
14.2	Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage (socio-économiques, culturelles, territoriales)	planning respecté																	
14.3	Favoriser l'accès aux examens adaptés aux niveaux de risques	planning respecté	/	/	/														

### Commentaire Global sur la mesure 14 :

14.1 - L'étude lancée pour identifier les facteurs prédictifs et déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux programmes de dépistage organisé des cancers du sein et cancer colorectal est en cours (phase 2 relative à l'analyse rétrospective des bases de données des structures de gestion).

La campagne Octobre rose en faveur du dépistage organisé du cancer du sein a été menée en 2012 par le ministère chargé de la santé, l'INCa et les organismes d'assurance-maladie, invitant les femmes à réfléchir à leur pratique de dépistage et prenant en compte les débats sur le dépistage.

Des études récentes ont apporté des estimations sur l'impact des dépistages organisés du cancer du sein, dont les résultats ont fait l'objet de différentes publications en 2012 (numéro spécial du BEH ; travaux au niveau européen du groupe EuroScreen parus dans Journal of Medical Screening ; travaux d'un groupe indépendant d'experts mandaté par le National Health Service au UK paru dans le Lancet).

14.2- L'expérimentation de géocodage des bases de données relatives aux programmes nationaux de dépistage organisé des cancers a été lancée sur 23 départements dont ceux de 3 régions complètes (Ile de France, Rhône-Alpes, Picardie) et 6 départements isolés.

Dans le cadre de l'appel à projets 2012 portant prioritairement sur la lutte contre les inégalités face aux dépistages des cancers, ainsi que sur l'implication des médecins traitants et des professionnels de santé, 8 projets ont été sélectionnés (sur 18 soumis).

Les résultats de l'enquête menée par l'INCa auprès des structures de gestion en 2012 pour recenser les actions mises en place pour lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage, est en cours de traitement (52 réponses sur 89 structures sollicitées). La base de données de l'ensemble des actions décrites est en construction, en vue de les valoriser auprès de l'ensemble des acteurs, d'assurer leur partage et de favoriser leur éventuelle mutualisation entre structures de gestion.

Deux journées de restitution des projets financés par l'INCa sur la thématique des inégalités sociales de santé ont été organisées en 2012, portant respectivement sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et sur le dépistage du cancer du sein. Ces journées avaient pour objectif de valoriser les apports de ces expérimentations et de proposer des préconisations visant à améliorer l'accès et le recours au dépistage en faveur des populations précaires.

14.3 - La HAS a été saisie sur la problématique du « Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistages » et un groupe de travail est mobilisé sur cette thématique. Une journée scientifique sur le dépistage du cancer colorectal, notamment pour les risques élevés et très élevés, sera organisée par l'INCa en 2013.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 14**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Part des dépts ayant un taux de participation au DO sein < 50%	22%	01/04/2012	T3 (année 2011)
	24%	05/04/2011	T2 (année 2010)
	21%	06/04/2010	T1 (année 2009)
	21%	31/01/2009	T0 (année 2008)
Taux de couverture mammographique pour les femmes ayant la CMU /CMU-C	0%	01/06/2010	Taux encore indisponible. Requête prévue sur base sniram pour 2008 et 2009
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	32%	01/03/2012	Données InVS; Indicateur calculé sur la période 2010-2011 pour l'ensemble des départements
	34%	01/03/2011	Données InVS; Indicateur calculé sur la période 2009/2010 sur les 95 départements ayant invité au moins une fois leur population cible.
	37%	31/03/2010	source : InVS - taux calculé du 1/1/2007 au 31/12/2008 dans 18 dépts
	42%	31/01/2009	source : InVS - taux calculé au 1/10/2007 pour 19 dépts sur 23 dépts pilotes
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	52,70%	01/04/2012	T3 : taux de participation pour l'année 2011 délivré par l'InVS
	52%	04/04/2011	T2 : taux de participation pour l'année 2010 délivré par l'InVS
	52%	01/04/2010	T1 : taux de participation pour l'année 2009 délivré par l'InVS sur population INSEE recalculée
	52%	31/03/2009	T0 : taux de participation pour l'année 2008 délivré par l'InVS



## Mesure 15 : Améliorer la structuration des programmes nationaux de dépistage organisé

### Exécution budgétaire mesure 15 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	366 000 000 €	207 308 715 €	56,6 %	211 000 000 €	98,3 %
INCa	1 105 000 €	762 604 €	69,0 %	750 000 €	101,7 %
DGS	202 000 000 €	114 450 785 €	56,7 %	116 000 000 €	98,7 %
<b>Total</b>	<b>569 105 000 €</b>	<b>322 522 104 €</b>	<b>56,7 %</b>	<b>327 750 000 €</b>	<b>98,4 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010				2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
15.1	Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion appelées centres de coordination des dépistages des cancers	retard majeur	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
15.2	Améliorer le suivi des résultats du dépistage	retard mineur	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					

### Commentaire Global sur la mesure 15 :

15.1 - Un séminaire national des programmes de dépistage organisé est programmé fin janvier 2013 (DGS). Le rapport d'analyse éthique sur le dépistage organisé du cancer du sein, élaboré par le groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage, a été publié en novembre 2012, accompagné d'une synthèse. Les travaux du groupe sur le programme de dépistage organisé du cancer colorectal se poursuivent ; le rapport est prévu en 2013 (INCa).

Suite à un premier appel d'offre infructueux (retard), l'analyse de l'assurance qualité des supports d'encadrement des programmes de dépistage organisé va être lancée (le nouvel appel d'offre est clôturé et le prestataire choisi). L'analyse juridique des supports d'encadrement fera l'objet d'une prestation spécifique dont le lancement est prévu en 2013 (INCa).

Une 1ère version de synthèse de l'évaluation organisationnelle des structures de gestion (INCa) a été soumise en relecture. Suite aux commentaires des relecteurs, le rapport est en cours de révision (publication prévue en avril 2013 : retard).

Les résultats de l'enquête menée en 2012 auprès des structures de gestion pour recenser les expérimentations alternatives au processus d'invitation et de relance de la population ciblée prévu dans le cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal sont en cours de traitement (présentation des résultats et publication du rapport prévus en janvier 2013).

15.2 - La DGS a initié un projet de refonte de l'outil de remontées de données budgétaires afin d'optimiser la gestion financière par l'amélioration des procédures d'allocation budgétaire. Une analyse des besoins des acteurs nationaux et locaux, une étude des outils existants et un cahier de spécifications fonctionnelles ont été réalisés pour l'élaboration d'un nouvel outil en 2013.

L'état d'avancement des travaux sur les tableaux de bord des programmes de dépistage organisé (INCa) a été présenté en décembre 2012 à la DGS et aux différents partenaires (Assurance Maladie, InVS, Acorde). Les tableaux de bord doivent être présentés à la DGS pour envisager leur finalisation et la sollicitation pour avis des ARS par la DGS. En articulation avec l'expérimentation de géocodage (voir 14.2), une réflexion a été engagée sur la territorialisation des indicateurs retenus dans le cadre des tableaux de bord, associant les structures de gestion participant à l'expérimentation.

L'adaptation du système d'information et la mise en oeuvre de l'espace partagé suivront l'évolution de l'organisation globale du dispositif local (retard). L'outil de demande budgétaire sera interopérable dans le cadre de l'espace partagé.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 15**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb départements rendant les données agrégées exhaustives du DO colorectal	95	01/03/2011	T0: année 2011 Les départements qui n'ont pas fourni leurs données n'avaient pas le recul suffisant pour la production des données
	0	02/06/2010	AMOA en cours de validation
Nb départements rendant les données agrégées exhaustives pour le DO sein	66	04/03/2011	T0 : Année 2010 Données envoyées avant le 14/02/2011, date fixée par l'INVS
	0	02/06/2010	AMOA en cours de validation
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	32%	01/03/2012	Données InVS ; Indicateur calculé sur la période 2010-2011 pour l'ensemble des départements
	34%	01/03/2011	Données InVS. Indicateur calculé sur la période 2009/2010 sur les 95 départements ayant au moins une fois invité l'ensemble de leur population cible.
	37%	31/03/2010	source : InVS - taux calculé du 1/1/2007 au 31/12/2008 dans 18 dépts
	42%	31/01/2009	source : InVS - taux calculé au 1/10/2007 pour 19 dépts sur 23 dépts pilotes
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	52,70%	01/04/2012	T3 : taux de participation pour l'année 2011 délivré par l'InVS
	52%	01/04/2011	T2 : taux de participation pour l'année 2010 délivré par l'InVS
	52%	01/04/2010	T1 : taux de participation pour l'année 2009 délivré par l'InVS sur population INSEE recalculée
	52%	31/03/2009	T0 : taux de participation pour l'année 2008 délivré par l'InVS



## Mesure 16 : Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage

### Exécution budgétaire mesure 16 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	26 000 000 €	600 000 €	2,3 %	10 000 000 €	6,0 %
INCa	11 170 000 €	3 905 541 €	35,0 %	6 620 000 €	59,0 %
DGS	2 010 000 €	1 925 744 €	95,8 %	2 010 000 €	95,8 %
<b>Total</b>	<b>39 180 000 €</b>	<b>6 431 285 €</b>	<b>16,4 %</b>	<b>18 630 000 €</b>	<b>34,5 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010				2011				2012				2013			
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
16.1 Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers	réalisée									/			/				
16.2 Définir les modalités d'évolution vers de nouvelles techniques de dépistage et des stratégies des programmes nationaux de dépistage	retard mineur																
16.3 Déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire	retard majeur	/															
16.4 Définir les modalités techniques permettant d'exploiter pleinement les possibilités offertes par les mammographes numériques pour le dépistage du cancer du sein	planning respecté																
16.5 Étudier l'impact des nouvelles technologies de recherche du papillomavirus et de la vaccination sur l'ensemble de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus.	planning respecté																
16.6 Expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès au dépistage des femmes peu ou non dépistées	retard mineur																

### Commentaire Global sur la mesure 16 :

16.2- Les travaux de la HAS se poursuivent sur les recommandations de bonne pratique de dépistage du cancer du sein en fonction du risque pour les femmes de 40 à 49 ans et au-delà de 74 ans. Une étude médico-économique sur le dépistage du cancer du sein a été lancée (INCa) ; un appel d'offre devra être relancé en 2013 pour la réalisation de l'étude portant sur le dépistage du cancer colorectal (suite à la résiliation du marché : retard).

16.3- Les appels d'offres pour l'approvisionnement en tests immunologiques de dépistage du cancer colorectal et la sélection des centres de lecture sont en préparation par la CNAMTS (retard). Un guide d'organisation et de procédures pour la lecture des tests immunologiques est en cours d'élaboration, ainsi que des outils d'information et de formation à destination du grand public et des médecins généralistes.

16.4- Un avenant au cahier des charges national sur la dématérialisation des mammographies est en préparation.

16.5 et 6- L'étude d'écologie virale HPV dans les départements expérimentaux a été menée à son terme dans les délais prévus (CNR) ; le rapport final est prévu mi 2013. Le programme expérimental de lutte contre le cancer du col de l'utérus est prolongé jusqu'en 2013 ; le rapport intermédiaire est en cours de validation et sera publié début 2013 (retard lié aux difficultés de recueil des résultats de frottis et de livraison d'un des logiciels métier des structures de gestion).

**Indicateurs de réalisation de la mesure 16**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de dépts utilisant le test immunologique dans le DO cancer colorectal	4	30/05/2011	Un quatrième département expérimentateur : Côte d'or
	3	30/11/2010	3 départements expérimentent le test immunologique : Cantal, Cher, Allier
	0	31/12/2009	
Nombre de géotypages HPV effectués par le CNR	6 000	24/09/2012	
	3 987	02/01/2012	cible 2013 : 6 000 géotypages (réalisation sur 3 ans)
	3 573	14/09/2011	obtention de 2000 géotypages par année conforme aux prévisions de recrutement
	1 280	29/11/2010	collecte en cours dans 3 sites (Auvergne, Alsace, Centre)
	300	15/09/2010	géotypages réalisés dans les sites pilotes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus
	0	28/05/2010	contacts en cours entre CNR et cabinets de pathologie (Alsace, Auvergne)
Part des médecins traitants ayant signé les CAPI	97%	31/12/2012	Part des médecins traitant bénéficiant de la rémunération à la performance (depuis janvier 2012)
	38%	31/12/2011	T3
	36%	31/03/2011	T2 : année 2010
	30%	21/05/2010	T1 : année 2009



**Mesure 17 : Assurer la veille scientifique et améliorer la connaissance sur détect. précoce**

**Exécution budgétaire mesure 17 :**

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	11 126 000 €	3 441 701 €	30,9 %	10 110 000 €	34,0 %
<b>Total</b>	<b>11 126 000 €</b>	<b>3 441 701 €</b>	<b>30,9 %</b>	<b>10 110 000 €</b>	<b>34,0 %</b>

**Etat d'avancement des actions :**

		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
17.1	Définir une stratégie de détection précoce du cancer de la prostate	retard mineur															
17.2	Améliorer la détection précoce des cancers de la peau.	planning respecté															
17.3	Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale	planning respecté															
17.4	Prendre en compte les nouvelles opportunités de dépistage en fonction de l'évolution des connaissances et des traitements.	planning respecté															

**Commentaire Global sur la mesure 17 :**

17.1- Les recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate chez les sujets à risque ont été publiées par la HAS. Des recommandations sur l'information à délivrer aux hommes envisageant un dépistage du cancer de la prostate (intérêt des traitements locaux et de la surveillance active des cancers de la prostate) sont en préparation et seront publiées en 2013 (retard). Le travail sur les préconisations dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate pour les hommes à risques moyens suit son cours.

17.2- Les résultats de l'étude sur l'évolution des incidences selon les stades au diagnostic (indice de Breslow) des mélanomes invasifs ont été publiés (InVS). L'enregistrement exhaustif en routine de l'indice de Breslow par les registres généraux est opérationnel pour les cas diagnostiqués à partir de 2009. Une première analyse doit être réalisée en 2012 portant sur les cas 2009. Le rapport HAS-INCa sur l'impact du parcours de soins sur le diagnostic du mélanome a été validé par l'INCa et la HAS et sera publié au premier trimestre 2013.

Une fiche repère sur la détection précoce des cancers de la peau a été publiée en novembre 2011 et les documents d'information à l'attention des professionnels de santé ont été actualisés en avril 2012 (l'un pour les médecins généralistes, l'autre pour les kinésithérapeutes, infirmières). Le module de formation multimédia sur la détection précoce des cancers de la peau, disponible en ligne, intègre depuis fin 2011 d'autres contenus notamment sur les cancers cutanés d'origine professionnelle (enquête d'impact des modules d'e-learning réalisée en mars 2012 auprès des médecins généralistes).

A l'occasion de la journée nationale de prévention et de dépistage du mélanome (SNDV) le 23 mai 2012, le ministère de la Santé, l'INCa, l'Inpes, l'Anses et l'InVS ont rappelé les risques liés aux UV artificiels ou naturels (voir 12.5). Un numéro thématique du BEH (InVS) fait le point sur l'incidence et la mortalité par mélanome et l'impact de l'exposition aux UV.

17.4 L'appel à projet recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique a été lancé en octobre 2012 (sélection des projets en mai 2013).

**Indicateurs de réalisation de la mesure 17**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de recommandations publiées pour le dépistage du cancer prostate	1	01/06/2012	Rapport d'orientation sur les facteurs de risques et la pertinence du dépistage du cancer de la prostate par PSA chez les sujets à risques (HAS, avril 2012)
	0	10/12/2010	publication des 1ères recommandations prévue en 2011 (HAS)
	0	10/12/2009	T0 : lancement du groupe de réflexion sur les recommandations le 10/12/2009
Part des mélanomes diagnostiqués avec indice de Breslow 1,2 ou 3	0%	29/04/2010	T0 : présentation des 1ers résultats du rapport sur l'étude permettant la mise en place de cette indicateur



## Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013

### Axe 4 : SOINS

*(Fiches mesures 18 à 24)*



## Mesure 18 : Personnaliser la prise en charge des malades

### Exécution budgétaire mesure 18 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	15 000 000 €	0 €	0,0 %	0 €	#DIV/0
INCa	11 970 000 €	5 363 123 €	44,8 %	6 670 000 €	80,4 %
<b>Total</b>	<b>26 970 000 €</b>	<b>5 363 123 €</b>	<b>19,9 %</b>	<b>6 670 000 €</b>	<b>80,4 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011				2012				2013				
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
18.1	Coordonner les parcours de soins des malades pendant la phase active du traitement grâce à des coordonnateurs de soins.	retard mineur															
18.2	Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance.	planning respecté															
18.3	Partager les données médicales entre professionnels de santé.	planning respecté															

### Commentaire Global sur la mesure 18 :

18.1 - L'évaluation de l'expérimentation du parcours personnalisé des patients dans les 35 sites (pilotage DGOS-INCa) a été menée autour de 2 volets : un bilan quantitatif de l'activité des équipes (9.200 patients inclus sur 12 mois) et une évaluation de la satisfaction des partenaires (patients, professionnels hospitaliers et libéraux). Il est envisagé de poursuivre et approfondir l'expérimentation en 2013, en vue de mieux apprécier l'apport du dispositif sur la base d'une analyse coût-bénéfice (sous réserve de l'accord du cabinet : retard).

18.2 - Un nouveau guide ALD pour les médecins traitants a été publié en 2012, concernant les leucémies aiguës de l'adulte (HAS-INCa) : 22 guides, couvrant 24 localisations de cancer, décrivent la prise en charge standard des patients en ville et à l'hôpital et permettent aux médecins traitants de conforter leur fonction de proximité pendant et après les traitements. Ces guides intègrent depuis juin 2011 les éléments de suivi post ALD (cf.mesure 25). Un nouveau guide portant sur les lymphomes de Hodgkin est finalisé et sera publié en 2013.

18.3- La construction du DCC service du DMP se poursuit avec les 7 régions pilotes (pilotage ASIP Santé - INCa en collaboration avec les ARS et l'InVS). Les items minimaux de la FRCP ont été traduits selon le standard CDA-R2 dédié aux documents médicaux électroniques. Des travaux se poursuivent pour compléter la fiche RCP par des items spécifiques aux différents organes/pathologies. L'ASIP continue de développer le SNPG. L'INCa et les RRC pilotes travaillent à la définition de règles de fonctionnement spécifiques au métier de la cancérologie qui sortent du CI-SIS pour faciliter l'harmonisation des pratiques.

Le taux de diffusion régional de l'accès des médecins traitants au PPS informatisé n'a pu être renseigné car les tableaux de bord RRC sont en cours de révision et ne permettent pas d'avoir des données consolidées.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 18**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
<b>Taux de couverture des guides médecins traitants pour l'ALD 30 (sur 25 localisat</b>	96%	10/05/2012	24 localisations de cancer couvertes par un guide ALD médecin traitant sur les 25 prévues
	92%	12/12/2011	23 localisations de cancer couvertes par un guide ALD sur les 25 prévues
	84%	22/09/2011	21 localisations de cancer couvertes parmi les 25 les plus fréquentes.
	76%	03/03/2011	19 localisations de cancer couvertes sur les 25 les plus fréquentes.
	68%	06/12/2010	17 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes
	52%	06/09/2010	13 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes
	44%	01/06/2010	11 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes
	32%	01/01/2010	8 localisations couvertes sur les 25 les plus fréquentes
	12%	01/01/2009	3 localisations de cancer couvertes par un guide ALD sur les 25 les plus fréquentes
<b>Taux de diffusion du Programme Personnalisé de Soins</b>	31%	31/12/2011	Données issues du tableau de bord des RRC
	25%	31/12/2010	
	17%	31/12/2009	Données de remise du PPS issues des tableaux de bord des réseaux régionaux de santé au 31/12/2009
	10%	31/12/2008	Données de remise du PPS issues des tableaux de bord des Réseaux régionaux de cancérologie au 31/12/2008. Données 2009 disponibles en juillet 2010. Objectif cible : 80%.
<b>Taux de diffusion régionale de l'accès des médecins traitants au PPS via le DCC</b>	15%	31/12/2010	accès au PPS via le DCC dans 4 régions : Alsace, Bretagne, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes (sur 26 régions) - source : synthèse 2010 tableaux de bord RRC



## Mesure 19 : Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades

### Exécution budgétaire mesure 19 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	202 000 000 €	108 000 000 €	53,5 %	106 000 000 €	101,9 %
INCa	11 530 000 €	5 673 768 €	49,2 %	6 960 000 €	81,5 %
<b>Total</b>	<b>213 530 000 €</b>	<b>113 673 768 €</b>	<b>53,2 %</b>	<b>112 960 000 €</b>	<b>100,6 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011				2012				2013				
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
19.1	Généraliser l'accès aux mesures transversales, améliorant la qualité de toute prise en charge en cancérologie, lancées par le Plan cancer précédent.	réalisée															
19.2	Conforter le financement des mesures qualité.	planning respecté															
19.3	Accompagner la mise en place des critères d'agrément et des décrets d'autorisation du cancer et clarifier le positionnement et le rôle des organisations existantes.	planning respecté															
19.4	Mener une étude sur les délais de prise en charge dans plusieurs régions.	planning respecté															
19.5	Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.	planning respecté															

### Commentaire Global sur la mesure 19 :

19.1 - Les résultats de l'enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chez les patients adultes atteints de cancer ont été publiés en mars 2012 (INCa). Le rapport de l'étude d'évaluation du ressenti du dispositif d'annonce par les malades, menée en 2011, a été rendu public en mai 2012. Le contenu minimum du programme personnalisé de soins (PPS) est mis à disposition des professionnels depuis février 2011.

19.2- La MIG "qualité transversale des pratiques en cancérologie" est en place depuis 2011 et permet aux établissements de bénéficier d'une allocation fléchée et calibrée en fonction des missions qu'assume la structure et de la file active de ses patients.

19.3- La finalisation du dispositif d'autorisations est en cours (report). Le réajustement des critères d'agrément sera réalisé en 2013 dans le cadre de l'évaluation du dispositif d'autorisations. Un bilan préliminaire est en préparation, à partir des remontées par les ARS (DGOS-INCa).

19.4- L'étude sur les délais de prise en charge cancers du sein et du poumon a été menée dans 8 régions (portée par les RRC avec les ORS- pilotage INCa avec la FNORS) ; le rapport a été publié début 2012. La 2ème phase concernant les cancers colorectaux et de la prostate est en cours.

19.5- La plateforme Cancer info confirme sa montée en charge (cf. indicateurs). 3 nouveaux guides ALD patients ont été publiés en 2012.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 19**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
nombre de localisations de cancer couvertes par un guide ALD destiné aux patient	23	08/01/2013	22 guides ALD patients publiés couvrant 23 localisations de cancer
	21	15/03/2012	21 guides publiés (2 nouveaux publiés en janvier 2012)
	19	31/12/2011	19 guides publiés
	15	01/06/2011	15 guides publiés (sur un objectif de 24)
	11	31/12/2010	11 guides publiés (sur un objectif de 24)
nombre de sollicitations annuelles de la plateforme cancer Info	2136 808	31/12/2012	données pour l'année 2012 (10 637 appels reçus + 232 156 guides Cancer Info commandés + 1 894 015 visites de la rubrique internet)
	1439 428	31/12/2011	données pour l'année 2011 (344.046 guides commandés + 1.081.752 visites de la rubrique internet + 13.630 appels reçus)
	638 208	01/03/2011	valeur définitive pour l'année 2010 (266.064 guides commandés + 359.567 visites de la rubrique internet + 12.577 appels reçus)
	94 860	31/12/2009	données de l'année 2009 (68.460 guides commandés + 10.957 visites de la rubrique internet + 15.443 appels reçus). Mise en service de la rubrique internet mi-novembre 2009.
Taux de patients ayant bénéficié du dispositif d'annonce dans les établissements	73%	31/12/2011	source : tableaux de bord des RRC 2011
	62%	31/12/2010	source : synthèse des tableaux de bord des RRC 2010
	56%	31/12/2009	source : synthèse des tableaux de bord des RRC 2009
	34%	31/12/2008	T0 2008 Antérieur à la mise en place du dispositif d'autorisation des établissements



## Mesure 20 : Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.

### Exécution budgétaire mesure 20 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	45 500 000 €	2 997 000 €	6,6 %	8 500 000 €	35,3 %
INCa	6 300 000 €	3 696 838 €	58,7 %	5 300 000 €	69,8 %
<b>Total</b>	<b>51 800 000 €</b>	<b>6 693 838 €</b>	<b>12,9 %</b>	<b>13 800 000 €</b>	<b>48,5 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010				2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
20.1	Soutenir l'activité d'anatomopathologie en renforçant les équipes et en valorisant la discipline au regard de l'évolution actuelle des pratiques.	retard mineur																
20.2	Accompagner la nécessaire adaptation de l'anatomocytopathologie aux évolutions technologiques et scientifiques.	réalisée																
20.3	Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocyto-pathologie.	réalisée																

### Commentaire Global sur la mesure 20 :

Le groupe de travail constitué sous l'égide du ministère de la santé a produit un rapport en mai 2012. Il présente à la fois un état des lieux de la discipline ACP et des recommandations d'action pour l'avenir. Il sera tenu compte de ces éléments pour procéder à la délégation des crédits prévus par le plan au bénéfice de l'anatomocytopathologie (crédits reportés en 2013).

20.1- L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS (avis HAS rendu en sept. 2011), pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux. L'ordonnance relative à la biologie médicale a permis la reconnaissance des techniciens de laboratoire comme des personnels paramédicaux, ouvrant ainsi la voie à une spécialisation et à une revalorisation de ce métier. L'avis HAS sur les nouveaux actes d'ACP relatifs à la biologie moléculaire est en attente (retard).

20.2- Un soutien particulier a été apporté au développement des tumorothèques sanitaires, pour assurer les examens moléculaires nécessaires aux thérapies ciblées (cf.action 21.2). Pour en développer l'accès, l'INCa a actualisé les indications de cryopréservation à visée sanitaire et la circulaire budgétaire de mi campagne 2011 a alloué à ces structures un financement complémentaire de 750 000 euros. La définition des conditions de transmission des comptes-rendus d'ACP s'inscrit dans le cadre du DCC-DMP (voir actions 7.2 et 18.3). La synthèse de l'activité des tumorothèques a été publiée en août 2012 (INCa).

20.3- Le programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes est effectif depuis début 2010. Un suivi de cette activité est effectué afin d'accompagner la phase de montée en charge et optimiser cette organisation, en lien avec la structuration de la prise en charge des cancers rares (cf.indicateurs) : la synthèse de l'activité 2011 de prise en charge des cancers rares, incluant l'activité de double lecture des cancers rares de l'adulte et des lymphomes, a été publiée en novembre 2012 (INCa).

**Indicateurs de réalisation de la mesure 20**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Effectif moyen en pathologistes des structures ACP	3	31/12/2009	1639 pathologistes exercent dans 462 structures ACP publiques et privées - source : CNOM et AFAQAP
Taux de double lecture des nouveaux cas de lymphomes et cancers rares	88%	31/12/2012	données 2011 : 15 841 patients ont bénéficié d'une double lecture (pour une incidence globale estimée entre 16 000 et 18 000 nouveaux cas par an)
	75%	31/12/2011	<i>données publiées dans le bilan 2010 de la double lecture : 13446 patients ont bénéficié d'une double lecture pour une incidence globale estimée entre 16000 et 18000 nouveaux cas par an.</i>
	51%	16/12/2010	<i>programme opérationnel depuis mars 2010 (sarcomes : 2.815 / 4.000 nrx cas, lymphomes : 4.200 / 11.000 ; mésothéliomes : 928 / 1.000 ; tumeurs neuroendocrines : 941 / 1.300 estimés)</i>
	0%	01/01/2009	<i>mise en place effective de la double lecture à partir de 2010</i>



## Mesure 21 : Garantir un égal accès aux traitements et aux innovations.

### Exécution budgétaire mesure 21 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	59 500 000 €	16 499 966 €	27,7 %	19 500 000 €	84,6 %
INCa	8 117 000 €	9 194 676 €	113,3 %	6 867 000 €	133,9 %
<b>Total</b>	<b>67 617 000 €</b>	<b>25 694 642 €</b>	<b>38,0 %</b>	<b>26 367 000 €</b>	<b>97,5 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011				2012				2013				
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
21.1	Faciliter l'accès aux traitements par molécules innovantes.	planning respecté															
21.2	Développer les plateformes de génétique moléculaire des cancers et l'accès aux tests moléculaires.	planning respecté															
21.3	Faciliter l'accès aux techniques chirurgicales et instrumentales, complexes et innovantes en particulier.	retard mineur															
21.4	Faciliter l'accès au diagnostic et à la surveillance des cancers via l'imagerie et les TEP.	planning respecté															
21.5	Promouvoir au niveau des pôles régionaux de cancérologie des actions nouvelles et émergentes.	retard mineur															

### Commentaire Global sur la mesure 21 :

21.1- 5 molécules anticancéreuses ont été radiées de la liste en sus en mars 2012 (au total 12 molécules depuis 2010) et 3 nouvelles molécules ont été inscrites (au total, 7 depuis 2009). L'actualisation des référentiels de bon usage en cancérologie en application de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé qui confie à l'ANSM la réalisation de recommandations temporaires d'utilisation pour encadrer le hors AMM. Le rapport sur la situation de la chimiothérapie est publié annuellement depuis 2008 et celui de 2012 sera publié au 1er trimestre 2013.

21.2- Les tests moléculaires, permettant la juste prescription des thérapies ciblées, sont en forte progression (cf. indicateurs). La mise en place d'un programme pour la détection prospective des biomarqueurs émergents permet d'anticiper l'arrivée de nouvelles thérapies ciblées et de les rendre disponibles le plus rapidement possible. Une campagne de contrôle externe de la qualité a été conduite en 2012 (sur 3 tests). Par ailleurs, deux bases de données sont soutenues et financées par l'INCa dans le cancer du poumon et le mélanome permettant notamment de regrouper des données moléculaires, cliniques, histologiques, thérapeutiques et de suivi des patients.

21.3- Les 8 projets retenus pour l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire dans les cancers du sein ont été lancés. Les expérimentations de radiothérapie hypofractionnée n'ont pas pu démarrer pour des raisons de tarification (retard). Une réflexion sur l'évolution de la tarification est conduite par la DGOS.

21.4- Le rapport de l'étude 2011 sur les délais d'accès aux examens IRM (cancers sein, utérus et prostate) a été publié en mars 2012 (INCa) ; elle sera renouvelée en 2013. Selon l'enquête annuelle réalisée par la DGOS, 33 IRM supplémentaires ont été installés en 2009 et 2010 dans les 10 régions ciblées (sur un objectif de 88 d'ici 2013).

21.5- Une réflexion sur les pôles régionaux dans la structuration de l'offre de prise en charge en cancérologie est à mener (retard).

**Indicateurs de réalisation de la mesure 21**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
<b>Evolution des IRM installées dans les 10 régions ciblées</b>	<b>183</b>	<b>01/12/2011</b>	15 IRM supplémentaires installées en 2010 dans les 10 régions ciblées
	168	01/01/2010	18 IRM supplémentaires installées en 2009 dans les 10 régions ciblées
	150	01/01/2009	150 IRM installées dans les 10 régions ciblées 88 IRM supplémentaires sont nécessaires pour atteindre l'objectif de 12IRM par habitants dans ces 10 régions
<b>Nb patients bénéficiant d'un test pour les indications de thérapie ciblée</b>	<b>68 800</b>	<b>30/09/2012</b>	tests réalisés en 2011 par les plateformes de génétique moléculaire
	61 058	31/12/2011	tests réalisés en 2010 par les plateformes
	42 874	31/12/2010	tests réalisés en 2009 par les plateformes
	31 965	31/12/2009	tests réalisés en 2008 par les plateformes en oncologie et hématologie
<b>Nombre de molécules anticancéreuses sorties de la liste en sus</b>	<b>12</b>	<b>31/12/2012</b>	5 molécules radiées au 1er mars 2012 : au total, 12 molécules ont été sorties depuis 2010
	7	31/12/2011	2 molécules supplémentaires radiées au 1er mars 2011, qui s'ajoutent aux 5 molécules sorties en 2010.
	5	31/12/2010	5 molécules radiées en 2010
<b>Nombre de nouvelles molécules anticancéreuses intégrées dans la liste en sus</b>	<b>3</b>	<b>31/12/2012</b>	3 nouvelles molécules inscrites en 2012 (au total, 7 molécules inscrites depuis 2009)
	2	31/12/2011	2 nouvelles molécules inscrites en 2011 (au total, 4 molécules inscrites depuis 2009)
	1	31/12/2010	1 nouvelle molécule inscrite en 2010 (au total, 2 nouvelles molécules inscrites depuis 2009)
	1	31/12/2009	1 nouvelle molécule inscrite en 2009



## Mesure 22 : Soutenir la radiothérapie.

### Exécution budgétaire mesure 22 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	68 870 000 €	24 318 000 €	35,3 %	32 910 000 €	73,9 %
INCa	4 700 000 €	2 611 692 €	55,6 %	3 500 000 €	74,6 %
<b>Total</b>	<b>73 570 000 €</b>	<b>26 929 692 €</b>	<b>36,6 %</b>	<b>36 410 000 €</b>	<b>74,0 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
22.1	Soutenir la qualité et la sécurité des pratiques dans les centres de radiothérapie autorisés.	planning respecté															
22.2	Renforcer les moyens humains dans les centres de radiothérapie.	planning respecté															
22.3	Actualiser les recommandations de bonnes pratiques concernant les techniques de traitement en radiothérapie et leurs indications.	retard mineur															

### Commentaire Global sur la mesure 22 :

22.1- Le rapport de l'Observatoire national de radiothérapie a été rendu public en janvier 2012. Le rapport "La situation de la radiothérapie en 2011" a été publié en juin 2012. Un groupe de travail va être mis en place par l'INCa pour définir les conditions de fonctionnement des plateaux techniques en radiothérapie.

22.2 - Les effectifs d'étudiants en radiophysique médicale ont doublé entre 2007 et 2010. Grâce à cet effort de formation, le nombre de radiophysiciens en poste en radiothérapie a été porté début 2011 à 491 équivalent temps plein, soit une augmentation de 30 % des effectifs depuis 2007 (cible : 630 ETP d'ici 2013). Pour l'année scolaire 2011-2012, un financement de 103 000 euros est alloué aux établissements concernés afin d'assurer l'indemnisation des stagiaires et la valorisation des établissements pour le temps dédié à l'encadrement et la participation à l'enseignement.

22.3 - A la demande de la DGOS et de la CNAMTS, la HAS a intégré à son programme de travail 2012 la demande d'actualisation de certaines indications pour la radiothérapie de haute technicité (stéréotaxie EC et RCMI) ; les travaux sont en cours (retard). Le guide sur les procédures en radiothérapie est en cours d'actualisation par la SFRO (retard).

Suite à la dernière réunion du comité national de suivi de la radiothérapie, qui s'est tenue le 3 février 2012, le rapport final présentant le bilan des mesures entreprises pour la radiothérapie est publié en juin 2012.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 22**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
<b>Evolution annuelle de l'activité en radiothérapie</b>	<b>162 300</b>	<b>31/12/2010</b>	
	164 270	31/12/2009	<i>nombre de patients traités en radiothérapie en 2009 (source : PMSI en CNAMTS)</i>
	165 342	31/12/2008	<i>nombre de patients traités en radiothérapie en 2008 (source : PMSI en CNAMTS)</i>
	166 032	31/12/2007	<i>nombre de patients traités en radiothérapie en 2007 (source : PMSI en CNAMTS)</i>
<b>Evolution du parc des accélérateurs de radiothérapie</b>	<b>424</b>	<b>31/12/2010</b>	parc total dans les 172 centres de radiothérapie autorisés et ouverts en 2010
	413	31/12/2009	<i>Parc total des accélérateurs dans les 177 centres de radiothérapie autorisés à traiter les cancers</i>
	396	01/01/2008	<i>159 centres répondants sur 176</i>
<b>Nombre de postes de radiophysiciens des centres de radiothérapie</b>	<b>490</b>	<b>01/03/2011</b>	Intégration de l'examen de rattrapage du DQPRM 2010. Il faut signaler que pour la première fois, cette année 6 étudiants n'ont pas été reçus en deuxième session.
	483	10/12/2010	<i>résultats partiels d'affectation en attente des choix définitifs (oraux 9/12/2010)</i>
	448	31/03/2010	<i>intégration complète de la promotion sortante 2009 dans les effectifs des centres</i>
	421	30/06/2009	<i>rattrapage (11 étudiants) promotion 2008</i>
	410	30/03/2009	<i>intégration de la promotion sortante en nov. 2008 dans les effectifs des centres de RTH</i>



## Mesure 23 : Développer des prises en charge spécifiques

### Exécution budgétaire mesure 23 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	126 750 000 €	29 118 000 €	23,0 %	58 250 000 €	50,0 %
PLFSS (DGS)		11 023 505 €			
INCa	9 200 000 €	2 824 176 €	30,7 %	4 960 000 €	56,9 %
<b>Total</b>	<b>135 950 000 €</b>	<b>42 965 681 €</b>	<b>31,6 %</b>	<b>63 210 000 €</b>	<b>68,0 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010		2011				2012				2013				
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
23.1	Labelliser les centres de référence pour les cancers rares.	planning respecté														
23.2	Favoriser la constitution de bases de données clinicobiologiques (enquêtes transversales répétées avec volet de biosurveillance).	réalisée		/	/							/				
23.3	Suivre les personnes à risque génétique.	réalisée										/				
23.4	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer.	planning respecté														
23.5	Améliorer la prise en charge des enfants atteints de cancer et lancer un programme d'actions spécifiques vis-à-vis des adolescents atteints de cancer.	planning respecté														

### Commentaire Global sur la mesure 23 :

23.1 - Le bilan d'activité 2011 de la prise en charge des adultes atteints de cancers rares a été publié fin 2012. 17 groupes de cancers rares sont structurés autour de centres experts et un nouvel appel à projets DGOS-INCa a été lancé en mai 2012 pour finaliser ce dispositif qui répondra à terme à la prise en charge d'une vingtaine de types de tumeurs (résultats prévus début 2013).

23.2 - 4 nouveaux projets de constitution de bases clinico-biologiques ont été retenus par l'INCa en 2012 ; au total, 9 bases sont soutenues depuis 2011 (cf. action 3.1).

23.3 - Le déploiement national du dispositif de prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer a été finalisé fin 2012 (DGOS-INCa).

23.4 - Le déploiement national du dispositif de prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer a été finalisé fin 2012 : 19 régions sont couvertes par une unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) et des antennes d'oncogériatrie sont mises en place dans 4 régions. L'UCOG d'Aquitaine est chargée de favoriser la prise en charge oncogériatrique dans les régions d'Outre-mer dépourvues d'unité (Guadeloupe, Guyane, La Réunion/Mayotte).

23.5 - Les 8 projets intégrés et novateurs en faveur des adolescents et jeunes adultes sélectionnés ont reçu les financements prévus et suivent leur cours.

L'augmentation du nombre d'unités de sang placentaire collectées se poursuit (cf.indicateurs) ; de nouveaux critères de qualité vont entraîner une diminution du nombre d'unités enregistrées, estimée actuellement à 18-20% des unités reçues, et la cible de 30.000 unités ne sera pas atteint en 2013, mais plutôt en 2015 au vu de ces nouveaux critères.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 23**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de cancers rares bénéficiant d'une organisation autour de centres experts	17	31/12/2012	Au terme de 3 appels à projets, 17 cancers rares structures autour de centres experts, ainsi que 3 réseaux anatomopathologiques pour cancers rares et un réseau anatomopathologique pour les lymphomes
	15	10/12/2010	
	8	29/05/2009	T0 2009
Nombre de régions disposant d'une unité de coordination en oncogériatrie	19	31/12/2012	19 régions métropolitaines sont couvertes par une UCOG et 4 régions par une antennes d'oncogériatrie (Haute-Normandie, Centre, Auvergne, Franche-Comté)
	10	31/12/2011	15 UCOG couvrent 10 régions : Alsace, Aquitaine, Bourgogne, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, PACA, Rhône-Alpes
Nombre d'unités de conservation de sang de cordon	20 535	31/12/2012	nombre d'unités collectées au 31/8/2012
	15 278	31/12/2011	le réseau de collecte de sang de cordon à visée allogénique s'est élargi à des maternités supplémentaires (60 maternités au total)
	10 599	31/12/2010	8 banques en activité fin 2010 avec 34 maternités associées au réseau de sang placentaire
	7 051	31/12/2009	nombre d'unités de sang placentaire du registre France greffe de moelle



## Mesure 24 : Répondre aux défis démographiques des professions

### Exécution budgétaire mesure 24 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	27 285 000 €	2 200 000 €	8,1 %	6 131 000 €	35,9 %
INCa	700 000 €	9 955 €	1,4 %	300 000 €	3,3 %
MESR	6 285 000 €	0 €	0,0 %	2 131 000 €	0,0 %
<b>Total</b>	<b>34 270 000 €</b>	<b>2 209 955 €</b>	<b>6,4 %</b>	<b>8 562 000 €</b>	<b>25,8 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010				2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
24.1	Former plus de médecins pour la cancérologie.	planning respecté																
24.2	Accompagner l'évolution des modes de pratiques.	planning respecté																
24.3	Développer les formations universitaires pour l'accès à 3 nvlles compétences en cancérologie : coordonnateurs de soins, dosimétristes et techniciens d'anatomocytopathologie	planning respecté																

### Commentaire Global sur la mesure 24 :

24.1 - Les mesures prévues pour l'augmentation des médecins en cancérologie progressent.  
 - L'arrêté du 10/07/2012 qui détermine le nombre d'internes à former pour la période 2012-2016 prévoit pour l'année 2012-2013, 63 postes à former en DES anatomopathologie et 126 postes en DES d'oncologie. A l'issue des ECN, tous ces postes ont été pourvus.  
 - Le 3ème rapport ONDPS-INCa sur les métiers liés aux cancers a été publié en février 2012 (cf. action 6.4). Une enquête publiée fin 2011 fait le point sur la mobilité, les choix d'installation et les modes d'exercice des jeunes oncologues et pathologistes (ONDPS-INCa).  
 - Sur la période 2010-2012, 33 nouveaux postes d'assistants spécialistes ont été financés (13 postes en 2010, 14 en 2011, 6 postes en 2012). Une enquête DGOS est en cours auprès des ARS pour recenser au sein des établissements de santé les postes d'assistants spécialistes financés et les besoins des services.  
 - Les critères des sites de stages ont été actualisés par le CNEC et ont été transmis à la DGOS et au Président de la Conférence des doyens en novembre 2012.  
 - S'agissant des postes hospitalo-universitaires titulaires (PUPH-MCUPH), on observe une diminution des effectifs entre 2008 et 2011 en oncologie, radiothérapie, hématologie et anatomocytopathologie.

24.2 - La démarche de soutien aux coopérations hospitalières par la création de postes partagés a été reportée à 2013 afin de disposer d'un état précis des besoins des régions et des projets de coopération existants. La DGOS va lancer début 2013 une enquête auprès des ARS pour recenser les besoins en postes partagés médicaux (PH, assistants...); 4 millions d'euros sont reportés sur 2013 pour le financement de ces postes.

24.3- Les formations universitaires se développent pour les nouvelles compétences en cancérologie : 3 masters de coordination infirmière des soins ; 1 DU de macroscopie des pièces opératoire en anatomie pour les techniciens d'anatomopathologie ; 3 licences professionnelles en dosimétrie et en radioprotection médicale (dont 1 ouverture en septembre 2012).

**Indicateurs de réalisation de la mesure 24**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
taux de progression des CCA en anatomocytopathologie	- 27%	15/03/2012	pourcentage décroissant de CCA en ACP entre 2008 et 2011.
taux de progression des CCA en oncologie et radiothérapie	26%	15/03/2012	Progression des CCA en oncologie médicale et radiothérapie entre 2008 et 2011
taux de progression des internes en anatomocytopathologie	61%	15/03/2012	progression entre 2008 et 2011 du nombre d'internes inscrits en 4ème année du DES ACP
taux de progression des internes en oncologie et radiothérapie	- 8%	15/03/2012	diminution du nombre d'internes inscrits en 4ème année du DES d'oncologie entre 2008 et 2011. Le taux de progression des inscrits en 4è et 5è années cumulées est de 15% entre 2008 et 2011
taux de progression des PUPH-MCUPH en anatomocytopathologie	- 10%	15/03/2012	diminution des effectifs de PU-PH et MCU-PH en ACP entre 2008 et 2011
taux de progression des PUPH-MCUPH en hématologie	- 5%	15/03/2012	diminution des effectifs de PU-PH et MCU-PH en hématologie entre 2008 et 2011
taux de progression des PUPH-MCUPH en oncologie et radiothérapie	- 6%	15/03/2012	diminution des effectifs PU-PH et MCU-PH en oncologie et radiothérapie entre 2008 et 2011



## **Suivi des mesures du Plan Cancer 2009-2013**

### **Axe 5 : VIVRE PENDANT ET APRES UN CANCER**

*(Fiches mesures 25 à 30)*



## Mesure 25 : Développer une prise en charge sociale personnalisée

### Exécution budgétaire mesure 25 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	10 600 000 €	1 300 000 €	12,3 %	1 800 000 €	72,2 %
PLFSS (FICQS)	1 900 000 €	0 €	0,0 %	300 000 €	0,0 %
INCa	5 600 000 €	820 243 €	14,6 %	1 600 000 €	51,3 %
<b>Total</b>	<b>18 100 000 €</b>	<b>2 120 243 €</b>	<b>11,7 %</b>	<b>3 700 000 €</b>	<b>57,3 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011				2012				2013					
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
25.1	Généraliser les actions d'évaluation sociale dans le cadre du dispositif d'annonce et intégrer un volet social dans le Programme personnalisé de soins (PPS).	réalisée								/	/	/	/					
25.2	Proposer à chaque patient une consultation sociale en cours de traitement afin d'évaluer la mise en oeuvre du volet social du PPS et de préparer l'après cancer.	réalisée										/	/	/				
25.3	Expérimenter la mise en oeuvre d'un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC).	réalisée								/	/	/	/					
25.4	Se doter de critères médicaux pr la sortie d'ALD et prendre les mesures nécessaires pr assurer le financ. d'une surveillance médic. régulière après sortie d'ALD quand elle reste nécessaire.	planning respecté																
25.5	Permettre la prise en charge des implants supports de prothèses dentaires et maxillo-faciales dans la réhabilitation prothétique des patients (cancers de la cavité buccale ou attenants)	retard majeur																

### Commentaire Global sur la mesure 25 :

25.1 à 3 - Les actions prévues ont été réalisées. Un volet social a été intégré dans le PPS avec l'aide des représentants de patients. Le contenu minimum du PPAC a été publié début 2012 (INCa). L'utilisation de cet outil sera évaluée en 2013 auprès des professionnels de santé afin d'en faire évoluer le contenu.

L'accompagnement après cancer et la prise en charge sociale ont été expérimentés dans le cadre des parcours personnalisés (cf. action 18.1). Les outils mis en place devront être implémentés par les équipes pour permettre une généralisation de ces mesures.

25.4- La réglementation est mise en oeuvre pour permettre que le non renouvellement de l'ALD ouvre la possibilité d'une admission dans un dispositif d'exonération du ticket modérateur au titre du suivi post ALD sur demande du médecin traitant (décrets du 19/01/2011 et circulaire d'application). Ce dispositif s'appuie sur des référentiels de suivi, intégrés dans les guides ALD par cancer produits par la HAS et l'INCa, décrivant les bonnes pratiques de suivi (actes et examens nécessaires, rythme, recommandations de surveillance partagée) : 19 référentiels de suivi sont actuellement disponibles en ligne (cf. indicateurs).

25.5- La prise en charge des implants supports de prothèses dentaires est en attente de décision de l'UNCAM (retard), suite à l'avis rendu par la HAS en février 2012 et l'examen par la Commission de hiérarchisation des actes et prestations.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 25**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
<b>Taux de couverture des référentiels de suivi des patients</b>	76%	10/05/2012	19 localisations de cancer couvertes par un référentiel de suivi sur les 25 prévues
	52%	12/12/2011	13 localisations de cancer couvertes par un référentiel de suivi sur 25 prévues
	44%	22/09/2011	2 nouvelles localisations couvertes par un référentiel dans le cadre des guides ALD HAS-INCa (sur objectif de 25 localisations) : testicule, leucémies lymphoïdes chroniques
	36%	05/04/2011	9 cancers couverts (sur objectif de 25 localisations) : thyroïde, rein, vessie, ovaires, SNC, foie, pancréas, endomètre, myélome multiple
<b>Taux de couverture du Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)</b>	31%	31/10/2011	source : bilan à 12 mois de l'expérimentation dans les 35 sites pilotes
	30%	30/06/2011	Nombre de patients ayant reçu un PPAC sur les patients en phase d'après cancer dans les 35 sites pilotes
	0%	01/06/2010	L'action démarrera à compter de 2011 dans le cadre de l'AAP lancé en 2010
<b>Taux de fragilité sociale dépisté dans les 35 projets pilotes</b>	32%	31/10/2011	source : bilan à 12 mois de l'expérimentation dans les 35 sites pilotes
	29%	30/06/2011	dans les 35 sites pilotes
	27%	30/04/2011	Nombre de patients présentant un risque de fragilité sociale sur le total des inclusions dans les 35 sites pilotes
	20%	03/12/2010	Nombre de patients présentant une fragilité sociale détectée par l'infirmière coordonatrice par rapport aux patients inclus dans les 35 projets pilotes
	0%	31/12/2009	Travail en cours sur 2010 pour élaborer la grille de détection sociale et le volet social du PPS



## Mesure 26 : Se doter des moyens et outils nécessaires pour l'accompagnement social

### Exécution budgétaire mesure 26 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	8 500 000 €	1 625 455 €	19,1 %	2 800 000 €	58,1 %
DGCS	3 800 000 €	0 €	0,0 %	600 000 €	0,0 %
<b>Total</b>	<b>12 300 000 €</b>	<b>1 625 455 €</b>	<b>13,2 %</b>	<b>3 400 000 €</b>	<b>47,8 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010				2011				2012				2013			
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
26.1	Encourager le développement des hébergements et appartements thérapeutiques à proximité des lieux de prise en charge médicale.	réalisée															
26.2	Élaborer et mettre en place un référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité.	réalisée															
26.3	Créer les conditions, collaborations, processus et outils permettant aux services des départements d'activer les procédures d'accès aux prestations et la mise en oeuvre des accompagnements à domicile nécessaires	planning respecté															
26.4	Réaliser un annuaire départemental de tous les professionnels du secteur social concerné auxquels le patient pourra recourir pendant et après le cancer.	planning respecté															

### Commentaire Global sur la mesure 26 :

26.1- Concernant le soutien aux hébergements de proximité :

- l'appel à projets INCa a été réédité en avril 2012 : 7 projets ont été retenus (sur 14 dossiers déposés).

26.2- Un contenu de fiche de détection de la fragilité sociale élaboré avec les sites pilotes et les représentants des usagers de l'INCa a été mis à disposition des professionnels en février 2011 (cf action 25.2).

26.3- L'action est en cours de réalisation, selon les modalités redéfinies (intitulé et modalités actés par le comité de pilotage du Plan cancer en juin 2012). Elle vise à soutenir les collaborations entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux afin d'améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de cancer. Un guide des dispositifs sociaux et médico-sociaux destiné aux professionnels de santé est en cours d'élaboration ; sa publication est en préparation ; sa publication est prévue pour fin 2013 (DGCS). Les outils et processus de coordination entre établissements de santé et MDPH sont déployés dans l'ensemble des départements (CNSA : voir action 27.1). Un bilan des schémas régionaux définis par les ARS dans le domaine médico-social sera produit mi-2013 (DGCS-CNSA)

26.4 - L'édition des guides sociaux départementaux en format papier et la mise en ligne des guides web pour les 15 départements expérimentateurs se feront simultanément. Les guides sont actuellement en phase de validation des informations tant au niveau national qu'au niveau local.

Au vu de l'important accompagnement à mettre en place pour développer le projet, le déploiement se fera en 2013 avec un groupe de 15 nouveaux départements et la consolidation dans les 15 départements expérimentateurs. La question du financement du projet est cruciale pour le déploiement.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 26**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb de départements impliqués dans la réalisation d'un annuaire du secteur social	26	01/06/2011	
	0	10/12/2010	<i>réalisation en cours du cadre type de l'annuaire</i>



## Mesure 27 : Améliorer les réponses aux situations de handicap ou perte d'autonomie

### Exécution budgétaire mesure 27 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
CNSA	6 400 000 €	8 949 €	0,1 %	1 400 000 €	0,6 %
<b>Total</b>	<b>6 400 000 €</b>	<b>8 949 €</b>	<b>0,1 %</b>	<b>1 400 000 €</b>	<b>0,6 %</b>

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
27.1	Mener, sous l'égide de la CNSA, plusieurs expérimentations sur l'accompagnement des pers. atteintes de cancer, dans les MDPH les plus sensibilisées et mobilisées.	réalisée								/	/	/	/				
27.2	Réaliser et diffuser aux assoc. ds le champ du cancer un livret spécifique exposant les réponses offertes par la législation (handicap, perte d'autonomie, invalidité, autres)	réalisée			/	/	/			/	/	/	/				

### Commentaire Global sur la mesure 27 :

Les deux actions de la mesure 27 sont achevées (elles ont été réalisées sur ressources propres, sans valorisation par la CNSA des ressources humaines mobilisées).

27.1- A la suite des expérimentations sur les coopérations entre MDPH et équipes sanitaires prenant en charge des personnes atteintes de cancer, conduites en 2011 sous le pilotage de la CNSA en partenariat avec l'INCa, le rapport final a été publié début 2012 (1er février) sur les sites [cnsa.fr](http://cnsa.fr), [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr) et [plan-cancer.gouv.fr](http://plan-cancer.gouv.fr), puis diffusé aux acteurs concernés dans les champs sanitaire, social et médico-social.

Des méthodes et des outils, issus des expérimentations, sont proposés et mis à la disposition de l'ensemble des MDPH et équipes sanitaires prenant en charge des patients atteints de cancer, pour faciliter la communication et les échanges entre ces structures et développer la sensibilisation et la formation mutuelle en termes d'évaluation des besoins de la personne touchée et des conséquences du cancer et des traitements.

27.2- La CNSA a contribué à l'actualisation du guide Cancer Info "démarches sociales et cancer", par la refonte de la rubrique consacrée aux MDPH (publication prévue au 1er semestre 2012). Il n'apparaît pas pertinent de réaliser un livret spécifique, le guide "démarches sociales" étant un support plus approprié pour l'information des personnes touchées par le cancer.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 27**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de MDPH participant aux expérimentations	8	30/11/2011	MDPH ayant participé à l'expérimentation
	9	01/03/2011	<i>MDPH volontaires parmi les sites pilotes de l'expérimentation "parcours personnalisés"</i>
	7	10/12/2010	<i>MDPH volontaires parmi les sites pilotes de l'expérimentation "parcours personnalisés"</i>
	0	01/09/2010	<i>action non démarrée</i>
Nombre de situations individuelles incluses dans les expérimentations MDPH	47	30/11/2011	situations individuelles traitées dans le rapport final (concernant 6 départements sur 8)
	0	01/03/2011	<i>inclusions en cours dans les départements</i>
	0	01/12/2010	<i>Les situations individuelles seront incluses en 2011.</i>



## Mesure 28 : Améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et crédit

### Exécution budgétaire mesure 28 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
INCa	8 000 000 €			2 400 000 €	
<b>Total</b>	<b>8 000 000 €</b>			<b>2 400 000 €</b>	

### Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010				2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
28.1	Mener les concertations pr renouveler la convention AERAS pr améliorer la couverture assurantielle et l'accès à l'emprunt des pers. présentant un risque aggravé de santé	retard mineur																

### Commentaire Global sur la mesure 28 :

Plusieurs actions ont été menées en application des engagements pris par la nouvelle convention AERAS signée le 1er février 2011 par les ministres concernés (économie et finances, cohésion sociale, santé), les associations et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance :

- L'élargissement des conditions d'éligibilité au dispositif d' « écrêtement des surprimes » pour les emprunteurs à revenus modestes est effectif depuis septembre 2011 ;
- La nouvelle garantie invalidité disponible depuis 2011 devrait pouvoir concerner 70% des assurés admis en 2ème catégorie invalidité sécurité sociale, selon les résultats d'une étude DSS-CNAMTS (octobre 2011) ;
- Un nouveau site internet AERAS a été mis en ligne pour permettre une information adaptée du public.

En vue de faire évoluer les éléments d'appréciation du risque, la Commission des études et des recherches a fait des propositions de thématiques d'études et de recherche. Deux des thématiques proposées relatives aux cancers doivent faire l'objet du lancement d'un marché public d'étude par l'INCa à partir de 2013. Compte tenu des délais d'appels d'offre, les premiers résultats ne pourront être produits qu'en 2014 (retard).

Les données relatives aux indicateurs de suivi de la convention AERAS ne seront pas disponibles avant 2013.

**Indicateurs de réalisation de la mesure 28**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb de contrats avec garantie invalidité standard et exclusions	0	15/06/2012	Indicateur retenu par la Commission de suivi AERAS (non spécifique au cancer) - données non encore disponibles
Nb de contrats avec garantie invalidité standard, surprime et exclusions	0	15/06/2012	Indicateur retenu par la Commission de suivi AERAS (non spécifique au cancer) - données non encore disponibles
Nombre de contrats avec garantie invalidité AERAS	0	15/06/2012	Indicateur retenu par la Commission de suivi AERAS (non spécifique au cancer) - données non encore disponibles
Nombre de contrats avec garantie invalidité standard	0	15/06/2012	Indicateur retenu par la Commission de suivi AERAS (non spécifique au cancer) - données non encore disponibles



**Indicateurs de réalisation de la mesure 29**

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
à définir	0	01/09/2010	indicateur à définir



**Mesure 30 :  
Créer un Observatoire sociétal des cancers.**

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
<b>Total</b>					

**Etat d'avancement des actions :**

		Etat courant	2010				2011				2012				2013			
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
30.1	Créer sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer un Observatoire sociétal des cancers s'appuyant sur tous les relais départementaux de la Ligue.	planning respecté	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█					

**Commentaire Global sur la mesure 30 :**

L'Observatoire sociétal des cancers, créé sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer, s'est fixé 3 grandes missions : observer les répercussions du cancer sur les plans social et sociétal ; dénoncer les inégalités induites par la maladie cancéreuse ; proposer des solutions pour corriger ces inégalités. Il s'appuie sur le maillage territorial de la Ligue composée de 103 comités départementaux.

- Le premier rapport de l'Observatoire sociétal du cancer a été publié le 23 mars 2012. Il met en lumière la réalité du vécu des malades, au regard notamment des ressources et des charges des personnes touchées, de la vie quotidienne à domicile et des difficultés liées aux séquelles physiques et psychologiques, ainsi que de la vie professionnelle et les conditions de la reprise du travail.

- Le 2ème rapport de l'Observatoire, dont la parution est prévue en mars 2013, comportera notamment les résultats des enquêtes conduites en 2012 sur les proches des personnes atteintes de cancer et sur les représentations sociétales du cancer.

- Les travaux 2013 s'orienteront principalement vers une évaluation du reste à charge des malades atteints de cancer et sur la perception de ce qu'une maladie comme le cancer peut induire comme coûts (représentation du "pris en charge à 100%" notamment auprès des malades comme des non malades).

**Indicateurs de réalisation de la mesure 30**

<b>Libellés indicateurs</b>	<b>Valeurs</b>	<b>Dates de valeurs</b>	<b>Commentaire</b>
<b>Publication du rapport de l'Observatoire sociétal des cancers</b>	<b>1</b>	<b>23/03/2012</b>	Premier rapport de l'Observatoire publié le 23 mars 2012

## Exécution budgétaire détaillée

### Budget de l'Axe Recherche

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
1-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	1 600 000 €	3 200 000 €	6 300 000 €	8 600 000 €	10 400 000 €	30 100 000 €
		Réalisé	1 625 600 €	2 683 900 €	4 487 383 €			8 796 883 €
	INCa	Budgété	1 869 000 €	4 204 000 €	6 635 000 €	8 500 000 €	9 000 000 €	30 208 000 €
		Réalisé	2 618 177 €	4 149 188 €	7 404 847 €			14 172 212 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			8 158 275 €			8 158 275 €
1-2	INCa	Budgété	1 483 000 €	1 541 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	1 500 000 €	7 524 000 €
		Réalisé	856 172 €	934 929 €	776 213 €			2 567 314 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			1 194 568 €			1 194 568 €
1-3	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	1 400 000 €
		Réalisé	704 287 €	3 836 000 €	2 810 066 €	0 €		7 350 353 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			375 149 €			375 149 €
1-5	INCa	Budgété						
		Réalisé			135 000 €			135 000 €
2-1	INCa	Budgété	419 000 €	971 000 €	1 821 000 €	2 800 000 €	3 500 000 €	9 511 000 €
		Réalisé	841 189 €	1 171 366 €	1 750 126 €			3 762 681 €
3-1	INCa	Budgété	579 000 €	1 421 000 €	2 271 000 €	2 850 000 €	3 000 000 €	10 121 000 €
		Réalisé		247 406 €	74 100 €			321 506 €
3-2	INCa	Budgété	0 €	600 000 €	1 200 000 €	1 800 000 €	2 000 000 €	5 600 000 €
		Réalisé	641 295 €	802 894 €	787 894 €			2 232 083 €
3-3	INCa	Budgété						
		Réalisé			30 000 €			30 000 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			29 264 €			29 264 €
3-4	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	2 800 000 €
		Réalisé	212 650 €	813 514 €	1 154 864 €			2 181 028 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			2 120 777 €			2 120 777 €
3-5	INCa	Budgété	0 €	0 €	1 800 000 €	2 700 000 €	3 000 000 €	7 500 000 €
		Réalisé	2 000 000 €					2 000 000 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			1 272 418 €			1 272 418 €
3-6	INCa	Budgété	0 €	450 000 €	900 000 €	1 350 000 €	1 500 000 €	4 200 000 €
		Réalisé		229 308 €	229 308 €			458 616 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			0 €			0 €

4-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	16 578 000 €	18 083 000 €	19 782 000 €	21 100 000 €	21 700 000 €	97 243 000 €
		Réalisé	18 503 000 €	20 081 700 €	21 832 220 €			60 416 920 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	675 000 €					675 000 €
4-2	INCa	Budgété						
		Réalisé			22 500 €			22 500 €
4-5	INCa	Budgété	616 000 €	693 000 €	916 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	4 225 000 €
		Réalisé	379 675 €	136 180 €	272 235 €			788 090 €
4-7	INCa	Budgété						
		Réalisé			47 442 €			47 442 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			123 946 €			123 946 €
5-2	INCa	Budgété	8 500 000 €	8 500 000 €	7 800 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	40 800 000 €
		Réalisé	8 531 735 €	10 568 966 €	7 811 748 €			26 912 449 €
5-3	INCa	Budgété	16 956 000 €	15 391 000 €	18 856 000 €	16 452 000 €	18 000 000 €	85 655 000 €
		Réalisé	10 705 109 €	13 491 297 €	19 253 345 €			43 449 751 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			684 314 €			684 314 €
5-4	INCa	Budgété	5 000 000 €	5 000 000 €	5 000 000 €	5 000 000 €	5 000 000 €	25 000 000 €
		Réalisé	495 000 €	1 189 212 €	1 948 732 €			3 632 944 €
	Inserm	Budgété						
		Réalisé			3 645 623 €			3 645 623 €
5-5	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	1 400 000 €
		Réalisé	195 967 €	100 569 €	124 482 €			421 018 €
5-6	Inserm	Budgété						
		Réalisé			75 154 €			75 154 €
Total budgété sur l'axe			53 600 000 €	60 654 000 €	75 981 000 €	83 452 000 €	89 600 000 €	363 287 000 €
Total réalisé sur l'axe			48 984 856 €	60 436 429 €	88 631 993 €	0 €		198 053 278 €

**Budget de l'Axe Observation**

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
6-1	INCa	Budgété	42 000 €	42 000 €	42 000 €	42 000 €	42 000 €	210 000 €
		Réalisé	17 966 €	29 355 €	23 330 €			70 651 €
6-2	INCa	Budgété	0 €	340 000 €	210 000 €	210 000 €	210 000 €	970 000 €
		Réalisé	14 854 €	34 660 €	128 039 €			177 553 €
6-3	INCa	Budgété	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	250 000 €
		Réalisé	68 722 €	180 000 €				248 722 €
	INPES	Budgété	150 000 €	0 €	0 €	0 €	150 000 €	300 000 €
		Réalisé	0 €	315 659 €	13 230 €			328 889 €
6-4	INCa	Budgété	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	50 000 €
		Réalisé			30 368 €			30 368 €
6-5	INCa	Budgété	150 000 €	300 000 €	550 000 €	0 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé			184 013 €			184 013 €
7-1	INCa	Budgété	3 221 000 €	3 533 000 €	3 883 000 €	4 233 000 €	4 583 000 €	19 453 000 €
		Réalisé	3 330 578 €	4 391 194 €	4 685 356 €			12 407 128 €
	InVS	Budgété	2 982 000 €	3 294 000 €	3 644 000 €	3 994 000 €	4 344 000 €	18 258 000 €
		Réalisé	2 718 000 €	3 111 608 €	1 830 980 €			7 660 588 €
7-2	InVS	Budgété	162 000 €	562 000 €	762 000 €	662 000 €	162 000 €	2 310 000 €
		Réalisé	0 €	90 435 €	140 660 €			231 095 €
8-2	INCa	Budgété	100 000 €	280 000 €	455 000 €	180 000 €	30 000 €	1 045 000 €
		Réalisé	30 249 €					30 249 €
9-1	InVS	Budgété	0 €	540 000 €	240 000 €	240 000 €	240 000 €	1 260 000 €
		Réalisé		80 793 €	92 711 €			173 504 €
9-2	InVS	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	150 000 €	1 150 000 €
		Réalisé		574 786 €	557 094 €			1 131 880 €
9-3	InVS	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	320 000 €
		Réalisé		86 760 €	93 155 €			179 915 €
<b>Total budgété sur l'axe</b>			<b>6 867 000 €</b>	<b>9 431 000 €</b>	<b>10 326 000 €</b>	<b>9 901 000 €</b>	<b>10 051 000 €</b>	<b>46 576 000 €</b>
<b>Total réalisé sur l'axe</b>			<b>6 180 369 €</b>	<b>8 895 250 €</b>	<b>7 778 936 €</b>			<b>22 854 555 €</b>

**Budget de l'Axe Prévention / Dépistage**

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
10-2-1	PLFSS (FNPEIS)	Budgété	20 000 000 €	22 000 000 €	37 000 000 €	46 200 000 €	46 200 000 €	171 400 000 €
		Réalisé	15 500 000 €	16 777 607 €	13 842 472 €			46 120 079 €
10-2-2	INPES	Budgété	3 980 000 €	3 980 000 €	3 980 000 €	3 980 000 €	3 980 000 €	19 900 000 €
		Réalisé	1 147 000 €	1 312 761 €	1 788 276 €			4 248 037 €
10-2-3	INPES	Budgété	6 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	30 000 000 €
		Réalisé	5 657 000 €	8 957 544 €	5 823 783 €			20 438 327 €
10-2-4	DGS	Budgété	8 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	8 000 €
		Réalisé	8 000 €	0 €	0 €			8 000 €
11-1	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	0 €	0 €	0 €	200 000 €
		Réalisé			3 005 €			3 005 €
11-2	INCa	Budgété	0 €	0 €	1 000 000 €	0 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé			43 910 €			43 910 €
11-3	INPES	Budgété	0 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	0 €	450 000 €
		Réalisé	0 €	0 €	18 310 €			18 310 €
11-4	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	0 €	600 000 €
		Réalisé	81 305 €	202 374 €	516 121 €			799 800 €
11-6	INPES	Budgété	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	750 000 €
		Réalisé		263 036 €	2 970 €			266 006 €
12-1	INCa	Budgété						
		Réalisé	17 316 €	57 943 €				75 259 €
12-3	DGT	Budgété	25 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	0 €	175 000 €
		Réalisé	0 €	16 659 €	41 126 €			57 785 €
12-4	INCa	Budgété	0 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	0 €	375 000 €
		Réalisé		200 000 €	21 €			200 021 €
12-5	INCa	Budgété						
		Réalisé			933 €			933 €
	INPES	Budgété	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	2 500 000 €	12 500 000 €
		Réalisé	2 090 000 €	2 461 582 €	2 013 416 €			6 564 998 €
12-6	INCa	Budgété						
		Réalisé			70 162 €			70 162 €
13-1	INCa	Budgété	0 €	250 000 €	0 €	250 000 €	0 €	500 000 €
		Réalisé			0 €			0 €
13-3	INCa	Budgété	0 €	0 €	200 000 €	0 €	0 €	200 000 €
		Réalisé			22 510 €			22 510 €
13-4	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	600 000 €
		Réalisé			3 469 €			3 469 €

14-1-1	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	300 000 €	0 €	0 €	600 000 €
		Réalisé			84 961 €			84 961 €
14-1-2	INCa	Budgété	2 600 000 €	3 600 000 €	5 550 000 €	6 500 000 €	5 050 000 €	23 300 000 €
		Réalisé		152 868 €	122 294 €			275 162 €
14-1-3	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	0 €	300 000 €
		Réalisé						
14-1-4	INCa	Budgété						
		Réalisé	6 737 628 €	6 744 941 €	5 616 245 €			19 098 814 €
14-2-1	INCa	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	1 600 000 €
		Réalisé			7 096 €			7 096 €
14-2-2	INCa	Budgété						
		Réalisé	426 370 €	127 515 €	111 540 €			665 425 €
	DGS	Budgété	500 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	1 300 000 €
		Réalisé	0 €	0 €	0 €			0 €
14-2-3	INCa	Budgété	0 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	500 000 €
		Réalisé						
14-3-1	INCa	Budgété	100 000 €	125 000 €	225 000 €	100 000 €	100 000 €	650 000 €
		Réalisé						
14-3-2	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	100 000 €	700 000 €
		Réalisé						
15-1-1	PLFSS (FNPEIS)	Budgété	67 000 000 €	71 000 000 €	73 000 000 €	76 000 000 €	79 000 000 €	366 000 000 €
		Réalisé	74 200 000 €	63 632 774 €	69 475 941 €			207 308 715 €
	DGS	Budgété	37 000 000 €	39 000 000 €	40 000 000 €	42 000 000 €	44 000 000 €	202 000 000 €
		Réalisé	37 670 000 €	38 800 000 €	37 980 785 €			114 450 785 €
15-1-2	INCa	Budgété	0 €	25 000 €	25 000 €	0 €	0 €	50 000 €
		Réalisé	30 770 €	34 902 €	131 012 €			196 684 €
15-1-3	INCa	Budgété	45 000 €	70 000 €	45 000 €	70 000 €	45 000 €	275 000 €
		Réalisé	27 547 €	233 559 €	0 €			261 106 €
15-1-4	INCa	Budgété						
		Réalisé	74 870 €	113 201 €	5 355 €			193 426 €
15-2-1	INCa	Budgété	50 000 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	100 000 €
		Réalisé		30 685 €	64 584 €			95 269 €
15-2-2	INCa	Budgété	0 €	270 000 €	170 000 €	170 000 €	70 000 €	680 000 €
		Réalisé			16 119 €			16 119 €

16-1-2	INCa	Budgété	70 000 €	300 000 €	400 000 €	0 €	0 €	770 000 €
		Réalisé	205 606 €	196 955 €	19 500 €			422 061 €
16-2	INCa	Budgété	600 000 €	1 000 000 €	1 050 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	4 650 000 €
		Réalisé	31 500 €	77 735 €	86 791 €			196 026 €
16-3-1	INCa	Budgété	0 €	225 000 €	225 000 €	125 000 €	25 000 €	600 000 €
		Réalisé			5 904 €			5 904 €
16-3-2	PLFSS (FNPEIS)	Budgété	0 €	2 000 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	8 000 000 €	26 000 000 €
		Réalisé		0 €	0 €			0 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	27 055 €		541 €			27 596 €
16-4	INCa	Budgété	100 000 €	500 000 €	500 000 €	400 000 €	0 €	1 500 000 €
		Réalisé	142 802 €	187 596 €	78 385 €			408 783 €
16-5-1	INCa	Budgété	0 €	0 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €	2 700 000 €
		Réalisé	13 500 €	480 576 €	404 440 €			898 516 €
16-5-2	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	0 €	100 000 €	0 €	250 000 €
		Réalisé	47 631 €	135 000 €	18 904 €			201 535 €
16-5-3	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	300 000 €	100 000 €	0 €	700 000 €
		Réalisé			68 797 €			68 797 €
16-5-4	INCa	Budgété						
		Réalisé			6 150 €			6 150 €
16-6	PLFSS (FNPEIS)	Budgété						
		Réalisé	600 000 €					600 000 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	366 993 €	757 887 €	545 293 €			1 670 173 €
	DGS	Budgété	650 000 €	660 000 €	700 000 €	0 €	0 €	2 010 000 €
		Réalisé	394 307 €	812 222 €	719 215 €			1 925 744 €
17-1-1	INCa	Budgété	0 €	2 500 000 €	5 500 000 €	0 €	0 €	8 000 000 €
		Réalisé		1 688 906 €				1 688 906 €
17-1-2	INCa	Budgété	50 000 €	114 000 €	64 000 €	64 000 €	64 000 €	356 000 €
		Réalisé			9 933 €			9 933 €
17-1-3	INCa	Budgété	0 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	100 000 €
		Réalisé			2 478 €			2 478 €
17-2-1	INCa	Budgété	20 000 €	60 000 €	50 000 €	0 €	0 €	130 000 €
		Réalisé	35 529 €	180 059 €				215 588 €
17-2-2	INCa	Budgété	84 000 €	84 000 €	84 000 €	84 000 €	84 000 €	420 000 €
		Réalisé	44 217 €	80 097 €	49 130 €			173 444 €
17-2-3	INCa	Budgété	60 000 €	160 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	520 000 €
		Réalisé		97 253 €	29 422 €			126 675 €
17-3-1	INCa	Budgété						
		Réalisé		182 863 €	99 732 €			282 595 €
17-3-2	INCa	Budgété	40 000 €	80 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	240 000 €
		Réalisé	7 648 €	105 083 €	56 655 €			169 386 €
17-3-3	INCa	Budgété	50 000 €	80 000 €	50 000 €	80 000 €	50 000 €	310 000 €
		Réalisé						
17-3-4	INCa	Budgété	150 000 €	150 000 €	150 000 €	20 000 €	0 €	470 000 €
		Réalisé	156 173 €		73 410 €			229 583 €
17-4-1	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €
		Réalisé	85 978 €	249 056 €	161 690 €			496 724 €
17-4-2	INCa	Budgété	0 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	80 000 €
		Réalisé			46 389 €			46 389 €

Total budgété sur l'axe	141 932 000 €	159 728 000 €	190 103 000 €	196 778 000 €	198 478 000 €	887 019 000 €
Total réalisé sur l'axe	145 826 745 €	145 351 239 €	140 289 175 €			431 467 159 €

**Budget de l'Axe Soins**

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
18-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	0 €	5 000 000 €	10 000 000 €	15 000 000 €
		Réalisé		0 €	0 €			0 €
	INCa	Budgété	400 000 €	900 000 €	1 470 000 €	0 €	0 €	2 770 000 €
		Réalisé		1 797 333 €	705 029 €			2 502 362 €
18-2	INCa	Budgété	0 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	200 000 €
		Réalisé		68 365 €	334 251 €			402 616 €
18-3	INCa	Budgété	600 000 €	1 100 000 €	2 100 000 €	2 600 000 €	2 600 000 €	9 000 000 €
		Réalisé	436 772 €	1 032 503 €	988 870 €			2 458 145 €
19-1	INCa	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	320 000 €
		Réalisé		439 803 €	679 384 €			1 119 187 €
19-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	13 000 000 €	31 000 000 €	41 000 000 €	41 000 000 €	41 000 000 €	167 000 000 €
		Réalisé	13 000 000 €	31 000 000 €	41 000 000 €			85 000 000 €
	INCa	Budgété	50 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	650 000 €
		Réalisé						
19-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	7 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €	35 000 000 €
		Réalisé	9 000 000 €	7 000 000 €	7 000 000 €			23 000 000 €
	INCa	Budgété	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
		Réalisé	20 382 €	32 710 €	43 741 €			96 833 €
19-4	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	110 000 €	0 €	560 000 €
		Réalisé		197 100 €	245 124 €			442 224 €
19-5	INCa	Budgété	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	10 000 000 €
		Réalisé	1 120 484 €	918 543 €	1 976 497 €			4 015 524 €
20-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	6 500 000 €	13 000 000 €	13 000 000 €	32 500 000 €
		Réalisé		0 €	1 000 000 €			1 000 000 €
20-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	0 €	3 000 000 €	4 000 000 €	7 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	INCa	Budgété	2 700 000 €	1 300 000 €	1 300 000 €	1 000 000 €	0 €	6 300 000 €
		Réalisé	2 934 000 €	184 538 €	180 000 €			3 298 538 €
20-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	6 000 000 €
		Réalisé		0 €	1 997 000 €			1 997 000 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé		50 000 €	348 300 €			398 300 €
21-1	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €
		Réalisé	45 000 €	144 393 €				189 393 €
21-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	4 500 000 €	12 000 000 €	14 000 000 €	14 000 000 €	44 500 000 €
		Réalisé		4 500 000 €	11 999 966 €			16 499 966 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé		4 056 911 €	2 876 234 €			6 933 145 €
21-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	3 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	15 000 000 €
		Réalisé		0 €	0 €			0 €
	INCa	Budgété	1 117 000 €	400 000 €	850 000 €	500 000 €	350 000 €	3 217 000 €
		Réalisé	958 762 €	80 000 €	974 309 €			2 013 071 €
21-4	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	400 000 €
		Réalisé		28 522 €	29 735 €			58 257 €
21-5	INCa	Budgété	0 €	1 000 000 €	3 000 000 €	0 €	0 €	4 000 000 €
		Réalisé		810 €				810 €

22-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	3 000 000 €	9 400 000 €	14 400 000 €	14 400 000 €	14 400 000 €	55 600 000 €	
		Réalisé	2 640 000 €	6 580 000 €	7 580 000 €				16 800 000 €
	INCa	Budgété	1 200 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	500 000 €	500 000 €		4 200 000 €
		Réalisé	737 227 €	1 423 665 €	134 044 €				2 294 936 €
22-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	950 000 €	1 580 000 €	3 580 000 €	3 580 000 €	3 580 000 €	13 270 000 €	
		Réalisé	630 000 €	3 392 500 €	3 495 500 €				7 518 000 €
	INCa	Budgété							
		Réalisé		251 137 €					251 137 €
22-3	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €	
		Réalisé	20 619 €	45 000 €					65 619 €
23-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	3 000 000 €	6 000 000 €	9 000 000 €	9 000 000 €	9 000 000 €	36 000 000 €	
		Réalisé	3 070 000 €	4 320 000 €	6 050 000 €				13 440 000 €
	INCa	Budgété	254 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	454 000 €	
		Réalisé	160 375 €	383 €	5 063 €				165 821 €
23-2	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	2 800 000 €	
		Réalisé		5 334 €	630 848 €				636 182 €
23-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	1 250 000 €	4 250 000 €	5 250 000 €	9 250 000 €	10 250 000 €	30 250 000 €	
		Réalisé	1 410 000 €	4 410 000 €	5 410 000 €				11 230 000 €
	INCa	Budgété							
		Réalisé		15 346 €					15 346 €
23-4	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	1 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	7 000 000 €	
		Réalisé		0 €	689 000 €				689 000 €
	INCa	Budgété	166 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	646 000 €	
		Réalisé	132 162 €	34 551 €	7 677 €				174 390 €
23-5	PLFSS (DGOS)	Budgété	2 000 000 €	6 000 000 €	18 500 000 €	13 500 000 €	13 500 000 €	53 500 000 €	
		Réalisé	0 €	1 759 500 €	1 999 500 €				3 759 000 €
	PLFSS (DGS)	Budgété							
		Réalisé		2 200 000 €	8 823 505 €				11 023 505 €
	INCa	Budgété	1 300 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	5 300 000 €	
		Réalisé	10 000 €	1 017 038 €	805 399 €				1 832 437 €
24-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	6 285 000 €	
		Réalisé		715 000 €	1 485 000 €				2 200 000 €
	INCa	Budgété							
		Réalisé			9 955 €				9 955 €
	MESR	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	6 285 000 €	
		Réalisé		0 €	0 €				0 €
24-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	4 000 000 €	7 000 000 €	10 000 000 €	21 000 000 €	
		Réalisé		0 €	0 €				0 €
24-3	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	700 000 €	
		Réalisé							
Total budgété sur l'axe			40 187 000 €	82 102 000 €	145 690 000 €	162 902 000 €	172 826 000 €	603 707 000 €	
Total réalisé sur l'axe			36 325 783 €	77 700 985 €	109 503 931 €			223 530 699 €	

**Budget de l'Axe Vivre Pendant et Après le Cancer**

			2009	2010	2011	2012	2013	Total
25-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	900 000 €	1 800 000 €	3 000 000 €	5 700 000 €
		Réalisé		0 €	900 000 €			900 000 €
	PLFSS (FICQS)	Budgété	0 €	0 €	300 000 €	600 000 €	1 000 000 €	1 900 000 €
		Réalisé			0 €			0 €
25-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	400 000 €	800 000 €	1 200 000 €	2 400 000 €
		Réalisé		0 €	400 000 €			400 000 €
25-3	INCa	Budgété	0 €	500 000 €	1 100 000 €	1 700 000 €	2 300 000 €	5 600 000 €
		Réalisé		591 422 €	228 821 €			820 243 €
25-5	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	500 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	2 500 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
26-1	INCa	Budgété	0 €	500 000 €	1 500 000 €	2 500 000 €	3 000 000 €	7 500 000 €
		Réalisé		262 004 €	560 122 €			822 126 €
26-2	INCa	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé		592 973 €	210 356 €			803 329 €
26-3	DGCS	Budgété	0 €	0 €	600 000 €	1 200 000 €	2 000 000 €	3 800 000 €
		Réalisé			0 €	0 €	0 €	0 €
27-1	CNSA	Budgété	0 €	0 €	1 000 000 €	2 000 000 €	3 000 000 €	6 000 000 €
		Réalisé			8 949 €	0 €	0 €	8 949 €
27-2	CNSA	Budgété	0 €	0 €	400 000 €	0 €	0 €	400 000 €
		Réalisé			0 €			0 €
28	INCa	Budgété	0 €	800 000 €	1 600 000 €	2 400 000 €	3 200 000 €	8 000 000 €
		Réalisé						
29-2	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	0 €	0 €	200 000 €
		Réalisé						
<b>Total budgété sur l'axe</b>			<b>0 €</b>	<b>2 300 000 €</b>	<b>8 800 000 €</b>	<b>14 200 000 €</b>	<b>19 700 000 €</b>	<b>45 000 000 €</b>
<b>Total réalisé sur l'axe</b>				<b>1 446 399 €</b>	<b>2 308 248 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>3 754 647 €</b>

# Lexique

## A

AAP : Appel à projets

ABM : Agence nationale de la biomédecine

ACSE : Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

AERES : Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur

ALD : Affection de longue durée

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM (ex-AFSSAPS) : Agence nationale de sécurité du médicament

ARC : Fondation ARC pour la recherche sur le cancer

ASIP : Agence des systèmes d'information de santé partagés

ATU : Autorisation temporaire d'utilisation

AVIESAN : Alliance pour les sciences de la vie et de la santé

## C

CCA : Chef de Clinique - Assistant

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CCLAT : Convention cadre pour la lutte anti-tabac (Organisation mondiale de la santé)

CCPS : Comité consultatif des professionnels de santé (INCa)

CCTIRS : Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé

CeNGEPS : Centre national de gestion des essais de produits de santé

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

CMPU : Comité des malades, des proches et des usagers (INCa)

CNAMTS : Caisse nationale d'Assurance maladie pour les travailleurs salariés

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPP : Comité de protection des personnes

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

## D

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGEFP : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGRI : Direction générale pour la recherche et l'innovation

DGS : Direction générale de la santé

DGT : Direction générale du travail

DGTPE : Direction générale du trésor

DSS : Direction de la sécurité sociale

## H

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de santé publique

## **I**

INCa : Institut national du cancer

INCTR : International network for cancer treatment and research

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

IRD : Institut de recherche pour le développement

IRESP : Institut de recherche en santé publique

ITMO cancer : Institut thématique multi-organismes sur le cancer (Inserm)

## **L**

LEEM : Les entreprises du médicament

LNCC : Ligue nationale contre le cancer

MAE : Ministère des affaires étrangères

MCU-PH : Maître de conférences des universités-praticien hospitalier

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MESR : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

MSA : Mutualité sociale agricole

## **O**

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

## **P**

PAIR : Programme d'actions intégrées de recherche

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique

PLF : Projet de loi de finances

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNNS : Programme national nutrition santé

PNREST : Programme national de recherche en environnement santé travail

PNSE : Plan national santé environnement

PU-PH : Professeur des universités-praticien hospitalier

## **R**

RBU : Référentiel de bon usage

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RRC : Réseau régional de cancérologie

## **S**

SIGREC : Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques

STIC : Soutien aux techniques innovantes coûteuses

## **V**

VADS : Voies aérodigestives supérieures

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHC : Virus de l'hépatite C



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

---

---



MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

Toutes les informations sur le Plan cancer 2009-2013  
[www.plan-cancer.gouv.fr](http://www.plan-cancer.gouv.fr)

52, avenue André Morizet  
92513 Boulogne-Billancourt Cedex  
Tél. : +33 (1) 41 10 50 00  
Fax : +33 (1) 41 10 50 20



INSTITUT  
NATIONAL  
DU CANCER  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)