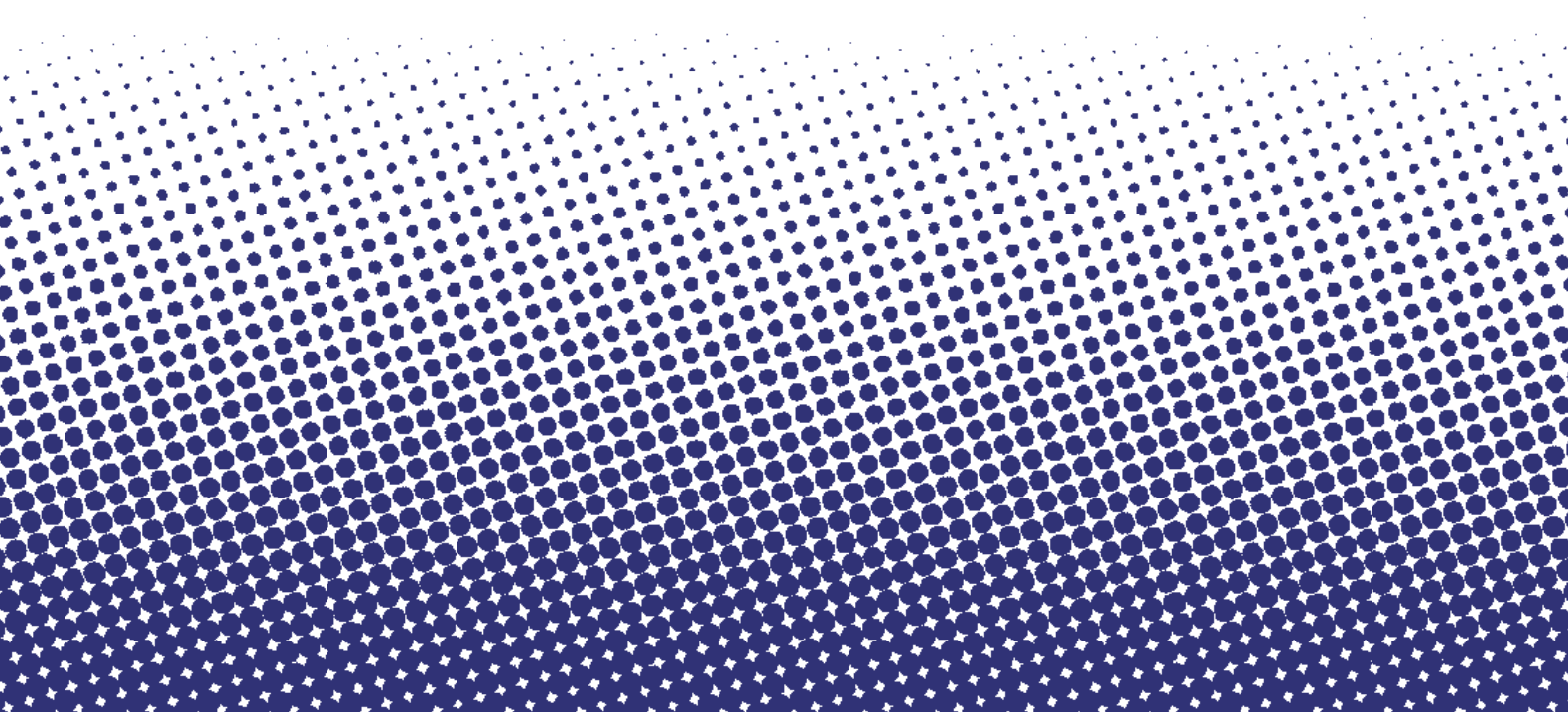




Plan cancer **2009** **2013**

3^e RAPPORT D'ÉTAPE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE JUIN 2011



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

Sommaire

PRÉAMBULE : LA GOUVERNANCE DU PLAN CANCER	5
SYNTHÈSE DE L'ÉTAT D'AVANCEMENT DU PLAN CANCER 2009-2013 AU 15 JUIN 2011	7
CHIFFRES CLÉS DU CANCER EN FRANCE	13
PARTIE I : LES ACTIONS ENGAGÉES A MI PARCOURS DU PLAN CANCER 2009-2013	15
PARTIE II : DONNÉES DE PILOTAGE DES 30 MESURES	41
LEXIQUE	131

Le 3^{ème} rapport d'étape au Président de la République présente l'état des lieux de la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 en juin 2011.

Faisant suite aux deux premiers rapports d'étape de juin et décembre 2010, il comprend les éléments suivants :

- la présentation de la gouvernance du Plan cancer 2009-2013 ;
- la synthèse de l'état d'avancement du Plan au 15 juin 2011 ;
- les chiffres-clés du cancer en France ;
- le rapport des actions engagées depuis 2009 ;
- les données de pilotage établies à juin 2011, comprenant les indicateurs de résultats par mesure, l'état d'avancement de chacune des actions et le bilan 2010 de l'exécution budgétaire.

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



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 le 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 résultats**

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 quatre types d'états d'avancement possibles par action : « 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). Une même action est susceptible de passer d'un état d'avancement à l'autre selon les stades de sa réalisation.

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.

▶ **Une mise en œuvre concertée des priorités 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 comité des malades, des proches et des usagers, du comité consultatif des professionnels de santé et du conseil d'administration de l'INCa. Les prochains séminaires, qui se tiendront les 1^{er} et 8 juillet 2011, seront consacrés au bilan à mi-parcours de l'avancement des mesures et à une réflexion collective sur les priorités du Plan cancer pour définir des stratégies d'actions.

Le colloque « Le Plan cancer 2009-2013 en mouvement », organisé le 24 novembre 2010, a réuni près de 900 participants, patients, professionnels de santé, chercheurs, institutionnels, associations, élus et journalistes. La prochaine rencontre nationale est prévue le 19 octobre 2011, autour de l'approche individualisée des traitements, des parcours pendant et après le cancer et de la prévention, à l'occasion de « l'année des patients et de leurs droits ».

▶ **Les informations sur l'avancement du Plan cancer partagées sur www.plan-cancer.gouv.fr**

Mis en ligne depuis octobre 2010, 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.



Synthèse de l'état d'avancement du Plan cancer au 15 juin 2011

A mi-parcours du Plan cancer 2009-2013, le bilan d'étape met en évidence un engagement des principales mesures sur l'ensemble des axes, conformément au calendrier prévu, grâce à l'implication de tous les acteurs de la recherche et de la lutte contre le cancer et à l'affectation des ressources programmées.

Cette mobilisation est à maintenir sur la durée du Plan pour garantir la réalisation des objectifs fixés.

Une partie des actions du Plan cancer présente néanmoins un retard dans leur mise en œuvre. Une vigilance particulière est nécessaire pour s'assurer de leur réalisation à l'échéance du Plan.

► Les moyens du Plan cancer sont mobilisés à hauteur des montants programmés

1,95 milliard d'euros sont prévus au total sur 5 ans, sur financement de l'État et de l'Assurance maladie, dont 730 millions d'euros de dépenses nouvelles. **531 millions d'euros ont été exécutés en 2009 et 2010**, correspondant à plus de 95% du montant prévisionnel. Pour l'année 2011, le montant prévisionnel des dépenses s'élève à 400 millions d'euros.

► Les principales avancées à mi-parcours du Plan cancer

Les avancées portent sur tous les domaines de la recherche et de la lutte contre le cancer. Les principales mesures, dont les 6 mesures phares, ont été engagées sur l'ensemble des axes du Plan cancer, en articulation avec les autres plans nationaux de santé publique (santé environnement, santé travail, maladies chroniques...).

1. Soutenir la recherche pour promouvoir l'innovation et le « transfert » plus rapide des découvertes scientifiques au bénéfice du diagnostic et des thérapies

Les mesures prévues par le Plan cancer 2009-2013 pour soutenir la recherche se concrétisent, en cohérence avec les orientations stratégiques communes de l'ITMO cancer, au sein de l'Aviesan, et de l'INCa.

Les progrès réalisés dans la connaissance des caractéristiques moléculaires des tumeurs permettent aujourd'hui un traitement personnalisé pour un nombre de plus en plus important de patients. Ainsi **l'accès aux thérapies ciblées progresse** grâce aux nouveaux tests de génétique moléculaire réalisés par les 28 plateformes hospitalières, permettant d'identifier les malades répondant à ces indications. Le programme lancé en 2010 concerne les cancers du poumon, colorectal et le mélanome.

Le soutien à la recherche clinique s'est accru afin de faire progresser la prise en charge et le traitement des cancers tout en réduisant leurs effets secondaires (183 projets retenus sur 2009-2011 sur les programmes PHRC et STIC pour un financement de 64,5 M€). **La participation des patients aux essais cliniques a augmenté** de 57 % entre 2008 et 2010¹, grâce au développement de l'offre d'essais et à une meilleure information des malades et des professionnels. Pour favoriser l'accès aux molécules innovantes, **16 centres d'essais cliniques de phase précoce** ont été labellisés fin 2010 et sont soutenus pour une durée de quatre ans.

¹ Augmentation du nombre de patients inclus de 21 700 en 2008 à 34 000 en 2010

Pour favoriser le transfert des avancées de la recherche au bénéfice de tous les patients, les coopérations interdisciplinaires entre équipes scientifiques et cliniciens sont à promouvoir à travers le soutien de projets et la structuration des organisations. **Deux premiers sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC)** sont labellisés et soutenus afin de promouvoir l'intégration de la recherche médicale, scientifique et sociétale autour de programmes interdisciplinaires et assurer la diffusion des résultats de la recherche après des professionnels, des patients et du public. Le soutien à la recherche translationnelle s'est poursuivi (52 projets retenus sur 2009-2011 pour un financement total DGOS-INCa de 21,5 M€). La structuration de la recherche sur le cancer en France repose sur les **7 cancéropôles** régionaux ou interrégionaux, qui mobilisent les acteurs de la communauté scientifique, médicale et industrielle pour développer des programmes interdisciplinaires. Suite à l'évaluation menée par l'AERES, ils sont labellisés en juin 2011 pour une durée de quatre ans et soutenus à hauteur de 21,7 M€.

La recherche sur les facteurs de risques environnementaux se développe avec l'ANSES dans le cadre du programme national de recherche en environnement santé travail (13 projets sur le cancer soutenus en 2010), et avec l'ANR dans le cadre de l'appel à projets «contaminants et environnement» en 2011. Un colloque international sur ce thème se tiendra en décembre 2011 (ANSES, INCa, ITMO cancer).

La recherche sur le cancer s'inscrit dans **une dimension internationale où la place de la France se renforce**. Dans le cadre du programme international ICGC², auquel participe la France pour les programmes des cancers du sein, du foie et de la prostate, les génomes des principaux types de cancer vont être séquencés afin de mieux comprendre le rôle des altérations des gènes dans leur développement. En outre, 5 équipes françaises ont été sélectionnées en 2010 pour participer avec le National Cancer Institute américain (NCI) au programme d'essais de nouvelles molécules mises à disposition par les entreprises pharmaceutiques.

2. Mieux prendre en compte les inégalités de santé face au cancer afin de les réduire en intervenant sur les facteurs de risques et le dépistage

Afin d'améliorer l'information sur les cancers et la cancérologie, face à la dispersion des informations et à la multiplicité des sources, une synthèse des données est réalisée dans le rapport « **La situation du cancer en France** » (INCa), actualisé et enrichi chaque année depuis 2009 et intégrant les disparités géographiques et sociales. L'accès est facilité grâce au **Portail des données du cancer**, dont la première version va être ouverte en octobre 2011 sur le site www.e-cancer.

La prévention et le dépistage doivent contribuer à réduire les inégalités face au cancer. Au moins un tiers des cancers seraient évitables, le principal facteur de risque étant le tabac. La consommation de boissons alcoolisées est la deuxième cause de mortalité évitable par cancer. **Les mesures législatives et réglementaires prévues pour lutter contre la consommation de tabac et limiter l'offre d'alcool** ont été prises (avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes, interdiction de vente aux mineurs de 18 ans). Elles ont été accompagnées par deux nouvelles campagnes d'information sur les risques du tabac et sur la consommation d'alcool, menées par l'INPES au premier semestre 2011, et par des actions de prévention adaptées telles que le programme de coaching personnalisé de Tabac Info Service.

La réduction des inégalités dans le domaine des cancers professionnels constitue une priorité du plan national santé environnement 2009-2013 et du plan santé travail 2010-2014, à travers les actions de **prévention des expositions professionnelles** par de nouvelles dispositions réglementaires (décret du 2 juillet 2010 relatif aux rayonnements optiques artificiels) et des contrôles renforcés de l'Inspection du travail sur les secteurs à risques.

La généralisation des dépistages organisés (cancer du sein, cancer colorectal) s'accompagne d'un creusement des écarts territoriaux et socioéconomiques dans le recours. Pour **améliorer la participation de l'ensemble de la population au dépistage des cancers**, des actions spécifiques de sensibilisation et des interventions de proximité sont déployées en direction des personnes les plus

² International Cancer Genome Consortium

fragiles pour des raisons sociales, culturelles ou économiques (sensibilisation des intervenants des ateliers santé ville, en partenariat avec l'Acse). Les professionnels de santé sont également sensibilisés au dépistage et à la détection précoce des cancers, au moyen d'outils d'information adaptés et de modules de formation (mélanome, cancers de la cavité buccale) et à travers des campagnes spécifiques (visites des délégués de l'Assurance-maladie ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal auprès de 45 000 médecins traitants en 2010). La qualité des programmes nationaux de dépistage organisé est également soutenue par un accompagnement des structures de gestion dans les départements (formations, mise à dispositions d'outils).

Pour accompagner la définition **de nouvelles stratégies de dépistage**, les recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ont été publiées par la HAS, sur saisine du ministre chargé de la santé, en novembre 2010, et une expérimentation est conduite dans 13 départements. Des recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate chez les sujets à risques sont en cours d'élaboration.

3. Garantir des parcours personnalisés et coordonnés, en renforçant le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge

Les **885 établissements de santé** ayant reçu une autorisation pour le traitement des cancers doivent remplir tous les critères attendus de sécurité et de qualité ; ces autorisations seront confirmées par les contrôles de conformité réalisés par les agences régionales de santé en 2011. La qualité des prises en charge dans les établissements est également soutenue par **recommandations de prise en charge spécialisée** (5 recommandations nationales élaborées par l'INCa depuis 2009, 5 autres recommandations de sociétés savantes ayant reçu le label HAS-INCa). En complément, des **guides pour les médecins traitants**, élaborés par la HAS et l'INCa, explicitent l'ensemble du parcours, du diagnostic au suivi, par type de cancer. L'objectif est de couvrir d'ici fin 2011 les 25 localisations les plus fréquentes représentant 95% des cancers (au 1^{er} juin 2011, les guides publiés couvrent 19 localisations de cancers).

Outil de partage d'informations entre les professionnels de santé, **le dossier communicant de cancérologie (DCC)** est testé dans 7 régions pilotes en 2011 suivant un cadre national élaboré par l'ASIP Santé et l'INCa, dans le contexte de déploiement du dossier médical personnel (DMP). Une expérimentation des **parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer** (programmes personnalisés de soins et de l'après cancer), pilotée par la DGOS et l'INCa, est conduite dans 35 sites pilotes par des établissements de santé, incluant des médecins traitants et des équipes soignantes de proximité. Les équipes sont soutenues et accompagnées sur une durée d'un an pour définir les conditions du déploiement à partir de 2012 de la coordination infirmière des soins, de la surveillance partagée avec les médecins traitants et de l'accompagnement social.

Afin d'améliorer **la prise en charge des enfants et des adolescents**, les 7 organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique vont être soutenues pour développer des projets spécifiques pour les adolescents atteints de cancer, intégrant les soins et l'accompagnement social ; des projets pilotes testent par ailleurs les modalités les plus pertinentes de suivi personnalisé des enfants sur le moyen et le long terme.

Pour rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers, la **plateforme Cancer Info** mise en place par l'INCa avec la Ligue nationale contre le cancer repose sur un site internet, une ligne téléphonique et des guides (13 nouveaux guides Cancer Info depuis 2009 et 15 guides par localisation de cancers destinés aux patients et déclinés des guides pour les médecins traitants).

4. Favoriser l'amélioration de la qualité de vie des personnes pendant et après le cancer

Aujourd'hui un patient sur deux est en vie cinq ans après un diagnostic de cancer³. Mais, en dépit des progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement de la maladie, les personnes touchées par le cancer sont confrontées à de nombreuses difficultés pour préserver ou reprendre une vie sociale et professionnelle. C'est pourquoi le Plan cancer 2009-2013 a fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes une priorité majeure. Celle-ci nécessite une forte mobilisation de tous les acteurs impliqués, sur la durée du Plan et au-delà, pour mener à bien l'ensemble des mesures programmées. Si plusieurs actions nouvelles sont déjà engagées, d'autres mesures devront faire l'objet d'une vigilance accrue afin de rendre effective leur mise en œuvre.

Pour améliorer **l'accompagnement social des personnes pendant et après le cancer**, une grille de détection des fragilités sociales a été élaborée, avec des assistantes sociales et des représentants des usagers, et mise à la disposition des professionnels en février 2011 sur le site www.e-cancer.fr. Le guide « Cancer Info » des démarches sociales, publié en 2009, va être actualisé en 2011. 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 est en cours d'élaboration par la Ligue nationale contre le cancer. Les coopérations entre équipes de soins et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont expérimentées en 2011 par la CNSA, 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.

La nouvelle campagne de communication sur l'image sociale du cancer, lancée en mai 2011 par le Ministère chargé de la santé et l'INCa, contribue à **faire évoluer les représentations sur la maladie et les personnes touchées**. 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. Le premier rapport de l'Observatoire sera publié à la fin 2011.

► Les points de vigilance au regard des priorités du Plan cancer

Une vigilance particulière devra être portée sur la mise en œuvre de certaines mesures qui présentent, à mi-parcours de l'avancement du Plan cancer 2009-2013, un retard ou des difficultés dans leur réalisation.

- Afin de garantir la qualité et la sécurité des soins dans les années à venir, il est impératif de **faire face aux défis démographiques des professionnels de santé en oncologie**. Le Plan cancer affiche un objectif ambitieux d'augmentation de 20% d'ici à 2013 des effectifs d'internes, mais aussi des postes hospitalo-universitaires dans les 4 spécialités liées à la cancérologie (en oncologie médicale, radiothérapie, anatomocytopathologie, hématologie). S'agissant des internes, une augmentation significative sur 2010-2014 est attendue, avec la création de 886 nouveaux postes sur la période dans les spécialités ciblées dans le Plan. Mais cette augmentation doit être accompagnée dans le même temps d'un renforcement de l'encadrement par la création de postes hospitalo-universitaires dans les services formateurs en cancérologie. L'évolution constatée depuis 2008 montre a contrario une diminution des postes nouveaux de PUPH et MCUPH. Une concertation avec les universités devra être menée pour permettre le développement de postes hospitalo-universitaires.
- Le Plan cancer se fixe pour objectif de **lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer**. Selon les études, 1 personne sur 5 en moyenne perd son emploi dans les deux ans suivant un diagnostic de cancer (parmi les personnes touchées exerçant une activité professionnelle). Un état des lieux est en cours sur les dispositifs d'aide au maintien et au retour à l'emploi et sur les difficultés spécifiques rencontrées par les personnes pendant et après le cancer. Il doit permettre d'adapter les outils et supports

³ Voir rapport « La survie attendue des patients atteints de cancer en France », Inca, avril 2010.

d'information pour les patients, les professionnels et les employeurs. La coordination entre les acteurs est à soutenir afin de mieux préparer la reprise de l'activité professionnelle et renforcer l'accompagnement dans les entreprises. Ceci implique notamment une meilleure articulation entre les professionnels des champs sanitaire et social, notamment les équipes hospitalières, les médecins spécialisés et traitants, les médecins conseils et les médecins du travail, situés à l'interface avec les employeurs.

- Pour améliorer l'accès aux assurances et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, **la nouvelle convention AERAS** a été signée en février 2011 par les Ministres concernés (économie et finances, cohésion sociale, santé), les associations représentant les usagers et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance. Un dispositif d'information est déployé pour mieux faire connaître les droits et les conditions d'accès. La mise en œuvre effective des engagements pris devra faire l'objet d'une attention particulière. Ainsi, les démarches d'accès à l'emprunt doivent être simplifiées via notamment l'harmonisation des questionnaires de santé. Les assureurs ont pris l'engagement de proposer, à compter du 1^{er} septembre 2011, une nouvelle garantie invalidité. Les assureurs se sont également engagés à prendre en compte les avancées thérapeutiques pour les personnes dont l'état de santé est consolidé ou stabilisé, ou en voie de l'être : un groupe de travail paritaire doit se mettre en place pour objectiver les données concernant les principales pathologies, dont les cancers, pour la tarification du risque.

- **La réduction des inégalités de santé face au cancer** constitue un objectif transversal du Plan cancer, tant en matière de recherche et d'observation pour mieux comprendre les déterminants des disparités, qu'elles soient géographiques, sociales, culturelles ou économiques, qu'à travers les mesures visant à intervenir pour une meilleure équité dans la prévention, le dépistage, l'accès à des soins de qualité et la vie pendant et après le cancer.

Les inégalités se creusent dans les comportements à l'origine de facteurs de risques de cancers. Ainsi la prévalence du tabagisme, qui s'élève à plus de 32% en France, est en augmentation (+2 points entre 2005 et 2010) notamment chez les plus jeunes et les femmes⁴. Le remboursement des substituts nicotiques devrait augmenter (de 50 à 150 euros) à partir de 2011 pour les femmes enceintes.

La nutrition et l'activité physique, facteurs de risque mais aussi de protection contre les cancers, sont également fortement marqués par les disparités sociales. En complément des mesures législatives et réglementaires prises pour limiter la consommation de tabac et l'offre d'alcool, les actions de promotion de la santé sont à développer et à conforter auprès des populations les plus fragiles. Un groupe d'experts devrait être constitué d'ici juillet pour proposer en 2011 de nouvelles dispositions afin de renforcer la lutte contre le tabac.

La démarche initiée pour promouvoir les actions de « recherche interventionnelle », visant à évaluer les résultats des interventions conduites pour lutter contre les inégalités face au cancer, reste à consolider. Son déploiement nécessite un soutien accru des équipes de recherche en sciences humaines et sociales et en épidémiologie, mais aussi un effort particulier pour favoriser le rapprochement entre les chercheurs et les intervenants des actions de santé publique de proximité.

⁴ Baromètre santé 2010 INPES

Chiffres clés du cancer en France

► Une incidence des cancers en hausse

Le nombre de nouveaux cas de cancer en France est estimé en 2010 à environ 357 500 (203 000 hommes et 154 500 femmes). L'incidence des cancers est en hausse, avec une progression de + 1,2 % chez l'homme et de + 1,4 % chez la femme en moyenne par an entre 1980 et 2005.

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, colorectal et du poumon.

Plus de la moitié des cas estimés en 2010 (57 %) sont diagnostiqués chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'âge moyen au diagnostic est de 67 ans chez l'homme et 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. Le cancer représente néanmoins la première cause de décès chez l'homme (33 % des décès masculins) et la deuxième chez la femme (23 % des décès féminins), et il reste la première cause de décès prématuré avant 65 ans.

L'âge médian au décès sur la période 2003-2007 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 50 % des patients avec un diagnostic de cancer seront vivants après 5 ans et 38 % seront guéris.

Les pronostics sont toutefois très différenciés selon 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 pour l'année 2010 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 2010 », INCa, novembre 2010

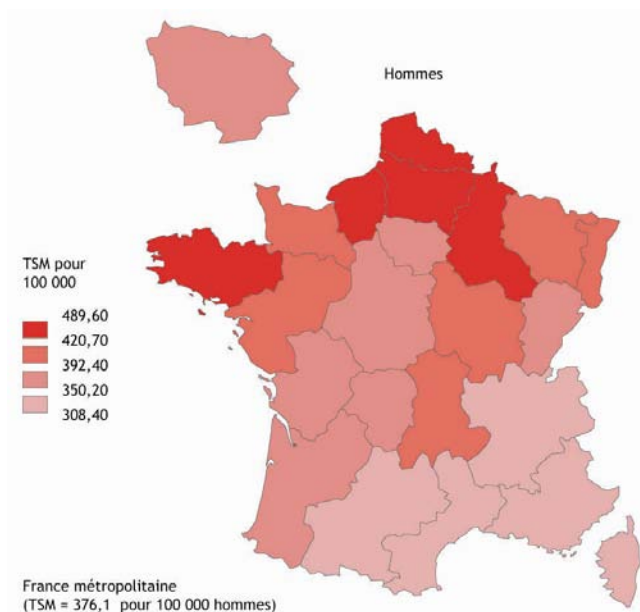
► Des disparités géographiques importantes

L'incidence des cancers en France, comme la mortalité par cancer, présente d'importantes disparités géographiques ; les régions du nord étant globalement plus touchées*.

Chez l'homme, les cinq régions ayant les taux d'incidence les plus forts sont le Nord - Pas-de-Calais, la Bretagne, la Haute-Normandie, la Picardie et la Champagne-Ardenne. Chez la femme, les régions les plus touchées par le cancer sont le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie, la Haute-Normandie, l'Île-de-France et la Lorraine.

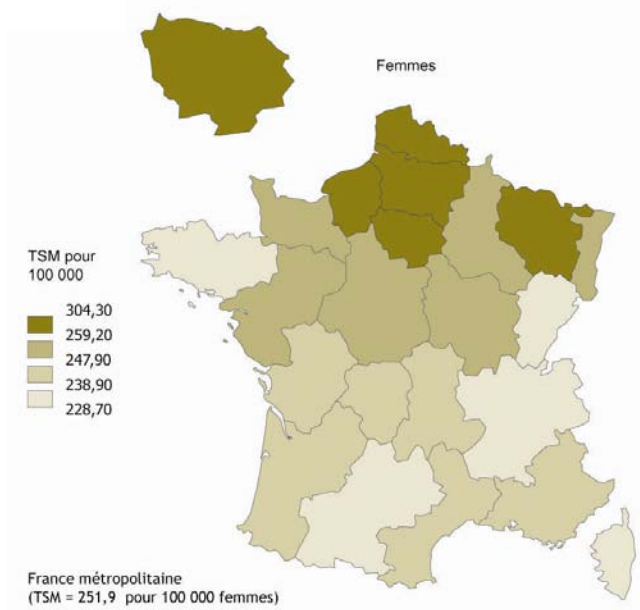
Incidence des cancers en 2005 en France métropolitaine

Taux standardisés à la population mondiale tous cancers à l'échelle régionale



Source : HCL/InVS/Inca/Francim/Inserm

Infographie : INCa 2010



* Données non disponibles pour les DOM à ce jour (recueil des registres en cours)



Partie I

Les actions engagées à mi-parcours du Plan cancer 2009-2013

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

La stratégie de la recherche sur le cancer a pour finalités de continuer à réduire la mortalité liée à cette maladie, de faire reculer sa fréquence et sa gravité par des actions de santé publique et d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients par des traitements plus efficaces et moins toxiques.

Un des enjeux majeurs de la programmation de la recherche en cancérologie aujourd'hui est de permettre un transfert plus rapide des découvertes scientifiques au bénéfice du diagnostic et des traitements des malades. C'est pourquoi les priorités définies par le Plan cancer 2009-2013 portent notamment sur le soutien à la recherche pluridisciplinaire et translationnelle et à la recherche clinique.

En outre, les progrès dans l'accès aux thérapies innovantes nécessitent le développement des tests de génétique moléculaire pour identifier les patients pouvant en bénéficier.

La garantie de la qualité 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 15 juin 2011

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



Mesure 1 Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Pour favoriser le transfert des avancées de la recherche au bénéfice de tous les patients, les coopérations interdisciplinaires entre équipes scientifiques et cliniciens sont à promouvoir à travers la structuration des organisations et le soutien de projets.

- Afin de promouvoir et structurer la coopération entre les différentes dimensions de la recherche - fondamentale, clinique, santé publique, sciences humaines et sociales - **des sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC)** sont 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), publié en juillet 2010. Suite à l'évaluation des candidatures (12 projets reçus) par un jury international en mai 2011, deux SIRIC sont labellisés. Un nouvel appel à candidatures sera lancé au deuxième semestre 2011. Le Plan prévoit au total la labellisation de 5 SIRIC d'ici à 2013.

▶ **FAIT MARQUANT** : Labellisation des 2 premiers sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) en 2011.

- La structuration 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 pour développer des programmes interdisciplinaires. Suite à l'évaluation menée par l'AERES, ils sont labellisés en juin 2011 pour une durée de quatre ans et soutenus à hauteur de 21,7 millions d'euros. L'appréciation globale de l'ensemble des actions structurantes menées par chacun des cancérôpôles est très positive et la valeur ajoutée de ce programme en termes de dynamique régionale et nationale de recherche a été reconnue.

▶ **FAIT MARQUANT** : Evaluation par l'AERES et labellisation des 7 cancérôpôles régionaux ou interrégionaux, pour un financement pluriannuel de 21,7 millions d'euros (INCa).

- 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. 12 nouveaux projets de recherche translationnelle ont été retenus en 2011 et financés pour un montant pluriannuel de 5,15 millions d'euros. Ils s'ajoutent aux projets sélectionnés en 2009 et 2010 (16 projets en 2010 pour 6,54 millions d'euros, 24 en 2009 pour 9,8 millions d'euros)⁵. L'appel à projets pour 2012 sera publié par le ministère chargé de la santé (DGOS) et l'INCa en octobre 2011.

La spécificité de la recherche translationnelle dans le domaine du cancer implique le développement d'une formation appropriée de médecins et de chercheurs. Des **subventions de formation** en master 2, doctorat ou postdoctorat sont attribuées. Dix-neuf projets ont ainsi été sélectionnés en mai 2011, en complément des 32 projets retenus en 2009 et 2010, pour un financement total de 3,2 millions d'euros.

Enfin, deux nouveaux appels à projets de recherche multidisciplinaire ont été lancés par l'Inserm en 2011, dont la reconduction est programmée. Le premier inclut les mathématiques, la physique et les sciences de l'ingénieur (évaluation en juillet 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 (évaluation en septembre 2011).

▶ **FAIT MARQUANT** : 52 projets de recherche translationnelle retenus sur 2009-2011 pour un financement pluriannuel DGOS-INCa de 21,5 millions d'euros. 51 subventions de formation à la recherche translationnelle attribuées sur 2009-2011 pour un montant total de 3,2 millions d'euros.

- Dans le cadre du **programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur le cancer de la prostate**, 8 projets ont été retenus en 2010, co-financés par l'ARC, la Ligue nationale contre le cancer et l'INCa pour un montant total de 6 millions d'euros. Les PAIR ont vocation à soutenir l'ensemble des dimensions de la recherche dans le cadre d'une pathologie : biologie fondamentale, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic, traitement et les aspects des sciences humaines et sociales. Un nouveau programme PAIR a été lancé sur les cancers des voies aérodigestives supérieures qui sera déployé à partir de 2011.
- Un **projet européen d'ERA-Net portant sur la recherche translationnelle sur le cancer** a été accepté par la Commission en avril 2010. Cet instrument du programme cadre européen de recherche et développement permet aux États membres et associés de coordonner leurs programmes nationaux et va permettre aux partenaires de financer des projets de recherche translationnelle sélectionnés dans le cadre d'appels à projets conjoints. Coordiné par le ministère de la santé italien, ce projet rassemble 25 partenaires issus de 19 pays, dont la France qui pilotera les actions de formation à la recherche translationnelle et l'élaboration du cahier des charges de l'un des 3 appels à projets prévus. Le lancement d'un premier appel à projets est prévu au deuxième semestre 2011.

⁵ Les données 2009-2010-2011 figurent en partie II du présent rapport (fiche mesure 1).

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.

Les actions engagées pour développer l'offre d'essais cliniques et améliorer l'information ont déjà permis de faire progresser de 57% le nombre de malades inclus dans les essais entre 2008 et 2010 (augmentation du nombre de patients inclus de 21 700 en 2008 à 34 000 en 2010). Toutefois, les efforts sont à poursuivre pour accroître la participation des populations les plus vulnérables, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de cancers rares.

► **FAIT MARQUANT** : Progression du nombre de malades inclus dans les essais cliniques de 57% entre 2008 et 2010. L'objectif fixé par le Plan d'augmenter de 50% la participation aux essais d'ici 2013 est déjà atteint. Les efforts sont à poursuivre en faveur des populations les plus vulnérables, enfants, personnes âgées, patients atteints de cancers rares.

- **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, permettant de financer des projets d'ampleur nationale, 66 projets ont été retenus en 2011 pour un financement de 23 millions d'euros⁶, qui s'ajoutent aux projets sélectionnés en 2009 et 2010 (61 projets en 2010 pour 22 millions d'euros, 56 projets sélectionnés en 2009 pour 19,5 millions d'euros)⁷. Les appels à projets PHRC et STIC pour 2012 seront publiés à la fin 2011.

► **FAIT MARQUANT** : 183 projets retenus en 2009-2011 pour un financement total de 64,5 millions d'euros, dans le cadre des programmes PHRC et STIC en cancérologie, financés par l'Assurance maladie.

- Des essais cliniques de grande ampleur sont en cours pour le cancer du sein : l'étude SIGNAL pour l'identification de facteurs génétiques de prédisposition et de facteurs prédictifs de toxicité ou de sensibilité au traitement (plus de 7 000 patientes recrutées de 2009 à mai 2011 dans 135 centres participants) et l'essai SHARE en matière de radiothérapie du cancer du sein, dont les inclusions ont démarré fin 2010 (2 800 patientes devraient être incluses dans 50 centres de radiothérapie).
- Afin de favoriser l'accès aux molécules innovantes pour les patients, **seize centres d'essais cliniques de phase précoce** (CLIP) ont été labellisés fin 2010, sur appel à candidatures, et soutenus par des financements dédiés pour une durée de quatre ans. L'objectif est aussi de donner une meilleure visibilité internationale à la recherche clinique française, en particulier pour les CLIP (phases 1 et 2).

Une action spécifique est initiée depuis 2009 par l'INCa **en partenariat avec le National Cancer Institute américain** (NCI-CTEP), pour organiser la participation de centres français au

⁶ Les projets sont financés sur 4 ans par des crédits MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'Innovation).

⁷ Les données 2009-2010-2011 figurent en partie II du présent rapport (fiche mesure 4).

programme portant sur des essais de phase II de nouvelles molécules mises à disposition par les entreprises pharmaceutiques auprès du NCI, dans le but de favoriser le développement de ces nouveaux agents anticancéreux et de les mettre rapidement à la disposition des patients en France. Parmi les 41 projets soumis par les équipes françaises, 5 ont été sélectionnés (4 projets d'essais cliniques, 1 projet préclinique) ; l'inclusion des patients a démarré en 2011.

▶ **FAIT MARQUANT** : 16 centres d'essais cliniques de phase précoce labellisés en 2010 pour quatre ans et soutenus par des financements dédiés.

- **Pour une meilleure information des patients et des professionnels de santé** sur l'offre d'essais cliniques, 1 208 essais ont été répertoriés au 31 mai 2011 (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'AFSSAPS, 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).

▶ **FAIT MARQUANT** : 1 208 essais cliniques répertoriés sur le registre des essais cliniques de cancérologie au 31 mai 2011. Plus de 400 000 pages vues au premier trimestre 2011 sur le registre en ligne sur www.e-cancer.fr.

- Le Plan cancer fixe également 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 va étendre le processus, mis en place avec la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, de relecture des fiches patients avant consultation des comités de protection des personnes, 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 2011, le nouveau dispositif devrait permettre une forte montée en charge du nombre de fiches patients ainsi relues, d'une moyenne annuelle de 30 fiches aujourd'hui jusqu'à 250 fiches par an.
- Les progrès réalisés dans la compréhension des mécanismes de cancer permettent aujourd'hui **le développement de nouvelles thérapies « ciblées » en fonction des caractéristiques biologiques des tumeurs**. L'accès à ces traitements innovants s'appuie sur des tests de génétique moléculaire pour guider la stratégie thérapeutique. Ces tests sont réalisés par les plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers (28 plateformes réparties sur le territoire), grâce à un soutien financier important depuis 2009 permettant leur réalisation sans contrepartie financière pour les malades atteints de cancer colorectal métastasé, de cancer du poumon et du mélanome⁸. Pour anticiper l'arrivée de nouvelles thérapies ciblées en cours de développement clinique, un nouveau programme a été lancé, dans le cadre d'un partenariat public-privé, permettant la détection en routine d'une série de biomarqueurs émergents (voir 3.3).

⁸ Tests KRAS (cancer colorectal), tests EGFR (cancer du poumon), tests BRAF V600E (mélanome)

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.

► **FAIT MARQUANT : une stratégie commune de recherche contre le cancer**

Les orientations stratégiques communes de l'Institut thématique cancer (ITMO cancer), au sein de l'Aviesan, et de l'Institut national du cancer (INCa), ont été définies, afin de garantir la cohérence de la programmation de la recherche contre le cancer entre les acteurs impliqués.

Six axes stratégiques sont identifiés, en adéquation avec le Plan cancer 2009-2013 :

- soutenir les domaines d'excellence de la recherche fondamentale sur le cancer en France ;
 - faciliter la recherche translationnelle ;
 - identifier les facteurs socioculturels et économiques qui influencent l'efficacité de la prévention, l'accès au diagnostic précoce, l'accès aux soins de qualité et la survie des patients atteints de cancer et réduire les inégalités face au cancer ;
 - mobiliser les meilleures équipes de recherche sur la coordination des ressources biologiques et les programmes de génomique et d'épigénomique à grande échelle ;
 - développer une recherche clinique innovante par l'aide sur projets aux investigateurs visant à faire émerger des traitements efficaces ;
 - renforcer le positionnement de la recherche française au niveau international.
- **Le programme International cancer genome consortium (ICGC)**, dans lequel la France s'est engagée depuis 2008, vise à séquencer les génomes d'une cinquantaine de types de cancers afin de mieux comprendre le rôle des altérations génomiques dans leur développement. L'objectif est de séquencer le génome de cinq types de tumeurs. La phase pilote démarrée dès 2009 concerne le séquençage de l'hépatocarcinome et du cancer du sein HER2+⁹. A ce jour, 14 échantillons de cancer du foie ont été séquencés et la validation des résultats est en cours sur de nouvelles tumeurs. La collecte des échantillons de cancer du sein HER2+ progresse très rapidement grâce au réseau mis en place dans le cadre de l'étude clinique SIGNAL, 16 échantillons sont en cours de séquençage. En plus de ces 2 types de tumeurs, un troisième programme de séquençage se met en place à partir de 2011 piloté par l'Inserm ; il concerne le cancer de la prostate.

► **FAIT MARQUANT 2011** : démarrage d'un 3^{ème} programme de séquençage du génome pour le cancer de la prostate (Inserm), en complément des programmes engagés pour le cancer du foie et le cancer du sein (INCa).

- **La tumorotheque virtuelle nationale (TVN)**, ouverte en juillet 2010, a pour objectif de donner une visibilité et une accessibilité aux principales collections nationales d'échantillons constituées dans le cadre de réseaux et consortiums thématiques et de programmes de recherche nationaux ou internationaux. Cette base de données regroupe plus de 1 600 échantillons biologiques issus du programme PNES cancers du poumon. Elle sera implémentée durant l'année 2011 avec d'autres collections thématiques, notamment les cancers du foie (programme ICGC) et les cancers de la prostate (programme PAIR 2010 et ICGC).

⁹ HER2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor-2).

- **Le développement de la coopération internationale en recherche et en santé publique contre le cancer** s'effectue notamment à travers des partenariats multilatéraux. Un accord a ainsi été signé par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) définissant une stratégie commune et une première étude devrait être initiée en Thaïlande sur les cancers du col de l'utérus. Dans le cadre d'un accord conclu avec l'INCTR¹⁰ pour le déploiement d'un réseau de télépathologie en Afrique de l'Ouest pour le soutien au diagnostic, un atelier sur les lymphomes a été soutenu par l'INCa. Les stages de formation des radiophysiciens mauritaniens, objet d'un cofinancement avec l'AIEA, ont démarré comme prévu en avril 2011. De nouvelles modalités de fonctionnement du Réseau Cancer de Coopération Internationale ont été adoptées permettant une redynamisation de cette plateforme. Enfin, l'INCa participe, dans le cadre de l'Union européenne, à une assistance au programme national de dépistage en Serbie.

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 de la politique de formation est de pouvoir anticiper les besoins à venir et les évolutions, à partir de l'observation de la démographie selon les spécialités et les territoires, pour définir des programmes de formation adaptés et cibler la création de postes dans les régions en forte pénurie. Le Plan cancer 2009-2013 fixe en outre comme priorité le soutien des métiers de la radiothérapie et de la spécialité d'anatomopathologie, confrontés à des défis spécifiques.

- L'arrêté pluriannuel programmant la création de postes d'internes par spécialité et région¹¹ prévoit **886 nouveaux postes d'internes sur la période 2010-2014** dans les spécialités ciblées par le Plan cancer : 577 postes d'internes en DES d'oncologie et 309 en DES d'anatomopathologie, soit une augmentation respective de 36 % et 23 % sur 4 ans. Pour le cycle 2010-2011, 92 postes sont pourvus en oncologie et 53 en anatomopathologie. Le domaine de la cancérologie est par ailleurs indiqué dans la circulaire conjointe des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche comme étant une priorité des redéploiements de postes hospitalo-universitaires pour 2010 et 2011, ce qui devrait permettre de conforter les postes concernés dans ce champ.

▶ **FAIT MARQUANT** : une augmentation significative des postes d'internes en oncologie médicale (+ 36 %) et en anatomopathologie (+ 23 %) sur 2010-2014.

- Un soutien particulier est mis en œuvre pour **les régions en situation démographique difficile**, qui bénéficient de moyens renforcés (financement de 13 postes d'assistants spécialistes en 2010 en oncologie médicale et anatomopathologie). Les agences régionales de santé pourront également activer les leviers prévus par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » pour le rééquilibrage territorial des professionnels de santé.
- Le renforcement quantitatif et qualitatif des postes au sein des centres de radiothérapie est un enjeu crucial. **Les effectifs de radiophysiciens en formation ont connu un doublement depuis 2007**, avec 96 étudiants admis en septembre 2010 à la préparation du diplôme de qualification en physique radiologique et médicale, suite à l'ouverture à de nouveaux masters et aux écoles d'ingénieurs (arrêté du 18 mars 2009). La modification de l'arrêté du 19 novembre

¹⁰ INCTR (*International network for cancer treatment and research*) : réseau international pour la recherche et le traitement du cancer dans les pays en voie de développement.

¹¹ Arrêté ministériel du 12 juillet 2010.

2004, attendue en juin 2011, permettra l'accès au diplôme de radiophysique médicale à de nouveaux étudiants de masters et une circulaire formalisera l'organisation des lieux de stages. Le nombre de radiophysiciens en exercice a augmenté de 9% entre 2009 et 2010 (490 ETP en exercice), mais l'objectif de 600 professionnels en 2011 ne devrait être atteint qu'en 2012, en raison des effectifs entrant en formation¹². En outre, le **soutien au métier de technicien de dosimétrie** se traduit à la fois par la structuration de la formation et par une réflexion ministérielle en cours à travers l'élaboration du processus de validation des acquis de l'expérience et d'une fiche emploi. Enfin, des financements dédiés ont été délégués en 2010 pour le **recrutement de qualifiés** dans les centres de radiothérapie pour accompagner la mise en place des obligations fixées par les critères d'agrément (INCa) et le référentiel de l'Autorité de sûreté nucléaire (voir 3.1).

- **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. La classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours d'actualisation sous le pilotage de la CNAMTS pour prendre en compte 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. Un groupe de travail relatif à l'anatomopathologie a été mis en place par le ministère de la santé, pour établir un état des lieux exposant les difficultés de la spécialité et fournir avant fin 2011 des préconisations et des propositions d'actions.
- Le rapport « Les métiers du diagnostic biologique du cancer, anatomie et cytologie pathologiques, biologie médicale, génétique », publié en 2009 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et l'INCa, dresse l'état des lieux démographique des professionnels en activité et en formation, permettant de suivre les évolutions de l'offre et identifier les besoins à venir. La version 2011 du rapport portera sur l'analyse prospective des choix d'installation des jeunes spécialistes en exercice (oncologues médicaux, radiothérapeutes et pathologistes). Une base de données des effectifs en exercice et en formation est en cours de constitution afin d'établir un tableau de bord sur les métiers de la cancérologie.

¹² Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 22).

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 de santé face au cancer, géographiques, socio-économiques ou liées à l'environnement, à travers tous les axes de la politique de lutte contre le cancer. Les enjeux sont de mieux comprendre les facteurs de risques et mieux connaître les disparités 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 15 juin 2011

2.1. Analyser les facteurs d'inégalités et 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

Les objectifs attendus sont de mieux connaître les déterminants des inégalités sociales face au cancer et de mieux caractériser les risques environnementaux et comportementaux et les populations exposées afin d'assurer une prévention adéquate. Pour atteindre ces objectifs, les actions prévues par le Plan cancer 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.

- Sur appels à projets de recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique, 23 projets portant sur **les inégalités sociales face au cancer** ont été retenus sur 2009-2011, dont 10 nouveaux projets sélectionnés en mai 2011¹³.

Une nouvelle démarche de « **recherche interventionnelle** » a été lancée depuis 2010, encourageant la mobilisation des chercheurs en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique afin de développer et évaluer des interventions de terrain visant à réduire les inégalités sociales face au cancer. Afin d'accompagner les porteurs de projets, une première sélection sur lettres d'intention est réalisée par le comité d'évaluation, avant sélection définitive des projets retenus. 2 projets ont été ainsi retenus en 2010 et 11 projets sélectionnés sur lettres d'intention en 2011.

Un colloque scientifique sur le thème « inégalités face au cancer : chercher et intervenir » s'est tenu en octobre 2010 ; il a permis d'aborder la problématique des enjeux méthodologiques et organisationnels de la recherche interventionnelle en santé publique, au regard des expériences internationales (Canada, Royaume-Uni, États-Unis). Un séminaire sur la recherche interventionnelle sera organisé en octobre 2011 en collaboration avec les cancéropôles.

▶ **FAIT MARQUANT:** 23 projets de recherche portant sur les inégalités sociales face au cancer retenus de 2009 à mai 2011, dont 10 nouveaux projets sélectionnés au premier semestre 2011.

¹³ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 2).

- S'agissant de **la recherche sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers**¹⁴, 45 projets ont été retenus de 2009 à mai 2011, parmi lesquels 16 nouveaux projets au premier semestre 2011. Ces projets ont été sélectionnés sur appels à projets de recherche récurrents de l'INCa, et sur les appels à projets lancés par l'ANSES en association avec l'INCa depuis 2010, dans le cadre du **programme national de recherche en environnement-santé-travail** (PNREST) visant à promouvoir durablement une recherche d'excellence dans le domaine de la santé environnementale et de la santé au travail. L'INCa s'associe également à l'ANR dans le cadre de son appel à projets « contaminants et environnement » en 2011.

Un colloque international sur la question des risques environnementaux et comportementaux face aux cancers est en préparation, en partenariat entre l'ANSES, l'INCa et l'ITMO cancer (Aviesan) ; il se tiendra en décembre 2011.

▶ **FAIT MARQUANT:** 45 projets sur les risques comportementaux et environnementaux dans le domaine des cancers retenus de 2009 à mai 2011 (INCa, ANSES), dont 16 nouveaux projets au 1er semestre 2011.

- S'agissant des instruments de recherche, **trois 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, sont soutenues financièrement par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer pour un montant annuel de 3 millions d'euros (E3N, Nutrinet, Constances). Le financement pour E3N, dont le recrutement est terminé, permet de recueillir des prélèvements salivaires sur les sujets de la cohorte afin de disposer de leur ADN. La cohorte, qui fête ses 20 ans, a recruté plus de 98 000 femmes. De nombreuses publications informent sur la fréquence des cancers pour les femmes incluses dans E3N, permettant des projections d'incidence ou des études étiologiques. Constances n'a pas encore commencé son recrutement grandeur réelle, mais sa phase pilote est terminée. En revanche, 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.

Cinq autres cohortes ayant trait au cancer, soutenues par le dispositif « Investissements d'avenir », vont recevoir un financement complémentaire à partir de 2011 dans le cadre du Plan cancer (Canto, Coblance, Cryostem, E4N, Hope-Epi).

- 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 ; le soutien d'un projet de suivi des cancers de l'enfant est également prévu.

Un appel à projets pour la constitution de **bases clinico-biologiques communes autour d'une même pathologie**¹⁵ va être lancé fin juin 2011 (INCa). 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.

¹⁴ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 3).

¹⁵ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 23).

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 2009-2013 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'ensemble de ces informations est rendu accessible sur le **Portail des données du cancer**, dont la première version a été livrée en juin 2011. Après la réalisation des tests durant l'été, l'ouverture du Portail sur le site www.e-cancer.fr est prévue en octobre 2011¹⁶.

▶ **FAIT MARQUANT** : Ouverture du Portail des données du cancer prévue en octobre 2011 sur le site www.e-cancer.fr.

- Le Haut Conseil de la santé publique a été saisi pour identifier les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine des cancers. De nouveaux groupes de travail sur les inégalités sociales de santé et les systèmes d'information sont en cours de constitution. Un séminaire s'est tenu en mai 2011 avec les services producteurs de statistiques sanitaires ; il va permettre d'émettre des recommandations d'ici fin 2011.
- **Les données d'incidence et de mortalité estimées 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. L'Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine, publié en 2009 présente l'évolution de la mortalité par cancer, par sexe, âge et type de cancers (1970-2004) et les disparités géographiques. Le rapport « dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France » publié en novembre 2010 présente l'évolution de la mortalité par cancer au cours des vingt dernières années à partir des données les plus récentes. Enfin, le rapport sur « **la survie attendue des patients atteints de cancer en France** » publié en avril 2010 établit des projections de survie des adultes atteints de cancer (voir 3.4).
- Dans l'objectif d'améliorer et soutenir la surveillance épidémiologique des cancers, **le soutien des registres des cancers est renforcé**, par un financement accru, afin 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). En juin 2011, trois quart des registres ont pu atteindre cet objectif malgré les difficultés rencontrées dans la transmission des données anatomocytopathologiques aux registres¹⁷. Afin de faciliter l'accès aux sources de données, l'InVS et INCa participent à la réflexion sur la transmission des données ACP à des fins de santé publique et de recherche dans le cadre d'un groupe de travail sur la profession des pathologistes réunissant tous les partenaires institutionnels et professionnels concernés et piloté par la DGOS. Ce groupe de travail rendra ses conclusions à la fin de l'année 2011.

▶ **FAIT MARQUANT** : Trois quart des registres ont réduit d'une année le délai de production des données d'incidence des cancers (19 registres sur 26).

- Le programme de travail partenarial 2011-2013 (InVS-Francim-HCL-INCa) relatif à la surveillance des cancers à partir des registres est finalisé. Il est annexé à un accord cadre entre les 4 partenaires, en cours de signature. Les nouvelles instances de pilotage (comité de suivi, conseil

¹⁶ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 6).

¹⁷ Voir partie II du présent rapport (fiche mesure 7).

scientifique) sont en cours de mise en place. L'avancement de chacune des 27 actions du programme sera examiné lors du premier comité de suivi (juillet 2011). Parmi ces actions figure l'étude de la survie qui est en cours de rédaction avec une publication prévue pour la fin de l'année 2011.

- Suite à l'étude pilote sur le **système multisources en cancérologie** (rapport prévu pour juin 2011), les travaux se poursuivent selon 2 axes, l'un sur la production d'indicateurs d'incidence provisoires à partir des bases ALD et PMSI croisées (système bi-source), l'autre portant sur la constitution d'une base nationale à partir des comptes-rendus d'anatomie et de cytologie pathologiques (ACP) dans le cadre des travaux de l'ASIP-santé et de l'INCa sur le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC). Le premier comité de suivi du SMSC s'est réuni en novembre 2010, et le suivant est prévu en juin 2011. Concernant le système bisource, les données PMSI et ALD cancer de 2006 à 2008 disponibles avec un numéro d'anonymat unique ont pu être obtenues en août 2010, à l'exception des données de la MSA¹⁸. Six localisations prioritaires ont été définies en janvier 2011 par l'INCa et l'InVS (système nerveux central, utérus, poumon, rein, sein et colon/rectum). Les travaux relatifs au croisement des bases PMSI et ALD à un niveau national (sans les données de la MSA) sont en cours, pour la période 2006-2008 et pour ces localisations prioritaires. Concernant la constitution de la source de données ACP, l'expérimentation du DCC dans 7 régions pilotes est en cours depuis fin 2010 (voir 3.1).
- Suite aux travaux coordonnés par l'InVS avec l'ensemble des acteurs concernés, la mise en œuvre de la **déclaration obligatoire des mésothéliomes** est testée dans 6 régions depuis janvier 2011 (Auvergne, Lorraine, Midi-Pyrénées et Aquitaine, Ile de France et Paca). Le déploiement national est prévu, dès la publication des textes réglementaires, à l'issue de la phase pilote au deuxième semestre 2011. S'agissant de **l'observation et la surveillance des cancers liés à l'environnement professionnel**, les travaux de l'InVS en partenariat avec la MSA, ont permis la réalisation des pilotes pour l'inclusion dans la cohorte COSET (près de 2 400 répondants dans 5 départements pilotes). Les inclusions dans la cohorte Constances (Inserm en collaboration avec la CNAMTS et les centres d'examen de santé) ont démarré (plus de 2 700 répondants dans 7 départements pilotes). L'InVS a réalisé une étude de faisabilité du recueil des signalements et investigations de *clusters* en population générale et en milieu professionnel. Un colloque « Cancer et travail » organisé par l'ARC et l'INCa le 14 décembre 2010 a permis d'approfondir 3 axes : la genèse des cancers professionnels, travailler avec ou après un cancer, les contributions du travail aux inégalités sociales face au cancer (voir 3.4).

► **FAIT MARQUANT** : Lancement de la phase pilote pour la mise en œuvre de la déclaration obligatoire des mésothéliomes dans 6 régions en janvier 2011 (InVS). Déploiement national prévu au 2^{ème} semestre 2011, dès publication des textes réglementaires.

- La réédition du **baromètre santé cancer** est en cours par l'Inpes, en collaboration avec l'INCa. La phase d'enquête terrain a été réalisée au premier semestre 2010 auprès d'environ 4 000 personnes âgées de 15 à 85 ans. Les résultats sont attendus pour fin 2011. 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 permettront de mesurer les évolutions de ces connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du cancer par comparaison au premier baromètre publié en 2005.
- Le bulletin hebdomadaire de veille bibliographique sur le cancer « **Nota Bene Cancer** » portant sur l'ensemble des domaines de la recherche et de la lutte contre le cancer, est publié par l'INCa depuis 2009 et mis à la disposition de tous les acteurs. Il est diffusé à plus de 2 700 abonnés à la fin 2010.

¹⁸ Le circuit d'anonymisation des données ALD de la MSA, afin de pouvoir les apparier aux autres ALD et au PMSI, a été défini au 1^{er} semestre 2011 par la CNAMTS, la MSA et l'InVS. Ces données pourraient être disponibles au 2^{ème} semestre 2011. Le dossier CNIL relatif à la pérennisation du système bi-source et au traitement des données de la MSA via ce circuit a été déposé en mars 2011.

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 CMR doit être renforcée.

- **Le tabac constitue la première cause de décès liés au cancer en France, comme dans le monde. La consommation de tabac en France est en hausse¹⁹.** Les mesures pour lutter contre la consommation de tabac ont été prises, quelles soient prévues par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), notamment l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs de 18 ans et de vente des cigarettes aromatisées (« cigarettes bonbons »), ou par la convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) comme l'obligation d'avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes effective à partir d'avril 2011.

▶ **FAIT MARQUANT** : L'arrêté ministériel modifiant la présentation graphique et les avertissements présents sur les paquets de cigarettes est mis en œuvre depuis le 21 avril 2011. Il sera appliqué en avril 2012 pour les autres produits du tabac.

D'autres actions sont engagées pour **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. Pour améliorer l'aide au sevrage tabagique, a été mis en place par l'Inpes un programme de coaching personnalisé sur le site internet de Tabac Info Service, dont la ligne téléphonique est accessible par un numéro court, le 39.89. Un essai contrôlé randomisé a démarré en 2010 pour mesurer l'efficacité de ce nouveau programme, dont les résultats devraient être rendus en 2012. Ces améliorations sont portées dans le cadre des campagnes de communication visant à promouvoir l'aide à l'arrêt auprès du grand public et des professionnels de santé (campagne 2011 « on entend toujours le même refrain quand on arrête de fumer »). L'élaboration de nouvelles recommandations professionnelles de pratique clinique de l'aide à l'arrêt du tabac est prévue en 2011 par la HAS avec la Société française de tabacologie.

▶ **FAIT MARQUANT** : Programme de coaching personnalisé interactif sur www.tabac-info-service.fr (Inpes)

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). Une nouvelle fiche-repère « sevrage tabagique et prévention des cancers » a été publiée en mai 2011.

La France est partie prenante de la **convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT)** de l'Organisation mondiale de la santé. L'année 2010 a été marquée par la tenue de la 4^e conférence

¹⁹ D'après les premiers résultats du Baromètre santé 2010 (INPES), la consommation quotidienne ou occasionnelle de tabac chez les 15-75 ans a augmenté de 4 % en 2010 par rapport à 2005 (de 29,7 % à 33,4 %). Cette hausse est particulièrement forte chez les femmes de 45 à 64 ans (de 16 % en 2005 à 22,5 % en 2010).

Voir partie II du rapport (fiche mesure 10).

des 171 pays membres, qui ont adopté 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. Une déclaration sur les actions menées par l'industrie du tabac à l'encontre des politiques nationales a également été adoptée. Les négociations concernant l'interdiction de la vente des produits de tabac par internet sont reportées à mars 2012²⁰. La CCLAT a été la thématique de la Journée mondiale sans tabac organisée par l'OMS le 31 mai 2011.

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 : arrêté du 27 janvier 2010 fixant les modèles et lieux d'apposition des affiches destinées à limiter l'offre d'alcool à destination des mineurs, dans les points de vente de carburant ; dispositions relatives aux « happy hours » ; amendement de la loi Évin concernant la publicité sur internet pour les boissons alcoolisées. Pour **aider les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool**, l'aide à distance a été renforcée depuis 2010 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. L'impact de l'alcoomètre en ligne sera évalué en 2011. Une nouvelle fiche-repère « alcool et cancers » a été publiée par l'INCa en février 2011.

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

- Sources de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, **l'alimentation et l'activité physique** font partie des facteurs comportementaux sur lesquels il est possible d'agir pour accroître la prévention des cancers. Un rapport d'expertise collective sur le thème « Nutrition et cancer – Légitimité de recommandations nutritionnelles dans le cadre de la prévention des cancers » a été publié par l'ANSES en mai 2011. Ce travail met en évidence qu'il n'existe pas d'aliment ou de nutriment « anticancer » en soi et que, pour réduire les risques d'excès ou de déficits en aliments ou nutriments, et prévenir ainsi 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.

Plusieurs actions²¹ sont engagées **pour une meilleure sensibilisation sur les liens entre nutrition et cancers** : le soutien d'actions spécifiques (41 projets retenus sur 2009-2011, dont 25 nouveaux projets en 2011), l'élaboration d'un guide pour la préparation à la retraite, incluant l'activité physique, par l'Inpes dans le cadre du plan « Bien vieillir » (publication prévue fin 2011), la préparation d'un outil d'information en direction des élus. Un plan de lutte contre l'obésité a été annoncé sur trois ans (2010-2013) afin d'enrayer la progression de cette maladie.

► **FAIT MARQUANT** : Publication par l'ANSES du rapport d'expertise collective « Nutrition et cancer – Légitimité de recommandations nutritionnelles dans le cadre de la prévention des cancers » en mai 2011.

- **Les actions de prévention des expositions professionnelles**²² s'inscrivent dans le cadre du **Plan santé travail** 2010-2014 et du **Plan national santé environnement** 2009-2013. L'inspection du travail procède à des actions de contrôle en continue sur les CMR et des campagnes thématiques sont ciblées visant à sensibiliser les entreprises et à s'assurer de l'application effective des obligations : deux campagnes de contrôle ont été menées entre juin et décembre 2010, l'une sur la radioprotection, l'autre sur la maîtrise des risques chimiques dans les secteurs automobile (2880 contrôles effectués) et nettoyage (1049 contrôles effectués).

Un dispositif réglementaire spécifique relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels (ROA) a été mis en place par la publication du décret n°2010-750 du 2 juillet 2010²³. Les effets attendus sont une prise en considération accrue de ce

²⁰ Date de la 5^e session de l'organe intergouvernemental de négociation du protocole sur le commerce illicite des produits du tabac.

²¹ Voir partie II du rapport (fiche mesure 11)

²² Voir partie II du rapport (fiche mesure 12)

²³ Ce décret transpose la directive 2006/25/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006 relative aux prescriptions minimales de sécurité et de santé relative à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques.

risque par l'ensemble des acteurs concernés, permettant une réduction globale des expositions professionnelle aux UV artificiels, et une meilleure connaissance des liens entre exposition et la survenue de cancers. La mise en place de ce dispositif sera accompagnée d'actions d'information en direction de l'ensemble des acteurs concernés (site internet, fiches, guide).

Deux recommandations de bonnes pratiques ont été publiées par la HAS, l'une relative au suivi post professionnel après exposition à l'amiante publiée en avril 2010, l'autre pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois validée en janvier 2011. Une recommandation pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérogènes (CMR), notamment aux cancérogènes de la vessie, est en cours d'élaboration par la HAS et l'INCa avec la société française de médecine du travail (prévue pour fin 2011).

▶ **FAIT MARQUANT** : deux recommandations de bonnes pratiques publiées pour la surveillance des travailleurs exposés à l'amiante et aux poussières de bois (HAS).

- **Pour ce qui concerne les risques liés à l'environnement**, la campagne d'information sur **les risques liés aux UV** sera rééditée par l'Inpes à l'été 2011. Un rapport d'analyse de risques et de recommandations d'actions visant la réduction des risques liés aux UV artificiels a été remis en mai 2010 par l'INCa, sur saisine du ministère chargé de la santé.

A la suite de la publication en mai 2010 des principaux résultats de l'étude Interphone lancée par dans 13 pays, dont la France, **les champs électromagnétiques de radiofréquences, y compris ceux émis par les téléphones portables**, ont été classés comme possiblement cancérogènes pour l'homme (groupe 2B²⁴) par un groupe de travail réuni par le CIRC en juin 2011. Les résultats de l'étude suggèrent 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). Un site spécifique d'information sur le bon usage du téléphone portable a été mis en place par l'Inpes sur www.lesondesmobiles.fr.

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 : 9 fiches repères ont été publiées en 2009-2010 par l'INCa (cancers professionnels, cancers professionnels et inégalités sociales, environnement et cancer, risques de cancers et pesticides, téléphone mobile, particules fines, perturbateurs endocriniens, substances chimiques, rayonnements UV).

- **S'agissant des risques liés aux agents infectieux**²⁵, les actions se développent pour la prévention et le dépistage des cancers liés au virus HPV (papillomavirus humain), au VIH (virus d'immunodéficience humaine), aux virus des hépatites B et C ainsi qu'à la bactérie *Helicobacter pylori*.

Afin de permettre que la vaccination soit plus largement proposée aux personnes sans complémentaire santé ou sans couverture sociale, une étude de faisabilité est en cours pour une prise en charge des vaccins, dont ceux du HPV et de l'hépatite B, par l'Assurance-maladie (à hauteur de 65%) dans les centres de vaccination.

Dans la suite de la première campagne menée en 2010, un dispositif d'information et de communication sur **la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus** est prévu pour juin 2011. Il comprend un volet national (partenariat avec une radio nationale) et un volet de soutien aux acteurs de terrain (réalisations et diffusion d'outils d'information et de communication de proximité). En partenariat avec le collège national des gynécologues et obstétriciens français et l'association des gynécologues obstétriciens en formation, deux journées

²⁴ Le risque cancérigène est classé par le CIRC en 5 groupes : 1 - l'agent est cancérigène pour l'homme ; 2A - l'agent est probablement cancérigène pour l'homme ; 2B - l'agent est peut-être cancérigène pour l'homme ; 3 - l'agent est inclassable quant à sa cancérigénicité pour l'homme ; 4 - l'agent n'est probablement pas cancérigène pour l'homme.

²⁵ Voir partie II du rapport (fiche mesure 13)

seront organisées par l'INCa durant lesquelles des gynécologues répondront aux questions du grand public sur le cancer du col de l'utérus sur la ligne téléphonique Cancer info.

- ▶ **FAIT MARQUANT** : Dispositif d'information en juin 2011 sur les cancers du col de l'utérus visant à sensibiliser les femmes, en particulier les plus vulnérables socialement, à l'importance de la prévention par la vaccination pour les jeunes filles de 14 ans et du dépistage de ce cancer par frottis pour les femmes de 25-65 ans.

Concernant les mesures du plan relatives aux **hépatites virales B et C**, la vaccination contre l'hépatite B est relancée à travers de nouveaux partenariats, en particulier avec les sages-femmes, et par la mise à disposition de support de communication auprès des professionnels de santé. 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. 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. L'AFSSAPS et la HAS ont été saisies au premier trimestre 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. Ces travaux devraient aboutir en 2012. Une journée nationale contre les hépatites B et C s'est déroulée le 25 mai 2011 avec la participation d'experts nationaux et internationaux (européens et OMS) et la présence d'acteurs associatifs et de représentants des ARS.

- ▶ **FAIT MARQUANT** : Inscription des tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique à la nomenclature, permettant leur prise en charge par l'Assurance-maladie. Publication de la recommandation « Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C » en mai 2011 (HAS).

Le rapport du Pr Yéni relatif à la **prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH** (PVVIH) paru en septembre 2010 décrit les risques de cancers auxquels celles-ci sont confrontées et recommande des actions de prévention ciblées. Ainsi, un projet d'action a été retenu en 2011 pour la lutte contre le tabagisme auprès des PVVIH, suite à l'appel à projets de santé publique lancé par l'INCa en octobre 2010. Les travaux ont été engagés en mai 2011, par une réunion rassemblant sociétés savantes, experts, institutions et représentants de patients, pour l'application et le suivi des recommandations existantes pour le dépistage et la prise en charge des lésions anales chez les PVVIH. La veille épidémiologique sur la survenue des cancers se poursuit dans le cadre des cohortes hospitalières soutenues par la DGOS et l'INSERM (FHDH et cohorte Aquitaine).

Concernant le risque de cancer de l'estomac lié à la bactérie *Helicobacter pylori*, des actions sont prévues en 2011 pour évaluer le suivi par les médecins des recommandations de la HAS publiées en avril 2010 relatives au dépistage des personnes à risque de présenter une infection chronique à *Helicobacter pylori* et pour élaborer le cas échéant des documents d'informations adaptés en vue d'améliorer l'application de ces recommandations.

2.4. Améliorer la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés 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

Afin d'améliorer la participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal, et faire progresser la détection précoce des cancers du col de l'utérus, de la cavité buccale, de la prostate et de la peau, une stratégie de sensibilisation est déployée en direction des populations cibles et des professionnels de santé impliqués, avec l'appui d'outils adaptés aux pratiques de chacun. En complément des campagnes nationales d'information, des actions ciblées sont menées en direction de certains publics.

- **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.

La campagne 2010 « **Octobre rose** » pour le dépistage organisé du cancer du sein a visé deux cibles : d'une part les femmes réticentes pour lever les freins au dépistage organisé (campagne radio, module *online* sur internet avec des entrées par freins rédigés par des femmes concernées et la possibilité de poser des questions en ligne à des gynécologues), d'autre part les proches, en particulier les filles, comme vecteurs de conviction auprès des femmes concernées (affiches, mobilisation sur les réseaux sociaux).

En 2011, à l'occasion du mois de mars dédié à la mobilisation contre le cancer colorectal, « **Mars bleu** », un dispositif d'information a été déployé visant à sensibiliser les hommes et les femmes de 50-74 ans à l'importance du dépistage de ce cancer. L'objectif principal est de favoriser le « passage à l'acte » des personnes en les incitant à parler du dépistage avec leur médecin traitant (campagne TV et radio, film pédagogique en ligne sur www.e-cancer.fr). Des actions spécifiques sont soutenues en direction des publics potentiellement plus difficiles à sensibiliser. Des outils et supports d'information sont également mis à disposition des professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes, ainsi que des acteurs locaux impliqués dans le dépistage (structures de gestion, caisses d'Assurance maladie, associations...).

De plus, une campagne d'information sur **la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus** est menée au mois de juin depuis 2010 (voir 2.3).

▶ **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.

- **Dans l'objectif de réduire les inégalités sociales d'accès et de recours au dépistage des cancers²⁶, des actions de proximité sont soutenues** sur appels à projets (INCa), pour développer des interventions ciblées en direction des personnes les plus fragiles pour des raisons sociales, culturelles ou économiques. Ces actions peuvent être soutenues dans le cadre des projets de recherche interventionnelle (voir 2.1). 6 nouveaux projets ont été retenus en mai 2011 qui vont permettre de mettre en œuvre des actions de sensibilisation en développant une cohérence territoriale (collaboration avec les équipes locales), en adaptant les vecteurs d'information (adhésion et freins au dépistage) et en formant des relais pour multiplier et prolonger l'action de terrain (atteindre les personnes en situation d'isolement, vulnérables ou handicapées).

Un partenariat avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé) a été mis en place pour le développement d'actions locales destinées aux populations des quartiers,

²⁶ Voir partie II du rapport (fiche mesure 14)

notamment à travers les ateliers santé ville. Une journée co-organisée par l'ACSé et l'INCa le 23 mai 2011, pour les représentants de la politique de la ville, portant sur les facteurs de risque et le dépistage des cancers, a réuni 130 personnes. Un autre partenariat se met en place entre la fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) et l'INCa, en faveur des personnes en situation d'exclusion.

De plus, dans le cadre des campagnes de mobilisation « Octobre rose » 2010 et « Mars bleu » 2011, des campagnes radio spécifiques en direction des femmes d'origine migrante a été réalisées en collaboration avec des stations radio de la diversité (Beur FM, Africa n°1, radio Orient).

Le nouveau plan d'actions pour la santé des personnes détenues²⁷ annoncé en octobre 2010 par les ministres chargés de la santé et de la justice, pour 4 ans, comporte des actions visant à améliorer le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal pendant la détention. La mise en œuvre de ces actions pilotées par la Direction générale de la santé sera suivie sur la période du plan.

▶ **FAIT MARQUANT** : 21 projets d'interventions de proximité retenus sur 2009-2011, dont 6 nouveaux projets en 2011, visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage des cancers pour un financement total de 1,5 million d'euros (INCa).

- **Les professionnels de santé sont également sensibilisés au dépistage et à la détection précoce des cancers**²⁸, au moyen d'actions de proximité, d'outils d'information adaptés aux pratiques de chacun et de modules de formation. Une opération visant à mieux impliquer les médecins traitants dans les programmes de dépistage a été déployée par la CNAMTS à travers les visites des délégués de l'Assurance-maladie ciblées notamment sur le dépistage du cancer colorectal. De plus, les médecins traitants sont 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 (CAPI) : à la fin 2010, 36 % des médecins traitants ont signé un CAPI.

▶ **FAIT MARQUANT** : 45 000 médecins traitants sensibilisés au dépistage des cancers, notamment le dépistage organisé du cancer colorectal, par les délégués de l'Assurance maladie en 2010.

Un programme de **formation à la détection précoce des cancers de la cavité buccale** est conduit auprès des chirurgiens-dentistes et des médecins traitants, à travers des actions de formation médicale continue et via un outil de formation en *e-learning* (3 000 chirurgiens-dentistes et médecins traitants formés en 2010). S'agissant des **cancers de la peau**, une journée nationale de dépistage du mélanome est organisée annuellement par le syndicat national des dermatovénérologues. Un outil multimédia de formation à la détection précoce des cancers de la peau pour les médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers a été mis en ligne en juillet 2010 (1 100 médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers formés au deuxième semestre 2010). Il va intégrer d'autres contenus notamment sur les cancers cutanés d'origine professionnelle. Une fiche repère sur la détection précoce des cancers de la peau est en cours de validation.

- Pour mieux repérer le sous-dépistage, des expérimentations de faisabilité technique de géocodage se poursuivent, afin de tester le développement d'un **système d'information géographique**. Cette territorialisation des zones de sous-dépistage vise à développer des interventions adaptées à des échelons géographiques plus fins. Une étude pour évaluer les freins à l'adhésion et à la fidélisation des dépistages organisés va démarrer à partir de juin 2011.

²⁷ Plan d'actions stratégiques 2010-2014 de la politique de santé des personnes placées sous main de justice

²⁸ Voir partie II du rapport (fiche mesure 17)

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.

- Dans l'objectif d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, les actions mises en œuvre visent **au renforcement du pilotage des programmes**, notamment à travers des rencontres nationales d'information et d'échanges réunissant l'ensemble des acteurs impliqués (séminaires annuels avec la participation des ARS). Les actions menées ont également pour objectif **une harmonisation des pratiques par la mise à disposition d'outils communs** : un guide d'organisation et de procédures a été mis à disposition des centres de lecture des tests de recherche de sang dans les selles ; un guide de recommandations juridiques à destination des acteurs de terrain devrait être publié fin juin 2011.
- **Un groupe de travail technique sur l'évolution des structures de gestion**, piloté par la DGS avec la CNAMTS, est engagé depuis janvier 2011. Le calendrier prévoit la mise en place de groupes de travail technique sur les missions des structures de gestion. Une première réunion associant la MSA, le RSI, l'InVS et l'INCa est prévue fin juin 2011. Les travaux pourront s'appuyer sur les résultats de l'évaluation organisationnelle des structures de gestion, menée en 2010, qui sera finalisée en 2011.
- **Pour améliorer le suivi du dépistage**, et dans la suite des travaux menés par l'InVS, des tableaux de bord d'indicateurs de pilotage pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal sont en cours d'élaboration. Les logiciels métiers de structures de dépistage devront être harmonisés pour améliorer le suivi du dépistage (appel d'offre prévu en 2011).
- **S'agissant de l'évolution des techniques de dépistage**, un rapport sur les conditions de substitution des tests au gâiac par les tests immunologiques pour le dépistage du cancer colorectal a été préparé par l'INCa, sur saisine du ministère chargé de la santé. Concernant le dépistage du cancer du sein, 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.
- Afin de permettre **la définition de nouvelles stratégies de dépistage**²⁹, les recommandations sur **le dépistage du cancer du col de l'utérus** ont été publiées par la HAS, sur saisine du ministre chargé de la santé, en novembre 2010. L'expérimentation du dépistage du cancer du col de l'utérus, soutenue par la DGS, la CNAMTS et l'INCa, se poursuit dans les 9 sites représentant 13 départements (13,4 % de la population française) ; un rapport intermédiaire est prévu avant la fin 2011.

Les recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate chez les sujets à risques sont en cours d'élaboration par la HAS et l'INCa ; trois axes sont explorés : l'information délivrée aux hommes sur les bénéfices/risques d'un dépistage, des traitements et séquelles ; l'identification des sujets à risques élevés et la définition d'une stratégie de dépistage adaptée ; le dépistage pour les hommes à risques moyens.

²⁹ Voir partie II du rapport (fiches mesures 15 et 17)

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 Plan cancer 2003-2007 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 nouveau Plan cancer est d'améliorer la qualité de vie des personnes pendant le cancer et après la maladie, par une meilleure prise en compte de leurs besoins personnels, sociaux et professionnels.

Les actions réalisées ou engagées au 15 juin 2011

3.1. Garantir 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.

- **Nouvel outil de partage et d'échange d'informations, le dossier communicant de cancérologie (DCC)** va être mis en place dans le cadre du déploiement du dossier médical partagé (DMP). Suite à la publication du cadre national du DCC par l'ASIP santé et l'INCa en octobre 2010, la phase pilote de mise en œuvre a été lancée début 2011 pour vérifier et finaliser les conditions de fonctionnement organisationnel et technique, dans 7 régions³⁰. Chaque projet est porté à la fois par le réseau régional de cancérologie (RRC) et la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information, avec le soutien de l'ARS.

Ce service spécialisé du 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. Il donnera notamment accès au programme personnalisé de soins, aux comptes rendus d'anatomopathologie et opératoires, et à l'ensemble des documents utiles à la coordination des soins. Les travaux concernant le serveur national d'essais cliniques et le serveur de recommandations de bonnes pratiques cliniques ont été initiés ; un cahier des charges est en cours d'élaboration. L'ensemble de ces expérimentations prépare la généralisation du DCC à partir de 2012.

▶ **FAIT MARQUANT** : Lancement dans 7 régions de la phase pilote de mise en œuvre du DCC/DMP, par l'ASIP santé et l'INCa, en janvier 2011.

- 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 2011³¹. Une version de ces guides est déclinée en direction des patients (voir 3.3). Ces guides décrivent la prise en charge standard des patients en ville et à l'hôpital et permettent aux médecins traitants de conforter leur

³⁰ Les régions Alsace, Aquitaine, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Picardie et Rhône-Alpes

³¹ Voir partie II du rapport (fiche mesure 18).

fonction de proximité pendant et après les traitements. Ils intègrent à partir de juin 2011 les éléments de suivi post ALD (actes et examens nécessaires, rythme, recommandations de surveillance partagée)³².

En juin 2011, 17 guides sont publiés couvrant 19 localisations : 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. Un programme d'implémentation des guides est engagé au sein des bases de données médicaments utilisées par les médecins généralistes (Vidal, Claude Bernard, Thériaque, Thésorimed).

► **FAIT MARQUANT** : Dix-sept guides ALD pour les médecins traitants publiés en juin 2011, couvrant 19 localisations de cancer (HAS-INCa).

- L'expérimentation des **parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer**, engagée en octobre 2010, se poursuit dans les 35 sites pilotes, autour des établissements de santé, des médecins traitants et des équipes soignantes de proximité. Coordonnée par la DGOS et l'INCa, elle poursuit trois objectifs : personnaliser le parcours de soins des nouveaux patients en évaluant, dans ce cadre, l'apport des infirmiers coordinateurs de soins, infirmiers hospitaliers chargés de faciliter la coordination de ce parcours ; intégrer un volet social dans le programme personnalisé de soins (PPS) dès l'annonce et mettre en place une consultation sociale en cours de traitement pour les patients qui en ont besoin ; expérimenter la mise en place du programme personnalisé de l'après cancer (PPAC), conduit avec et par les médecins traitants (voir 3.5). Le bilan d'étape à 8 mois montre l'inclusion de plus de 5.900 patients, parmi lesquels 60% disposent d'un programme personnalisé de soins. Les premiers constats permettent de positionner les infirmiers coordonnateurs comme interlocuteurs privilégiés du patient, principalement pour l'information, le soutien et l'évaluation des besoins, et pour la facilitation du parcours coordonné. L'évaluation menée fin 2011 permettra de proposer des recommandations pour le déploiement national du parcours personnalisé. Un comité de suivi va être mis en place dès septembre 2011 pour accompagner ce déploiement.

► **FAIT MARQUANT** : Expérimentation dans 35 sites pilotes de la mise en œuvre du programme personnalisé de soins (PPS), du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) ainsi que du rôle des infirmiers coordonnateurs de soins (DGOS-INCa).

3.2. Améliorer 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 la spécialité d'anatomopathologie et la radiothérapie.

- **Les 885 établissements de santé autorisés pour le traitement des cancers**³³ doivent remplir tous les critères attendus de sécurité et de qualité des prises en charges. Les agences régionales de santé (ARS) effectueront en 2011 les contrôles de conformité pour confirmer ces autorisations

³² Voir partie II du rapport (fiche mesure 25)

³³ La répartition des activités entre les 885 établissements de santé autorisés est la suivante : 770 établissements réalisent les interventions de chirurgie des cancers, 471 établissements assurent les traitements de chimiothérapie et 169 établissements, représentant 176 centres de radiothérapie, traitent par radiothérapie.

jusque fin 2013. Un accompagnement des établissements par les ARS, la DGOS et l'INCa est mené durant cette période charnière. Une nouvelle tranche de financement a été allouée au premier semestre 2011³⁴. Un outil d'auto-évaluation (check list) est à disposition des établissements sur le site www.e-cancer.fr ; le premier état des lieux déclaratif au 30 juin 2010 a été publié à la fin 2010. La DGOS a réuni avec l'INCa les représentants des ARS en novembre 2010, janvier 2011 et début avril 2011. Le bilan global donnera lieu à un rapport fin 2011.

► **FAIT MARQUANT** : Un financement de 10 millions d'euros alloué en mars 2011 (LFSS) pour soutenir la démarche de mise en conformité des établissements de santé.

Dans le cadre du processus de **reconnaissance des réseaux régionaux de cancérologie (RRC)** engagé pour garantir la conformité aux critères correspondant aux objectifs du référentiel national de leurs missions, 16 réseaux régionaux ont fait l'objet d'une reconnaissance par l'INCa à la mi 2011 selon la procédure publiée (sur les 25 RRC en activité).

- 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, plusieurs actions sont engagées. Une étude d'évaluation de **l'impact du dispositif d'annonce** par les malades a été lancée en janvier 2011, portée conjointement par l'INCa et la Ligue nationale contre le cancer, dont les résultats sont attendus pour la fin 2011. Le contenu minimum du **programme personnalisé de soins (PPS)** a été mis à disposition de l'ensemble des professionnels depuis février 2011.

En outre, l'étude sur **les délais de prise en charge** pour les cancers du sein et du poumon est lancée depuis début mars 2011 dans 8 régions, portée par les réseaux régionaux de cancérologie en lien avec les observatoires régionaux de santé. Le suivi de cette étude pilotée par l'INCa sera assuré par la FNORS³⁵ ; les résultats seront présentés fin 2011. La deuxième phase concernant la mesure des délais de prise en charge des cancers colorectaux et de la prostate démarrera début 2012 après actualisation de la méthodologie en 2011.

- 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. Conformément au Plan cancer un référentiel sera publié en 2011.
- **La qualité des prises en charge des malades est également soutenue par la production de guides et de recommandations.** Cinq recommandations nationales de prise en charge spécialisée ont été élaborées par l'INCa avec les sociétés savantes et publiées depuis 2009. Elles concernent : les cancers du sein *in situ*, les cancers de l'ovaire, les cancers du poumon non à petites cellules, les cancers de l'endomètre 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). De plus, l'INCa et la HAS ont attribué un label méthodologique à 5 recommandations de sociétés savantes, qui concernent : les carcinomes épidermoïdes cutanés, des maladies trophoblastiques gestationnelles et des métastases hépatiques synchrones du cancer colorectal, ainsi que les pratiques chirurgicales en cancérologie digestive d'une part et en cancérologie thoracique d'autre part. 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)
- **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 deuxième rapport sur la situation de la radiothérapie externe en 2010, publié en mars, sera complété d'ici juillet par le rapport d'expertise sur la place de la curiethérapie en radiothérapie.

Un appel à projets a été lancé en mars 2011 pour soutenir l'installation d'équipements de radiothérapie péroratoire dans les cancers du sein. L'objectif est d'accompagner la mise en

³⁴ Au titre de la mission d'intérêt général (MIG) « action de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie »

³⁵ Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

œuvre et l'évaluation 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.

Le comité national de suivi de la radiothérapie, qui se réunira en juillet 2011, examinera l'ensemble des actions entreprises depuis un an, relatives à la qualité, la sécurité, l'organisation, le suivi des métiers en radiothérapie, la formation et la recherche. Elles feront l'objet d'un quatrième rapport du comité.

- **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). La nomenclature des actes d'anatomopathologie (ACP) a été publiée en avril 2010. Celle-ci doit être actualisée en 2011, sous le pilotage de la CNAMTS, pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux.

La publication de la charte de génétique moléculaire début 2011 et le suivi de l'appel à projets INCa 2009, en reconnaissant le rôle des pathologistes dans la réalisation des examens moléculaires, facilitent leur intégration dans les plateformes de génétique moléculaire.

Le programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes est effectif depuis le début de l'année 2010 (voir 3.3). Un suivi de cette activité est effectué afin d'accompagner la phase de montée en charge et d'optimiser cette organisation, en lien avec la structuration de la prise en charge des cancers rares. Un premier bilan sera publié fin juin 2011.

Un groupe de travail relatif à l'anatomopathologie a été mis en place par le ministère chargé de la santé (DGOS), pour établir un état des lieux de l'ACP exposant les difficultés de la spécialité et fournir avant fin 2011 des préconisations et des propositions d'actions.

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. Cet accès progresse fortement grâce aux référentiels de bon usage, publiés conjointement par l'AFSSAPS et l'INCa après avis de la HAS, et grâce au développement important de l'activité des plateformes de génétique moléculaire³⁶.

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.

- **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, 7 molécules ont été radiées de la liste en sus et 3 nouvelles molécules inscrites. Les référentiels de bon usage sont publiés et actualisés conformément à la dynamique attendue. En juin 2011 sur les 8 référentiels couvrant les principales localisations de cancer³⁷, 5 auront été actualisés pour la deuxième fois, 2 pour la première fois et une nouvelle thématique traitée (cancers pédiatriques). 14 protocoles thérapeutiques temporaires sont définis pour 6 molécules dans 4 référentiels. Ces protocoles sont revus et analysés au moins annuellement à lumière des nouvelles données réglementaires, scientifiques et des remontées par les omédits et les acteurs de santé qui signalent les utilisations de molécules de la liste hors AMM
- **L'utilisation des molécules de chimiothérapie** poursuit un développement rapide dans le secteur hospitalier, en corollaire de l'augmentation des patients traités par chimiothérapie (+ 24 %

³⁶ Voir partie II du rapport (fiche mesure 21)

³⁷ Localisations : cancers digestifs, bronchiques et mésothéliomes pleuraux malins, sein, hématologie, gynécologie, urologie, ORL, pédiatrie

en 5 ans)³⁸. La circulaire DSS/DGOS du 12 novembre 2010 portant sur la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus précise les actions locales à conduire en 2010 et 2011 par les agences régionales de santé en application du dispositif de régulation pour maintenir l'accessibilité des patients à l'innovation tout en favorisant le respect du bon usage. Le rapport sur la situation de la chimiothérapie est publié annuellement depuis 2008.

Les tests moléculaires permettant la juste prescription des thérapies ciblées (voir 1.2) augmentent de façon conséquente, traduisant leur accessibilité pour les malades et la dynamique nationale sur cette action. Afin de permettre la réalisation de ces tests sans contrepartie financière, un soutien financier important est alloué par l'INCa aux 28 plateformes de génétique moléculaire des cancers réparties sur l'ensemble du territoire ; ce financement est pérennisé par les crédits de l'Assurance-maladie. Cet effort a permis la réalisation des tests pour les malades atteints de cancer colorectal métastaté, de cancer du poumon et du mélanome³⁹. 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. Un programme d'évaluation externe de la qualité, à partir de 2011, va permettre de s'assurer de la bonne qualité de la réalisation de ces tests moléculaires.

► **FAIT MARQUANT** : 7,5 millions d'euros alloués en début 2011 pour soutenir l'activité des plateformes hospitalières de génétique moléculaire (LFSS). Un financement spécifique de 2 millions d'euros pour les actes complémentaires de biologie moléculaire pour la double lecture des cancers rares et des lymphomes.

- 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 élevée⁴⁰. 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. Un bilan réalisé par la DGOS sur le nombre d'appareils IRM installés en 2010 permettra de suivre l'évolution du parc au regard des deux objectifs quantitatifs fixés par le Plan.

Par ailleurs, l'étude engagée en 2010 par la DGOS, l'INCa et la Société française de radiologie pour mieux apprécier les délais d'accès aux examens IRM pour des patients atteints de cancer, renouvelée chaque année jusqu'en 2013, permettra de suivre sur la durée du Plan leur évolution en fonction de l'offre et de l'actualisation des indications.

- À l'issue de la procédure d'identification des organisations hospitalières interrégionales de recours en **oncologie pédiatrique**, 7 organisations ont été retenues. Cinq projets ont été sélectionnés pour expérimenter un programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence ; ils débiteront en juin 2011 pour 18 mois. Un suivi trimestriel est prévu. Le développement d'actions spécifiques pour l'adolescent se fera au travers des organisations interrégionales de recours en cancérologie pédiatrique identifiées.

Plus de 12 000 unités de sang de cordon ont été inscrites au total sur le registre français de sang placentaire entre 2009 et mai 2011, traduisant l'impact important de la structuration menée par l'agence de la biomédecine⁴¹. Depuis mars 2011, le réseau de collecte de sang de cordon à visée allogénique s'est élargi avec l'ouverture d'une banque supplémentaire (9 banques au total) et de 6 maternités supplémentaires engagées (41 maternités au total).

► **FAIT MARQUANT** : 5 projets retenus pour expérimenter un programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence (INCa).

- Afin de répondre aux enjeux diagnostiques et thérapeutiques posés par **les cancers rares**, quinze groupes de cancers rares sont désormais structurés autour de centres experts. La dernière phase du dispositif sera mise en place en 2011. Suite aux appels à projets de 2009 et 2010, un troisième

³⁸ Voir rapport relatif à la situation de la chimiothérapie des cancers – INCa, octobre 2010

³⁹ Tests KRAS (cancer colorectal), tests EGFR (cancer du poumon), tests BRAF V600E (mélanome)

⁴⁰ Voir partie II du rapport (fiche mesure 21).

⁴¹ Voir partie II du rapport (fiche mesure 23).

appel à projets est lancé en juin 2011 (INCa) pour poursuivre l'organisation de la prise en charge alliant expertise et proximité.

- **L'organisation d'oncogériatrie** est en cours d'évolution. Suite au bilan des actions menées par les unités pilotes, le déploiement national du dispositif est en cours. Un appel à projets a été lancé en mars 2011, 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.

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 cancers⁴².

- **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 finalité 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 plateforme Cancer Info a fait l'objet pour la première fois d'une campagne de communication grand public (en janvier-février 2011), qui a eu pour effet d'accroître très significativement les sollicitations.

La collection des guides Cancer info été développée et compte aujourd'hui 20 références, dont 13 nouveaux guides publiés en 2009-2010 : par type de cancers, sur les traitements et sur la vie avec un cancer (Mon enfant a un cancer, Guide des démarches sociales, Chute de cheveux). Des dispositifs d'information des patients utilisant la plateforme Cancer info sont mis en place dans les centres de radiothérapie (espaces Cancer info). Le nombre de guides commandés a été marqué par une progression importante (266 064 guides commandés en 2010, près de 180 000 au premier semestre 2011), qui traduit une forte demande.

▶ **FAIT MARQUANT** : 638 208 sollicitations de la Plateforme Cancer Info en 2010, parmi lesquelles 266 064 guides commandés. Première campagne de communication sur la plateforme Cancer Info en janvier-février 2011.

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 traitant⁴³. 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. 4 nouveaux guides destinés aux patients ont été publiés depuis début 2011, ce qui porte à 15 le nombre total de ces guides. 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 central et lymphomes non hodgkiniens.

▶ **FAIT MARQUANT** : 15 guides ALD destinés aux patients, publiés en juin 2011 (HAS-INCa).

⁴² Voir partie II du rapport (fiche mesure 19).

⁴³ Voir partie II du rapport (fiche mesure 18).

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 pendant et après le cancer est une priorité majeure du Plan cancer 2009-2013. Afin de permettre aux personnes atteintes de cancer de préserver ou de retrouver une vie professionnelle et sociale, une mobilisation forte de tous les acteurs impliqués est nécessaire pour mener à bien les actions nouvelles programmées.

Le rapport sur « La survie attendue des patients atteints de cancer en France » publié en avril 2010 par l'INCa établit des projections de survie des adultes atteints de cancer à partir des données publiées en France et à l'international, par type de cancers. **Plus de 50 % des patients ayant un diagnostic de cancer seront vivants après 5 ans et 38 % seront guéris.** Les pronostics sont toutefois très différenciés selon les types de cancer et le stade de la maladie au moment du diagnostic. Ce rapport met en évidence les évolutions différenciées selon les cancers. Alors que des cancers de plus en plus nombreux guérissent, certains conservent un pronostic sombre et d'autres évoluent à long terme tels des maladies chroniques. L'estimation du nombre de personnes qui vivent après un cancer est une donnée importante pour mobiliser concrètement tous les acteurs de l'après cancer.

- Les actions ont été engagées pour **développer une prise en charge personnalisée et accompagner l'après-cancer, en renforçant le rôle du médecin traitant.**

L'expérimentation des parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer, engagée en octobre 2010 dans 35 sites pilotes (voir 3.1), s'inscrit dans le cadre des deux priorités nouvelles fixées par le Plan cancer 2009-2013 : la personnalisation du parcours de soins et la vie après le cancer. En articulation avec la mise en œuvre du programme de soins facilité par les infirmiers coordonnateurs hospitaliers, deux autres actions sont réalisées : **la mise en place du volet social** dès l'annonce et l'expérimentation de la mise en place du **programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC)**.

Le bilan réalisé à 8 mois du lancement de l'expérimentation montre qu'une situation de fragilité sociale a été détectée chez 29% des patients, parmi lesquels deux sur trois ont nécessité la mise en place d'actions par le service social. Sur les 5.900 patients inclus, 1.000 sont en phase d'après cancer et près d'un sur quatre a bénéficié d'un soutien psychologique ou d'une aide au maintien dans l'emploi. L'évaluation menée fin 2011 permettra de proposer des recommandations pour le déploiement national du parcours personnalisé pendant et après le cancer.

▶ **FAIT MARQUANT** : 35 sites pilotes soutenus et accompagnés pour expérimenter la mise en place du volet social de l'accompagnement et du programme personnalisé de l'après-cancer.

- **Pour améliorer l'accompagnement social des personnes pendant et après le cancer,** une grille de détection des fragilités sociales a été élaborée avec des assistantes sociales et des représentants des usagers, et mise à la disposition des professionnels en février 2011 sur le site www.e-cancer.fr. Le guide « Cancer Info » des démarches sociales (voir 3.3), publié en 2009, va être actualisé en 2011. 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 est en cours d'élaboration par la Ligue nationale contre le cancer⁴⁴.

⁴⁴ Voir partie II du rapport (fiche mesure 26).

- Les coopérations entre équipes de soins et maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont expérimentées en 2011 par la CNSA, afin de **mieux prendre en compte les situations de handicap des personnes atteintes de cancer** en raison de la maladie ou des conséquences des traitements⁴⁵. Cette action spécifique, qui s'inscrit dans le cadre de l'expérimentation des parcours personnalisés pendant et après le cancer, a été engagée dans 9 départements début 2011. Son évaluation est prévue en novembre 2011.
- La disponibilité des **hébergements à proximité des lieux de prise en charge médicale** est encouragée *via* un appel à projets lancé en avril 2011 par l'INCa avec la Ligue nationale contre le cancer. 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.

► **FAIT MARQUANT** : Lancement d'un appel à projets pour les hébergements à proximité des lieux de soins (INCa-Ligue nationale contre le cancer).

- Le Plan cancer se fixe pour objectif de **lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer**. Les actions prévues sont reformulées pour une mise en œuvre opérationnelle⁴⁶. Un état des lieux est en cours sur les dispositifs d'aide au maintien et au retour à l'emploi en vigueur et sur les difficultés spécifiques rencontrées par les personnes pendant et après le cancer. Il doit permettre d'adapter les outils et supports d'information pour les patients, les professionnels et les employeurs. La coordination entre les acteurs est à soutenir afin de mieux préparer la reprise de l'activité professionnelle et renforcer l'accompagnement dans les entreprises. Ceci implique notamment une meilleure articulation entre les professionnels des champs sanitaire et social, notamment les équipes hospitalières, les médecins spécialisés et traitants, les médecins conseils et les médecins du travail, situés à l'interface avec les employeurs.
- La nouvelle campagne de communication sur l'image sociale des cancers, lancée 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.

► **FAIT MARQUANT** : Campagne de communication « La recherche sur les cancers avance, changeons de regard » lancée en mai-juin 2011 (Ministère chargé de la santé - INCa).

- **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. Le premier rapport de l'Observatoire sera publié à la fin 2011.
- Pour améliorer l'accès aux assurances et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, **la nouvelle convention AERAS** a été signée en février 2011 par les ministres chargés de l'économie et finances, de la cohésion sociale et de la santé, par les associations représentant les usagers et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance. Elle comporte plusieurs avancées⁴⁷. Un dispositif d'information va être déployé pour mieux faire connaître les droits et les conditions d'accès. Les démarches d'accès à l'emprunt doivent être simplifiées via notamment l'harmonisation des questionnaires de santé. Les assureurs ont pris l'engagement de proposer, à compter du 1^{er} septembre 2011, une nouvelle garantie invalidité. Les assureurs se sont également engagés à prendre en compte les avancées thérapeutiques pour les personnes dont l'état de santé est consolidé ou stabilisé, ou en voie de l'être, à travers des travaux visant à objectiver les données concernant les principales pathologies, dont les cancers, pour la tarification du risque.

► **FAIT MARQUANT** : Signature de la nouvelle convention AERAS le 1^{er} février 2011.

⁴⁵ Voir partie II du rapport (fiche mesure 27).

⁴⁶ Voir partie II du rapport (fiche mesure 29).

⁴⁷ Voir partie II du rapport (fiche mesure 28).



Partie II

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

- 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

Indicateurs des 6 mesures "phare"

► Mesure 1 : Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Nombre de sites de recherche intégrée sur le cancer labellisés	2	15/06/2011	5	premiers SIRIC labellisés en 2011
Taux d'évolution du nombre d'inclusions dans les essais cliniques (par rapport à 2008)	57%	18/05/2011	50 %	21 750 patients inclus en 2008 34 067 patients inclus en 2010

► Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Part du budget de recherche sur les risques environnementaux et comportementaux	7 %	08/12/2010	15 %	18 projets retenus en 2010
Nombre de programmes de séquençage complet initiés par la France	2	25/05/2010	5	programmes cancer du foie et cancer du sein

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Attractivité du portail données du cancer (nombre de connections)	-	01/06/2010	-	ouverture d'une première version du portail prévue en octobre 2011

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	52 %	01/04/2011	65%	taux de participation pour l'année 2010 délivré par l'InVS
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	34 %	01/04/2011	60 %	source InVS. taux calculé sur la période 2009-2010 dans 95 départements
Part des départements ayant un taux de participation au dépistage organisé cancer du sein < 50 %	24%	01/04/2011	0 %	année 2009

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de diffusion du Programme Personnalisé de Soins	17 %	31/12/2009	80 %	données de remise du PPS issues des tableaux de bord des RRC au 31/12/2009

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

Indicateurs de résultats	valeur active	date de valeur	valeur cible à 2013	Commentaire
Taux de couverture du Programme personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)	0 %	01/06/2011	50 %	déploiement de l'action en 2012 à l'issue de l'expérimentation

Synthèse de l'exécution budgétaire du Plan

Financier	Budget 2009-2013 du Plan	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	682 848 000 €	136 321 200 €	20,0 %	141 077 000 €	96,6 %
PLFSS (FNPEIS)	563 400 000 €	170 710 381 €	30,3 %	182 000 000 €	93,8 %
PLFSS (FICQS)	1 900 000 €		0,0 %	0 €	
PLFSS (DGS)		2 200 000 €			
INCa	388 265 000 €	115 348 323 €	29,7 %	121 365 000 €	95,0 %
DGS	205 318 000 €	77 684 529 €	37,8 %	78 018 000 €	99,6 %
DGCS	3 800 000 €		0,0 %	0 €	
INPES	63 900 000 €	22 204 582 €	34,7 %	25 560 000 €	86,9 %
InVS	23 298 000 €	6 662 382 €	28,6 %	8 020 000 €	83,1 %
CNSA	6 400 000 €		0,0 %	0 €	
MESR	6 285 000 €	0 €	0,0 %	686 000 €	0,0 %
DGT	175 000 €	16 659 €	9,5 %	75 000 €	22,2 %
Total	1 945 589 000 €	531 148 056 €	27,3 %	556 801 000 €	95,4 %

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 2010

Financier	Budget de la période 2010	Réalisé 2010	Taux d'exécution 2010
PLFSS (DGOS)	92 699 000 €	86 442 600 €	93,3 %
PLFSS (FNPEIS)	95 000 000 €	80 410 381 €	84,6 %
PLFSS (FICQS)	0 €		
PLFSS (DGS)		2 200 000 €	
INCa	68 264 000 €	67 893 477 €	99,5 %
DGS	39 860 000 €	39 612 222 €	99,4 %
DGCS	0 €		
INPES	12 780 000 €	13 310 582 €	104,2 %
InVS	4 876 000 €	3 944 382 €	80,9 %
CNSA	0 €		
MESR	686 000 €	0 €	0,0 %
DGT	50 000 €	16 659 €	33,3 %
Total	314 215 000 €	293 830 303 €	93,5 %

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						
				T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	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	planning respecté																
		3.4	planning respecté																
		3.5	planning respecté																
		3.6	planning respecté	/	/														
4	Dynamiser la recherche clinique.	4.1	planning respecté																
		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																
7	Optimiser et développer le système de surveillance.	7.1	retard mineur																
		7.2	planning respecté																

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

		Etat courant		2010			2011			2012			2013					
				T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
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	planning respecté															
		9.2	retard mineur															
		9.3	planning respecté															
10	Poursuivre la lutte contre le tabac.	10.1	planning respecté															
		10.2	planning respecté															
		10.3	planning respecté															
		10.4	planning respecté															
		10.5	planning respecté															
11	Promouvoir des actions de prévention sur l'alimentation et l'activ. physique	11.1	planning respecté															
		11.2	planning respecté															
		11.3	planning respecté															
		11.4	planning respecté															
		11.5	planning respecté															
		11.6	planning respecté															
		11.7	achevée															
12	Renforcer la prévention des cancers liés à l'environnement	12.1	planning respecté															
		12.2	planning respecté															
		12.3	planning respecté															
		12.4	planning respecté															
		12.5	planning respecté															
		12.6	retard mineur															
13	Prévenir les cancers d'origine infectieuse.	13.1	planning respecté															
		13.2	planning respecté															
		13.3	planning respecté															
		13.4	planning respecté															
14	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage	14.1	planning respecté															
		14.2	planning respecté															
		14.3	planning respecté															
15	Améliorer la structuration des programmes nationaux de dépistage organisé	15.1	planning respecté															
		15.2	planning respecté															

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

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

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

		Etat courant		2010			2011			2012			2013		
				T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
23	Développer des prises en charge spécifiques	23.1	planning respecté												
		23.2	planning respecté	/	/										
		23.3	planning respecté												
		23.4	planning respecté												
		23.5	planning respecté												
24	Répondre aux défis démographiques des professions	24.1	retard mineur												
		24.2	planning respecté												
		24.3	planning respecté												
25	Développer une prise en charge sociale personnalisée	25.1	planning respecté												
		25.2	planning respecté												
		25.3	planning respecté												
		25.4	planning respecté												
		25.5	retard mineur												
26	Se doter des moyens et outils nécessaires pour l'accomp. social personnalisé	26.1	planning respecté	/											
		26.2	planning respecté												
		26.3	retard mineur	/	/	/									
		26.4	planning respecté	/	/										
27	Améliorer les réponses aux situations de handicap ou perte d'autonomie	27.1	planning respecté												
		27.2	non commencé			/	/	/							
28	Améliorer l'accès des personnes malades et âgées aux assurances et crédit	28.1	retard mineur												
29	Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des pers. atteintes	29.1	planning respecté												
		29.2	non commencé	/	/	/	/	/							
		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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	30 100 000 €	4 309 500 €	14,3 %	4 800 000 €	89,8 %
INCa	39 132 000 €	13 098 753 €	33,5 %	9 247 000 €	141,7 %
Total	69 232 000 €	17 408 253 €	25,1 %	14 047 000 €	123,9 %

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		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	Etablir 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 :

La mise en oeuvre de la mesure 1 a produit, durant le 1er semestre 2011, les avancées suivantes :

- sélection de 12 nouveaux projets à l'AAP de recherche translationnelle pour un budget total de 5,15 M euros (2,9 M INCA et 2,25 M DGOS) ; sélection de 19 nouveaux candidats pour une bourse de formation à la recherche translationnelle.
- réunion du comité international d'évaluation des candidatures SIRIC et audition les 23 et 24 mai des 12 projets soumis et expertisés préalablement, chacun sous forme d'un rapport écrit par 4 membres du comité. A l'issue du classement final par le comité, l'INCa, après consultation des ministères de la recherche (DGRI) et de la santé (DGOS), a annoncé la labellisation de 2 SIRIC. Un nouvel appel à candidatures sera lancé au 2ème semestre 2011.
- mobilisation des écoles vétérinaires et des laboratoires de recherche biomédicale et soumission de projets fédérateurs pour le développement de modèles précliniques dédiés aux nouvelles thérapies, ces projets sont en cours d'évaluation ; un nouvel AAP spécifique a été lancé par l'Inserm, copilote de la mesure 1, son évaluation est programmée en juin 2011. Par ailleurs, les rapprochements engagés sur cette thématique avec l'institut de recherche sur le cancer du Royaume Uni (NCRI) sont confortés dans l'organisation d'un workshop international regroupant chercheurs, cliniciens et vétérinaires en novembre 2011.
- mise en réseau et réunions de coordination des centres d'essais cliniques précoces labellisés; début des inclusions des études de phase précoce sélectionnées en 2010 et évaluant l'intérêt de molécules innovantes.

Indicateurs de résultats de la mesure 1 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de nouveaux projets de recherche translationnelle financés (AAP)	12	11/04/2011	sélectivité de l'AAP 2011 = 10.2%
	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	118	08/03/2011	projets soumis sur AAP 2011
	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)	2	20/06/2011	Labellisation des 2 premiers SIRIC à l'issue de l'évaluation des projets soumis (12 candidatures)
	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	9 511 000 €	2 012 555 €	21,2 %	1 390 000 €	144,8 %
Total	9 511 000 €	2 012 555 €	21,2 %	1 390 000 €	144,8 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011			2012			2013		
			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 :

La mise en oeuvre des actions de la mesure 2 se poursuit. La mobilisation des chercheurs en faveur de la recherche interventionnelle progresse, 11 lettres d'intention ont été retenus en mai 2011 (28 ont été soumises). L'appel à projets sera reconduit chaque année (action 2.1). L'appel à projets libre de recherche en sciences humaines et sociales a permis de retenir au total 21 projets pour 4.5 M euros (76 projets soumis) ; 10 projets sur les inégalités face au cancer ont été retenus au premier semestre 2011.

Le colloque « inégalités et nutrition » organisé par le cancéropôle Ile de France en avril a permis de mobiliser la communauté des chercheurs. Un séminaire sur la recherche interventionnelle sera organisé en octobre 2011 en collaboration avec les cancéropôles (action 2.2).

Indicateurs de résultats de la mesure 2 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre annuel de projets de recherche sur les inégalités de santé reçus	29	15/09/2010	dont 27 au PL SP 2010 et 2 au PAIR prostate
	26	29/04/2010	<i>dont 24 PL SP10 et 2 PAIR Prostate</i>
	8	31/12/2009	<i>dont 5 EPI, 2 SHS et 1 PHRC</i>
	12	31/12/2008	<i>dont 6 en SHS et 1 en Epidémiologie, 3 au PHRC, 1 pour sur le lymphome, 1 avec la MILDT</i>
Nombre de nouveaux projets de recherche financés sur les inégalités de santé	10	07/04/2011	10 projets retenus à l'Appel à projets libres en SHS épidémiologie et santé publique
	9	31/12/2010	<i>9 projets retenus en 2010 : tous au PL SP</i>
	4	31/12/2009	<i>4 projets retenus en 2009 : 3 EPI et 1 SHS</i>
	2	31/12/2008	<i>dont 1 SHS et 1 avec la MILDT</i>
Nombre d'équipes de recherche financées sur des projets inégalités de santé	29	07/04/2011	29 équipes différentes pour les 10 projets retenus
	15	15/09/2010	<i>équipes différentes pour les 9 projets financés</i>



Mesure 3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.

Exécution budgétaire mesure 3 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	30 221 000 €	4 947 067 €	16,4 %	3 350 000 €	147,7 %
Total	30 221 000 €	4 947 067 €	16,4 %	3 350 000 €	147,7 %

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 AFSSET-INCa-ANR sur les actions du Programme national santé environnement PNSE2 et organiser en 2011 un colloque international	planning respecté															
3.4	Mobiliser les acteurs en santé publique, santé animale (écoles vétérinaires et INRA) et environnement (AFSSET) 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 :

L'avancement des actions de la mesure 3 fait largement appel aux échanges et collaborations de l'ensemble des acteurs impliqués, notamment pour l'élaboration des axes de recherche de l'AAP 2011 de l'ANSES « environnement santé travail », et pour la préparation du colloque 2011 portant sur le cancer et l'environnement piloté par l'ANSES (3.3 et 3.4). Un AAP d'approche multidisciplinaire incluant les mathématiques, physique et sciences de l'ingénieur a été lancé par l'Inserm, co-pilote de la mesure 3, son évaluation est programmée début juillet 2011 ; la reconduction de cet AAP est prévue. La collaboration entre l'INCa et l'ANR sur la biologie des systèmes fait l'objet d'un accord-cadre en cours d'élaboration (action 3.6). Le comité de pilotage des très grandes infrastructures de recherche de 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.

Indicateurs de résultats de la mesure 3 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb nvx projets de recherche financés sur risques environnement et comportement	16	31/05/2011	16 projets retenus au 1er sem. 2011 (au 31 mai) sur appels à projets INCa, ANSES (sur budget Plan cancer)
	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)
Nb projets de recherche reçus sur les risques environnement et comportement	64	08/12/2010	projets déposés sur l'année 2010
	29	28/05/2010	15 SP, 8 PHRC, 3 BIO, 3 Prostate
	27	31/12/2009	9 PLEPI, 5 CHC, 4 PLBIO, 3 PHRC, 3 MILDT, 2 Buccal, 1 SHS
	26	31/12/2008	Dont 8 PL EPI, 8 PHRC, 4 MILDT, 1 SHS, 5 autres
Part du budget de recherche sur les risques environnementaux et comportementaux	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	97 243 000 €	38 584 700 €	39,7 %	34 661 000 €	111,3 %
INCa	4 225 000 €	1 190 855 €	28,2 %	1 309 000 €	91,0 %
Total	101 468 000 €	39 775 555 €	39,2 %	35 970 000 €	110,6 %

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		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.												
4.2	Augmenter l'inclusion dans les essais cliniques en cancérologie.												
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).												
4.4	Organiser le recueil d'informations entre les agences et les opérateurs de la recherche clinique et les rendre publiques.												
4.5	Soutenir les recherches portant sur la qualité de vie des patients pendant le cancer et après la maladie.												
4.6	Développer la coopération internationale dans les essais cliniques.												
4.7	Diffuser de manière régulière les informations relatives aux progrès de la recherche contre le cancer (cf. mesure 6).												

Commentaire Global sur la mesure 4 :

Le suivi des projets PHRC et STIC financés est en cours avec les promoteurs de ces projets. Le dénombrement des inclusions dans les essais cliniques en 2010 a été réalisé, l'augmentation des inclusions est de 57% entre 2008 et 2011. Les promoteurs institutionnels et industriels ont donné leur accord pour la relecture de leurs protocoles d'essais cliniques par les comités de patients de la LNCC. Le recueil d'informations sur les essais cliniques entre l'INCa, l'Afssaps, le site du Cengeps est opérationnel, et en cours avec le SIGREC. S'agissant du développement de la coopération internationale dans les essais cliniques, des contacts institutionnels ont été pris au Royaume Uni (Cancer Research UK) et en Allemagne (DKFZ). Enfin, l'INCa se rapproche de ses partenaires pour diffuser de l'information grand public sur les avancées de la recherche sur le cancer (campagne 2011).

Indicateurs de résultats de la mesure 4 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de nouveaux projets de recherche clinique financés	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)	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	152 855 000 €	45 277 855 €	29,6 %	59 497 000 €	76,1 %
Total	152 855 000 €	45 277 855 €	29,6 %	59 497 000 €	76,1 %

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
5.1	Elaborer 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												
5.2	Soutenir l'effort de structuration et d'animation régionale et interrégionale des cancéropôles												
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.												
5.4	Soutenir le programme de génomique du cancer dans le cadre du Consortium international de génomique du cancer (ICGC).												
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.												
5.6	Renforcer la capacité à mesurer la productivité scientifique résultant des programmes de recherche.												

Commentaire Global sur la mesure 5 :

L'ensemble de la mesure 5 progresse selon le planning. S'agissant de la coopération, les stages de formation des radiophysiciens mauritaniens objet d'un cofinancement avec l'AIEA ont démarré en avril 2011 ; les négociations dans le cadre du renouvellement de la convention de coopération avec le Sénégal ont progressé (visite du directeur de l'Institut du Cancer de Dakar) ; dans le cadre du déploiement du réseau de télépathologie en Afrique subsaharienne, un atelier sur les lymphomes a été soutenu par l'INCa.

Les accords-cadres entre l'INCa et l'Inserm d'une part et l'ANR d'autre part sont en cours de validation (signatures prévues fin juin 2011) ; les actions réalisées en concertation sont déjà engagées, notamment la mise en place d'AAP et l'harmonisation des procédures. A l'issue de l'évaluation menée par l'AERES (résultats en février 2011), les 7 cancéropôles sont labellisés pour une durée de 3 ans et financés à hauteur de 21.7 M euros (INCa).

Le programme de séquençage du cancer de la prostate (consortium international ICGC) sera lancé par l'Inserm en 2011, suite à la nouvelle attribution budgétaire du Plan cancer. Les 2 programmes de séquençage pour les tumeurs de sein et de foie se poursuivent (suivi par l'INCa).

La part du financement des projets libres à l'initiative des chercheurs était en 2010 de près de 66%, en cohérence avec la cible du Plan cancer de 50%. La part 2011 sera connue en fin d'année. Une étude détaillée de l'évolution 2000-2010 des publications cancer en France et à l'international a été engagée (résultats fin juillet 2011).

Indicateurs de résultats de la mesure 5 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre d'actions impliquant l'INCa dans des programmes de coopération	4	31/03/2011	IRD (2010 - 2013), INCTR (2010 - 2012), Thaïlande IRD (2011), Mauritanie (2011 - 2014)
	3	31/12/2010	<i>Tunisie (19.10.09 - 18.01.2011)</i> IRD (05.10.2010 - 2013) INCTR (27.08.2010 - 2012)
	1	01/06/2010	<i>Tunisie : 19 octobre 2009 - 18 janvier 2011 (CHU Charles Nicolle)</i>
Nombre de programmes de séquençage complet initiés par la France	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	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	<i>En 2009, 68% des financements de recherche ont été consacrés aux projets "libres" : biologie, SHS et épidémiol., rech. clinique et translationnelle</i>

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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	2 480 000 €	345 557 €	13,9 %	994 000 €	34,8 %
INPES	300 000 €	315 659 €	105,2 %	150 000 €	210,4 %
Total	2 780 000 €	661 216 €	23,8 %	1 144 000 €	57,8 %

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		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.	■	■	■	■	■							
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.	■	■	■	■	■							
6.3	Réaliser des enquêtes régulières et réaliser un baromètre cancers	■	■	■	■	■							
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.	■	■	■	■	■							
6.5	Observer les conditions de vie des malades à distance du diagnostic des cancers.	■	■	■	■	■							

Commentaire Global sur la mesure 6 :

- Une nouvelle version du rapport "Situation du cancer en France en 2011" est en cours de rédaction, le plan ayant été validé par le CODIR. Le rapport comporte les données actualisées et un contenu enrichi (action 6.1). Une 1ère version du Portail des données du cancer a été livrée en juin 2011. Bien qu'accessible depuis Internet, le portail n'est pas encore référencé et son existence n'est pas diffusée. Des test de montée en charge sont prévus au cours de l'été 2011 (action 6.2). L'enquête de terrain relative au baromètre cancers (6.3) s'est achevée en 2010 ; le traitement des résultats a été effectué et le rapport est en cours de rédaction pour une publication au 3ème trim. 2011. Parallèlement, l'enquête barométrique « médecins traitants et dépistages des cancers » s'est achevée fin 2010 ; la synthèse est prévue en sept. 2011.

- Le rapport sur les métiers du diagnostic biologique des cancers a été publié en 2009 (INCa-ONDPS) ; la version 2011 portera sur l'analyse prospective des choix d'installation des jeunes spécialistes en exercice (oncologues médicaux, radiothérapeutes et pathologistes). Une base de données des effectifs en exercice et en formation est en cours de constitution (ONDPS, DREES, MESR, Ordre des médecins, INCa) afin d'établir un tableau de bord sur les métiers de la cancérologie (6.4).

- L'enquête sur les conditions de vie des malades à distance du diagnostic des cancers (étude ALD2) est en préparation : contrat avec l'équipe de recherche signé ; dossier Cnil élaboré et déposé ; séminaire de finalisation du questionnaire organisé les 11-12 avril 2011 (action 6.5). Le pilote devrait se dérouler à compter d'octobre (sous réserve de l'accord CNIL).

- Une nouvelle action (6.6) sera inscrite au Plan cancer visant à " mieux documenter et publier les informations sur les cancers de l'enfant, notamment les leucémies".

Indicateurs de résultats de la mesure 6 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Attractivité du Portail des données du cancer (nombre de connections)	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	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	19 453 000 €	7 721 772 €	39,7 %	6 754 000 €	114,3 %
InVS	20 568 000 €	5 920 043 €	28,8 %	7 000 000 €	84,6 %
Total	40 021 000 €	13 641 815 €	34,1 %	13 754 000 €	99,2 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 7 :

La publication des données d'incidence sera réalisée en juin 2011 (action 7.1 affichant un retard). Le programme de travail partenarial 2011-2013 (InVS/Francim/HCL/INCa) est finalisé. Il est annexé à un accord cadre entre les 4 partenaires qui est en cours de signature. Les nouvelles instances de pilotage (comité de suivi, conseil scientifique) sont en cours de mise en place. Le rapport d'étude de la survie est prévue pour la fin de l'année 2011. Concernant le rattrapage d'une année pour le délai de validation des données, trois quarts des registres ont pu atteindre cet objectif malgré les difficultés rencontrées dans la transmission des données anatomocytologiques aux registres. Afin de faciliter l'accès aux sources de données, l'InVS et INCa participent à la réflexion sur la transmission des données ACP à des fins de santé publique et de recherche dans le cadre d'un groupe de travail sur la profession des pathologistes piloté par la DGOS (conclusions à la fin 2011). Le rapport de l'étude pilote du SMSC est en cours d'édition (prévu pour juin 2011). Les travaux se poursuivent selon 2 axes : la production d'indicateurs d'incidence provisoires à partir des bases ALD et PMSI croisées (système bi-source), et la constitution d'une base nationale à partir des comptes-rendus d'anatomie et de cytologie pathologiques (ACP) dans le cadre des travaux de l'ASIP-santé et de l'INCa sur le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC). Le 1er comité de suivi s'est réuni en novembre 2010, et le 2ème est prévu en juin 2011. Concernant le système bisource, les données PMSI et ALD cancer de 2006 à 2008 disponibles avec un numéro d'anonymat unique ont pu être obtenues en aout 2010, à l'exception des données de la MSA. Ces données pourraient être disponibles au 2ème semestre 2011. Le dossier CNIL relatif à la pérennisation du système bi-source et au traitement des données de la MSA via ce circuit a été déposé en mars 2011. Six localisations prioritaires ont été définies en janvier 2011 par l'INCa et l'InVS (système nerveux central, utérus, poumon, rein, sein et colon/rectum).

Indicateurs de résultats de la mesure 7 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Gain temporel dans la publication des survies	0	15/06/2011	mesure prévue pour fin 2011
	0	01/12/2010	<i>mesure prévue pour 2011</i>
Nb de registres ayant réduit d'1 an le délai de publication des incidences	19	01/06/2011	19 registres (sur 26) ont réduit le délai d'une année (de n+4 à n+3)
Proportion de cancers couverts par le système bi-sources	6%	01/06/2011	Les six localisations prioritaires définies sont en cours d'analyse
	0%	01/12/2010	<i>système non mis en place à ce stade</i>



Mesure 8 : Développer l'épidémiologie sociale des cancers.

Exécution budgétaire mesure 8 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	1 045 000 €	30 249 €	2,9 %	380 000 €	8,0 %
Total	1 045 000 €	30 249 €	2,9 %	380 000 €	8,0 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011			2012			2013		
			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 :

Suite à la saisine spécifique par la DGS du HCSP sur les indicateurs des inégalités de santé dans le domaine du cancer fin 2010, un calendrier de travail a été défini. Les groupes de travail sur les inégalités sociales de santé et les systèmes d'information en santé publique sont en cours de réactivation. Un séminaire en mai 2011 avec les services producteurs de statistiques sanitaires a été réalisé. Des recommandations devraient être publiées d'ici fin 2011.

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». 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 deux projets sur la survie des patients atteints d'un cancer.

Indicateurs de résultats de la mesure 8 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de consultations des publications sur les disparités des cancers	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
InVS	2 730 000 €	742 339 €	27,2 %	1 020 000 €	72,8 %
Total	2 730 000 €	742 339 €	27,2 %	1 020 000 €	72,8 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 9 :

Les actions relatives à l'amélioration du recensement des cancers d'origine professionnelle et d'élaboration de recommandations de pratiques de surveillance des travailleurs exposés aux CMR sont pilotées par la DGT (cf. mesure 12).

- La mise en place de la déclaration obligatoire du mésothéliome, pilotée par l'INVS est en cours (action 9.1). Le comité de pilotage a été constitué en oct. 2010. Le HCSP a émis un avis sur les modalités de la DO, en particulier le formulaire de déclaration. Une 1ère étude de faisabilité (test des procédures, du formulaire de la DO et des circuits d'information) a démarré en janvier 2011. Cette phase pilote, prévue sur 6 mois, concerne 6 régions, 3 incluses dans le PNSM et 3 non incluses.
- Les études de cohorte et la surveillance des clusters (InVS) se poursuivent, tant en population générale que dans le champ professionnel. L'analyse du pilote COSET MSA est en cours, ainsi que l'élaboration du protocole pour le pilote RSI (action 9.2 affichant un retard par rapport au calendrier prévu).
- Enfin 2 matrices emplois-exposition ont été élaborées en 2010 et 2011 (silice et amiante), complétant les 6 matrices publiées en 2009 (action 9.3) et la construction de nouvelles matrices est prévue d'ici 2013 (fibres céramiques réfractaires, solvants oxygénés - sauf éthers de glycol, formaldéhyde, fluides de coupe, travail de nuit, poussières de bois, Cadmium, plomb, HAP).

Indicateurs de résultats de la mesure 9 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de matrices emplois-expositions réalisées dans l'année	2	01/06/2011	Les matrices silice et amiante ont été actualisées
	2	01/12/2010	Une matrice silice et une matrice amiante viennent compléter les 5 matrices solvants chlorés et la matrice pesticides arsenicaux publiés 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 (pgme Matphyto).
	0	28/05/2010	données non communiquées
Taux d'accroissement de la déclaration obligatoire de mésothéliomes	0%	01/12/2010	Déclaration obligatoire non encore en place A noter que le programme national de surveillance du mésothéliome a permis de recenser 2030 cas en 2006
	0%	01/01/2010	Déclaration obligatoire non encore en place A 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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	171 400 000 €	32 277 607 €	18,8 %	42 000 000 €	76,9 %
DGS	8 000 €	8 000 €	100,0 %	8 000 €	100,0 %
INPES	49 900 000 €	17 074 305 €	34,2 %	19 960 000 €	85,5 %
Total	221 308 000 €	49 359 912 €	22,3 %	61 968 000 €	79,7 %

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.	planning respecté																
10.2	Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique.	planning respecté																
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.	planning respecté																

Commentaire Global sur la mesure 10 :

Les principales actions de la mesure 10 sont engagées. L'arrêté relatif aux avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes et autres produits du tabac publié en avril 2010 a été mis en oeuvre en avril 2011 pour les cigarettes (apposition de photographies sur 40% de la face arrière des paquets) et le sera en avril 2012 pour les autres produits.

Par ailleurs, la nouvelle COG 2010-2013 entre l'Etat et la CNAMTS avait prévu le triplement de la prise en charge des médicaments de sevrage du tabac chez les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMUC (de 50 à 150 euros). Cette action sera mise en oeuvre fin 2011 en ce qui concerne les femmes enceintes. De nouvelles recommandations professionnelles pour l'aide à l'arrêt du tabac ont été programmées au programme 2011 de la HAS. En termes de données sur la consommation de tabac, la fin de l'année 2010 a été marquée par la publication des 1ers résultats du baromètre santé de l'INPES sur le tabac. La prévalence chez les 15-75 ans a augmenté de 2 points en 2010 par rapport à 2005. La hausse est particulièrement forte chez les femmes de 45 à 64 ans (de 16% en 2005 à 22,5 % en 2010). Il s'agit de la première hausse du tabagisme constatée chez les femmes depuis la Loi Evin. Avec 33,6 % de fumeurs en 2010, la France est encore loin de l'objectif général du Plan cancer ciblant une réduction de la prévalence du tabagisme de 30% à 20%.

Indicateurs de résultats de la mesure 10 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Prévalence du tabagisme chez les 15-19 ans	32%	01/12/2010	D'après les 1ers résultats du baromètre santé 2010. Hausse non significative par rapport à 2005.
	31%	01/01/2008	<i>D'après le baromètre santé 2005 (publié en 2008), 31% des 15-19 ans consomment du tabac quotidiennement ou occasionnellement.</i>
Prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes	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	<i>source : baromètre santé 2005 (publié en 2008). Taux à interpréter avec précaution compte tenu de l'effectif : 259 femmes interrogées.</i>
Prévalence du tabagisme chez les personnes bénéficiaires de la CMU	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)	33%	01/12/2010	D'après les 1ers résultats du baromètre santé 2010, 33,4% des 15-75 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac, soit une hausse de 4% par rapport à 2005.
	29,70%	31/12/2008	<i>en 2008, 29,7% des 15-75 ans consomment quotidiennement ou occasionnellement du tabac.</i>



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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	1 800 000 €	283 679 €	15,8 %	400 000 €	70,9 %
INPES	1 200 000 €	263 036 €	21,9 %	450 000 €	58,5 %
Total	3 000 000 €	546 715 €	18,2 %	850 000 €	64,3 %

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.	planning respecté														
11.2	Soutenir des études sur freins ou difficultés du dévelpt 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.	planning respecté														
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.	achevée	/	/	/	/										

Commentaire Global sur la mesure 11 :

La mise en oeuvre des actions de la mesure 11 se poursuit. Pour l'information des élus sur la nutrition (11.1), l'élaboration d'un support est engagée : cadrage défini par le groupe de travail ad hoc (10 mars 2011). 25 projets sur la nutrition ont été soutenus depuis le début de l'année 2011 et de nouveaux appels à projets sur cette thématique seront lancés d'ici l'année. Un guide pour la préparation à la retraite est préparé par l'INPES (11.3).

Le renforcement des moyens des CSAPA n'a pas été retenu en 2011 ; la demande est renouvelée sur l'ONDAM 2012 (11.6).

Une campagne de communication sur la consommation d'alcool a été lancée par l'INPES le 10 mars 2011. Une évaluation de l'Alcoomètre en ligne est prévue d'ici la fin de l'année 2011.

L'indication des quantités d'alcool sur les contenants de boissons est à l'étude (11.5). Les mesures prévues par la loi HPST pour limiter l'offre d'alcool ont été prises (11.7) ; une étude sur le respect de l'interdiction de vente aux mineurs est prévue en 2012.

Indicateurs de résultats de la mesure 11 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de projets financés par l'INCa sur les risques nutrition	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	<i>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</i>
Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool	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	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	375 000 €	275 259 €	73,4 %	125 000 €	220,2 %
INPES	12 500 000 €	4 551 582 €	36,4 %	5 000 000 €	91,0 %
DGT	175 000 €	16 659 €	9,5 %	75 000 €	22,2 %
Total	13 050 000 €	4 843 500 €	37,1 %	5 200 000 €	93,1 %

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
12.1	Améliorer le recensement des cancers d'origine professionnelle.												
12.2	Effectuer des contrôles renforcés de l'appl. des réglementations ds ttes les entrep. en ciblant sur les cancérigènes les plus utilisés et faire évoluer la réglementation.	/											
12.3	Elaborer pr les médecins du travail et médecins traitants des recommandations de bonnes pratiques pour améliorer la surveillance médicale des travailleurs exposés à des CMR.												
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.												
12.5	Renforcer la prévention de l'exposition aux rayonnements UV.												
12.6	Mieux informer sur les risques liés au radon dans l'habitat.												

Commentaire Global sur la mesure 12 :

- S'agissant de la prévention des risques liés au radon dans l'habitat (action 12.6), un décret d'application de la loi HPST encadrant les mesures, les diagnostics et les travaux est prévu en 2011, mais sa publication est retardée. Un dispositif incitatif complet auprès des particuliers est en cours d'élaboration ; un colloque (national ou en région) co-organisé DGS-INCa était envisagé pour fin 2011, mais sa préparation est actuellement en attente de la publication du décret.

- Les autres actions de la mesure se poursuivent. 2 campagnes de contrôles par l'Inspection du Travail se sont déroulées en 2010 (radioprotection et risques chimiques). L'élaborat° des reco sur l'exposit° des travailleurs aux CMR pour les médecins du travail et traitants est engagée (HAS-INCa) et le document réalisé doit être adressé aux relecteurs en juin . L'appel à projets Santé publique INCa 2010 a retenu 1 projet d'expérimentation de consultations spécifiques cancers professionnels. Le décret sur la protection des travailleurs contre les risques liés aux rayonnements optiques artificiels est publié (2/7/2010). Sur saisine DGS, l'INCa a remis en mai 2010 un rapport d'analyse de risques et de recommandations d'actions visant la réduction des risques liés aux UV artificiels ; une saisine complémentaire sur ce thème a été adressée à l'INCa en mars 2011.

Indicateurs de résultats de la mesure 12 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nb recommandations de bonnes pratiques publiées par la HAS	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	<i>recommandation relative au suivi post-professionnel après exposition à l'amiante (publiée en avril 2010)</i>
Nombre de cancers d'origine professionnelle indemnisés	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	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	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	1 300 000 €		0,0 %	400 000 €	
Total	1 300 000 €		0,0 %	400 000 €	

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		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.												
13.2	Contribuer à la mise en oeuvre des mesures du plan de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012.												
13.3	Elaborer 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.	/											
13.4	Favoriser la prévention par une détection précoce et la prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).	/											

Commentaire Global sur la mesure 13 :

- Concernant le HPV, dans la suite des actions d'information menées en 2010, un dispositif d'information et de communication sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus est prévu pour juin 2011. Il comprend un volet national (partenariat avec une grande radio nationale) et un volet de soutien aux acteurs de terrain (réalisations et diffusion d'outils d'information et de communication de proximité). De plus, pour permettre que la vaccination HPV soit plus largement proposée aux personnes sans complémentaire santé ou sans couverture sociale, un texte permettant la prise en charge des vaccins (dont le HPV) par l'assurance maladie (à hauteur de 65%) dans les centres de vaccination a été proposé au PLFSS 2012.

- Concernant les mesures du plan relatives aux hépatites virales B et C, une recommandation de la HAS publiée en mars 2011 devrait participer à l'amélioration du dépistage des personnes à risque d'infection chronique par les virus B et C ("Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C"). Les tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique pour les patients atteints d'hépatite C sont inscrits à la nomenclature par arrêté paru au JO du 19 mai 2011 ; ils bénéficient ainsi d'une prise en charge par l'assurance maladie. La journée nationale contre les hépatites B et C s'est déroulée le 25 mai 2011. Elle a été ouverte par Nora Berra et a bénéficié de la présence d'experts nationaux et internationaux (européens et OMS) et de la présence d'acteurs associatifs et de représentants des ARS.

- La thématique du sur risque de cancer pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), qui a été décrite dans le rapport du Pr Yéni ("Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH") paru en sept. 2010, a fait l'objet de deux actions en 2011 menée par l'INCa. Un projet d'action a été retenu en mai 2011 pour la lutte contre le tabagisme dans la population infectée par le VIH, suite à l'appel à projets lancé en octobre 2010. Une réunion rassemblant sociétés savantes, experts, institutions et représentants de patients autour de la thématique de la détection des lésions anales chez les PVVIH s'est tenue le 24 mai 2011. Il est ressorti de cette réunion qu'il était nécessaire de mieux faire connaître les recommandations du rapport du Pr. Yéni sur cette problématique à la fois par les différents professionnels de santé impliqués ainsi que par les patients eux-mêmes. Il n'a pas été jugé opportun, au regard des incertitudes scientifiques existantes, d'élaborer des recommandations plus précises que celles existantes sur les modalités de détection à réaliser.

Indicateurs de résultats de la mesure 13 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Taux de compliance au schéma vaccinal HPV des jeunes filles de 16 ans	75,30%	31/12/2009	
	76,80%	31/12/2008	<i>ce pourcentage n'intéresse que les jeunes filles du régime général</i>
Taux de couverture vaccinale HPV des jeunes filles de 16 ans	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	27 650 000 €	14 189 322 €	51,3 %	7 550 000 €	187,9 %
DGS	1 300 000 €	0 €	0,0 %	700 000 €	0,0 %
Total	28 950 000 €	14 189 322 €	49,0 %	8 250 000 €	172,0 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011			2012			2013		
			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 :

La majorité des actions relatives à la lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage a été initiée. Une étude pour évaluer les freins à l'adhésion et à la fidélisation est lancée. L'appel d'offres a été publié, l'analyse des offres est terminée et un candidat est retenu. Une réunion de lancement aura lieu en juin 2011. La thématique du respect du rythme préconisé est inscrite en axe prioritaire dans l'appel à projet en santé publique, publié en octobre 2010. Parallèlement, la HAS a été saisie par la DGS sur la problématique du maintien du double accès au dépistage du cancer du sein et un groupe de travail est mobilisé sur cette thématique.

Le rapport sur l'étude de faisabilité technique du géocodage des données du dépistage est en cours de rédaction.

Concernant l'appel à projets de soutien aux actions d'accompagnement de la politique de dépistage 2011, 12 projets ont été retenus avec un financement total de 675 289 euros.

Une journée co-organisée par l'INCa et l'ACSé pour les représentants de la politique de la ville portant sur les facteurs de risque et le dépistage des cancers s'est déroulée le 23 mai 2011. Elle a réuni 130 personnes.

Indicateurs de résultats de la mesure 14 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Part des dépts ayant un taux de participation au DO sein < 50%	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	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%	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	366 000 000 €	137 832 774 €	37,7 %	138 000 000 €	99,9 %
INCa	1 105 000 €	545 534 €	49,4 %	510 000 €	107,0 %
DGS	202 000 000 €	76 470 000 €	37,9 %	76 000 000 €	100,6 %
Total	569 105 000 €	214 848 308 €	37,8 %	214 510 000 €	100,2 %

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	planning respecté	■	■	■	■	■											
15.2	Améliorer le suivi des résultats du dépistage	planning respecté	■	■	■	■	■											

Commentaire Global sur la mesure 15 :

Les actions de la mesure 15 progressent. Elles visent à améliorer les programmes de dépistage organisé (cancers du sein et colorectal) en termes de qualité et d'efficacité notamment.

- La mise à disposition des données consolidées de participation par l'InVS a été améliorée. Une évaluation organisationnelle des structures de gestion a été menée en 2010 et sera finalisée en 2011.
- Dépistage du cancer colorectal: l'InVS a publié le 1er mars 2011 les données de participation calculées sur la période 2009/2010. Une enquête conjointe InVS/INCa a été menée en 2010 afin de disposer de données d'activité sur l'ensemble des structures de gestion et ce depuis le lancement de la campagne de dépistage. Un rapport sera publié courant 2011.
- Dépistage du cancer du sein : l'InVS a publié le 5 avril 2011 les données de participation calculées sur la période 2009/2010 sur les 100 départements. Le taux de participation 2010 est en légère baisse (52 %), dû notamment à la prise en compte de nouvelles données INSEE. Le taux de participation 2009 a par ailleurs été recalculé, à partir de cette nouvelle base. Il est de 52,3 %.
- Le guide de recommandations juridiques a été envoyé à la DGS pour validation en vue d'une publication en juin.
- Le groupe de réflexion éthique sur le dépistage (GRED) a débuté les travaux sur le programme de dépistage organisé du cancer colo-rectal.

Un premier document sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été produit en vue d'une relecture par le GRED.

- suivi des programmes : les besoins des acteurs des programmes des dépistages ont été définis à partir d'une enquête de terrain. Un groupe d'experts s'est réuni pour discuter les orientations définies suite à cette analyse. Les besoins des partenaires en matière de suivi de programmes et de partage d'informations sont en cours d'identification.

Un groupe de travail technique sur l'évolution des structures de gestion, piloté par la DGS avec la CNAMTS, est engagé depuis janvier 2011. Le calendrier de travail prévoit la mise en place de groupes de travail technique sur les missions des structures de gestion. Une 1ère réunion associant la MSA, le RSI, l'InVS et l'INCa est prévue fin juin 2011.

Indicateurs de résultats 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	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%	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (FNPEIS)	26 000 000 €	600 000 €	2,3 %	2 000 000 €	30,0 %
INCa	11 170 000 €	2 670 836 €	23,9 %	3 245 000 €	82,3 %
DGS	2 010 000 €	1 206 529 €	60,0 %	1 310 000 €	92,1 %
Total	39 180 000 €	4 477 365 €	11,4 %	6 555 000 €	68,3 %

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	planning respecté															
16.2	Définir les modalités d'évolution vers de nouvelles techniques de dépistage et des stratégies des programmes nationaux de dépistage	planning respecté															
16.3	Déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire	planning respecté															
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	planning respecté															

Commentaire Global sur la mesure 16 :

- Dépistage du cancer du sein : l'AAP sur la dématérialisation, lancé en juin 2010, est suspendu dans l'attente de la stabilisation du parc d'appareils numériques (action 16.4). La pertinence de la tranche d'âge du DO fera l'objet d'études spécifiques (action 16.2). Une analyse des données de l'observatoire de sénologie est en cours afin d'estimer les taux de dépistage individuel par département et connaître les pratiques des femmes de 40-49 ans et de plus de 74 ans.

- Dépistage du cancer colorectal : le rapport sur les modalités de migration vers les tests immunologiques, validé par un groupe d'experts, a été transmis pour avis à la DGS fin avril 2011.

- Dépistage col de l'utérus : le programme expérimental se poursuit dans les 9 sites ; un rapport intermédiaire est prévu en 2011.

- L'appel d'offre relatif à la réalisation d'études médico-économiques du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal a été déclaré infructueux pour raison d'offres non conformes. La procédure a été relancée.

Indicateurs de résultats 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 : Calvados, Cher, Allier
	0	31/12/2009	
Nombre de génotypages HPV effectués par le CNR	1 280	29/11/2010	collecte en cours dans 3 sites (Auvergne, Alsace, Centre)
	300	15/09/2010	génotypages 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	36%	04/03/2011	T2 : année 2010
	30%	21/05/2010	T1 : année 2009
	1%	01/01/2009	T0 : estimation provisoire avant décret de 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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	11 126 000 €	2 912 862 €	26,2 %	3 927 000 €	74,2 %
Total	11 126 000 €	2 912 862 €	26,2 %	3 927 000 €	74,2 %

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																
17.2	Améliorer la détection précoce des cancers de la peau.																
17.3	Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale																
17.4	Prendre en compte les nouvelles opportunités de dépistage en fonction de l'évolution des connaissances et des traitements.																

Commentaire Global sur la mesure 17 :

Une étude de faisabilité sur le suivi des stades au diagnostic des cancers de la peau est en cours de validation (action 17.2 affichant un retard). Les autres actions progressent comme prévu par le Plan.

- Cancers de la prostate : La DGS a saisi la HAS pour l'élaboration de recommandations, en lien avec l'INCa. Les travaux se poursuivent en 2011 dans le cadre de groupes co-animés INCa/HAS (information aux hommes sur le rapport bénéfices/risques du dépistage et des traitements ; identification des sujets à risques élevés et stratégie de dépistage adaptée ; dépistage pour les hommes à risques moyens).
- Cancers de la peau: la journée nationale annuelle de dépistage du mélanome organisée par le SNDV a eu lieu le 19 mai. Elle est soutenue par le ministère et l'INCa (qui réalise son évaluation). Le rapport HAS-INCa sur l'impact du parcours de soins sur le diagnostic du mélanome est en cours de validation. Le module de formation multimédia sur la détection précoce des cancers de la peau mis en ligne en juin 2010 va intégrer d'autres contenus notamment sur les cancers cutanés d'origine professionnelle. Les partenariats se poursuivent et des documents d'information à l'attention des professionnels de santé (médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmières et pédicures podologues) sont en cours de diffusion ou de rédaction. Une fiche repère sur la détection précoce des cancers de la peau est en cours de validation.
- Cancers de la cavité buccale : 2 projets ont été financés dans le cadre de l'appel à projet 2010 pour un montant total de 219 726 euros. 5 projets ont été déposés en début d'année 2011 dont 2 sont financés pour un montant total de 200 120 euros.

Indicateurs de résultats de la mesure 17 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de recommandations publiées pour le dépistage du cancer prostate	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	15 000 000 €	0 €	0,0 %	0 €	#DIV/0
INCa	11 970 000 €	3 774 775 €	31,5 %	3 050 000 €	123,8 %
Total	26 970 000 €	3 774 775 €	14,0 %	3 050 000 €	123,8 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011			2012			2013		
			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.	planning respecté	■	■	■	■	■							
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 :

La mesure 18 progresse conformément aux prévisions du Plan. 35 équipes pilotes expérimentent depuis septembre 2010 la mise en place d'un parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer (pilotage DGOS-INCa). le bilan d'étape fin avril montre une inclusion de 5900 patients, dont 60% disposent d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS). Une situation de fragilité sociale a été détectée chez 29% des patients dont 2/3 ont nécessité la mise en place d'actions par le service social. 1082 patients sont en phase d'après cancer et 10 % d'entre eux ont bénéficié d'un soutien psychologique ou d'une aide au maintien dans l'emploi. Les premiers constats permettent de positionner les infirmiers coordonnateurs comme interlocuteurs privilégiés du patient, principalement pour l'information, le soutien et l'évaluation des besoins, et pour la facilitation du parcours coordonné. L'évaluation menée fin 2011 permettra de proposer des recommandations pour le déploiement national du parcours personnalisé. Un comité de suivi va être mis en place à compter de septembre 2011 pour accompagner ce déploiement.

- Dix-sept guides ALD à destination des médecins traitants (HAS-INCa), couvrant 19 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 à compter de juin 2011 les éléments de suivi post ALD (cf. mesure 25).
- Le partage des données médicales constitue un enjeu pour la coordination des soins et avance dans le cadre conjoint du DCC/DMP. Après la publication du cadre national en octobre 2010 (INCa-ASIP santé), la phase pilote de mise en oeuvre a été lancée dans 7 régions, chaque projet étant porté conjointement par le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) et la maîtrise d'ouvrage régionale des systèmes d'information, avec le soutien des ARS concernées. Les travaux concernant la mise à disposition de serveurs nationaux pour les essais cliniques et les recommandations de bonnes pratiques cliniques ont été initiés et un cahier des charges est en cours d'élaboration. L'ensemble de ces expérimentations préparent la généralisation du service DCC à partir de 2012.

Indicateurs de résultats de la mesure 18 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Taux de couverture des guides médecins traitants pour l'ALD 30 (sur 25 localisat	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
Taux de diffusion du Programme Personnalisé de Soins	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%.
Taux de diffusion régionale de l'accès des médecins traitants au PPS via le DCC	0%	31/12/2010	



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

Exécution budgétaire mesure 19 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	202 000 000 €	60 000 000 €	29,7 %	58 000 000 €	103,4 %
INCa	11 530 000 €	2 289 221 €	19,9 %	4 430 000 €	51,7 %
Total	213 530 000 €	62 289 221 €	29,2 %	62 430 000 €	99,8 %

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		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.												
19.2	Conforter le financement des mesures qualité.												
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.												
19.4	Mener une étude sur les délais de prise en charge dans plusieurs régions.												
19.5	Rendre accessible aux patients une information de référence sur les cancers afin d'en faire des acteurs du système de soins.												

Commentaire Global sur la mesure 19 :

- La mise en place du dispositif des autorisations de traitement du cancer (actions 19.1,2,3) est en cours de finalisation par les ARS, qui vérifient la conformité aux mesures qualité et aux critères d'agrément dans les 885 établissements autorisés. Un accompagnement des établissements par les ARS, l'INCa et la DGOS est mené durant cette période charnière. Un outil d'auto-évaluation (check list) est à disposition des établissements (site de l'INCa) ; le 1er état des lieux déclaratif au 30 juin 2010 a été publié (déc.2010). La DGOS a réuni avec l'INCa les représentants des ARS en nov. 2010, janv. 2011 et début avril 2011. Le bilan global donnera lieu à un rapport fin 2011.

- Une évaluation de l'impact du dispositif d'annonce par les malades a été lancée en janvier 2011 (Ligue-INCa). Le contenu minimum attendu d'un programme personnalisé de soins (PPS), travaillé avec les représentants des malades, a été mis à disposition de l'ensemble des professionnels depuis février 2011.

- L'étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon (19.4) a été lancée par l'INCa en mars 2011 dans 8 régions (portée par les RRC avec les Observatoires Régionaux de Santé).

- Afin d'élaborer des référentiels spécifiques pour les structures d'HAD réalisant des chimiothérapies, un état des lieux a été réalisé pour préparer un référentiel qui sera publié avant la fin 2011.

- La plateforme Cancer Info (19.5) a fait l'objet pour la 1ère fois d'une campagne de communication grand public (janv-fév 2011), qui a eu pour effet d'accroître très significativement les sollicitations en février (appels, visites rubrique internet, guides commandés). 4 nouveaux guides ALD destinés aux patients ont été publiés depuis début 2011 (15 guides au total).

Indicateurs de résultats de la mesure 19 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
nombre de guides ALD par localisation de cancer destinés aux patients	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	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	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	45 500 000 €	0 €	0,0 %	0 €	#DIV/0
INCa	6 300 000 €	3 168 538 €	50,3 %	4 000 000 €	79,2 %
Total	51 800 000 €	3 168 538 €	6,1 %	4 000 000 €	79,2 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011			2012			2013		
			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.	planning respecté												
20.2	Accompagner la nécessaire adaptation de l'anatomocytopathologie aux évolutions technologiques et scientifiques.	planning respecté												
20.3	Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocytopathologie.	planning respecté												

Commentaire Global sur la mesure 20 :

- L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie (ACP), publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS. Elle intègre, conformément aux attentes du plan, la complexité actuelle de ces actes en cancérologie et 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. La publication de la charte de génétique moléculaire début 2011 et le suivi de l'appel à projets INCa 2009, en reconnaissant le rôle des pathologistes dans la réalisation des examens moléculaires, facilitent leur intégration dans les plateformes de génétique moléculaire. Un soutien financier de l'association professionnelle en charge de l'assurance qualité est effectif depuis 2009 et permet d'accompagner le développement de nouvelles pratiques.

- Un catalogue des items minimaux anatomopathologiques indispensables à la prise en charge des patients, élaboré en 2009, a été actualisée au 1er trimestre 2011. Le catalogue a été transmis à l'ASIP pour permettre la structuration des comptes rendus ACP et leur intégration dans le DCC.

- Le programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes est effectif depuis le début de l'année 2010. Un suivi de cette activité est effectué afin d'accompagner la phase de montée en charge et d'optimiser cette organisation, en lien avec la structuration de la prise en charge des cancers rares. Un premier bilan sera publié fin juin 2011.

La DGOS pilote un groupe de travail relatif à l'anatomopathologie pour établir avec les professionnels un état des lieux de la discipline pour porter avant fin 2011 des préconisations et des propositions d'actions.

Indicateurs de résultats 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 relecture des nouveaux cas de lymphomes et cancers rares	51%	16/12/2010	programme opérationnel depuis mars 2010 (sarcomes : 2.815 / 4.000 nvx cas, lymphomes : 4.200 / 11.000 ; mésothéliomes : 928 / 1.000 ; tumeurs neuroendocrines : 941 / 1.300 estimés)
	0%	01/01/2009	<i>mise en place effective de la double lecture à partir de 2010</i>
Taux de transmission des comptes rendus ACP dans le DCC	0	09/12/2010	adaptation en cours des logiciels de système de gestion de laboratoire ACP
	0	01/01/2010	<i>comptes rendus ACP en cours de structuration (ASIP)</i>
	0	31/12/2009	<i>non disponible</i>



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

Exécution budgétaire mesure 21 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	59 500 000 €	4 500 000 €	7,6 %	4 500 000 €	100,0 %
INCa	8 117 000 €	5 314 398 €	65,5 %	2 817 000 €	188,7 %
Total	67 617 000 €	9 814 398 €	14,5 %	7 317 000 €	134,1 %

Etat d'avancement des actions :

		Etat courant	2010			2011			2012			2013		
			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.	planning respecté												
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.	planning respecté												

Commentaire Global sur la mesure 21 :

L'accès aux traitements innovants progresse selon les objectifs du Plan. Depuis 2010, 7 molécules ont été radiées de la liste en sus et 3 nouvelles y ont été inscrites. Les Référentiels de Bon Usage (RBU) sont actualisés annuellement. En juin 2011 sur les 8 référentiels couvrant les principales localisations de cancer, 5 auront été actualisés pour la 2ème fois, 2 pour la 1ère fois et 1 nouvelle thématique a été traitée (cancers pédiatriques). 14 Protocoles Thérapeutiques Temporaires ont été définis (4 RBU et 6 molécules concernés). Un rapport sur la situation de la chimiothérapie est publié annuellement.

- Les tests moléculaires, permettant la juste prescription des thérapies ciblées, augmentent de façon conséquente. 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. Un programme d'évaluation externe de la qualité sera mis en place en 2011.

- Le renouvellement de l'étude sur les délais d'accès aux examens IRM pour les cancers du sein, de l'utérus et de la prostate est lancé (résultats attendus en juillet 2011). Par ailleurs, un bilan réalisé par la DGOS sur le nombre d'appareils IRM installés en 2010 permettra de suivre l'évolution du parc. Un AAP visant à soutenir des approches chirurgicales innovantes (cancers du sein et colorectaux) va être lancé fin 2011.

Indicateurs de résultats de la mesure 21 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Evolution des IRM installées dans les 10 régions ciblées	168	01/01/2010	18 IRM supplémentaires installées en 2009 dans les 10 régions ciblées
	150	01/01/2009	<i>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</i>
Nb molécules anticancéreuses sorties de la liste en sus	7	01/03/2011	2 molécules supplémentaires sorties au 1/3/2011, qui s'ajoutent aux 5 molécules radiées en 2010
	5	06/12/2010	<i>prévision au 31/12/2010:5 molécules sorties</i>
	0	31/12/2009	
	0	31/12/2008	
Nb nouvelles molécules anticancéreuses intégrées dans la liste en sus	2	01/03/2011	
	1	31/12/2010	
	2	31/12/2009	
	4	31/12/2008	
Nb patients bénéficiant d'un test pour les indications de thérapie ciblée	26 732	31/12/2009	tests réalisés en 2009 : 6.750 HER2 (sein), 65 HER2 (cancer gastrique), 17.250 KRAS (colorectal), 2.667 EGFR (poumon)
	16 697	01/01/2009	<i>tests réalisés en 2008 par les plateformes : 5.416 HER2, 10.012 KRAS, 1.269 EGFR</i>



Mesure 22 : Soutenir la radiothérapie.

Exécution budgétaire mesure 22 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	68 870 000 €	13 242 500 €	19,2 %	14 930 000 €	88,7 %
INCa	4 700 000 €	2 477 648 €	52,7 %	2 400 000 €	103,2 %
Total	73 570 000 €	15 720 148 €	21,4 %	17 330 000 €	90,7 %

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		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.	retard mineur	■	■	■	■	■							
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 majeur	■	■	■	■	■							

Commentaire Global sur la mesure 22 :

2 actions de la mesure 22 présentent un retard par rapport au calendrier prévu :

- Le groupe de travail pour l'élaboration du référentiel des plateaux techniques en radiothérapie ne s'est pas encore réuni (INCa) et devrait démarrer en septembre 2011 (action 22.1).
- La HAS n'ayant pas inscrit l'actualisation des indications des techniques innovantes de radiothérapie dans son programme de travail 2011, alors que la mise en oeuvre de cette action est prévue en 2011, des échanges sont en cours pour que cette inscription puisse être néanmoins effective (action 22.3).

Les autres actions de la mesure progressent. Le 2ème rapport sur la situation de la radiothérapie 2010, publié en mars 2011, sera complété par le rapport d'expertise sur la place de la curiethérapie en radiothérapie (prévu en juillet 2011).

- Un appel à projets a été lancé en mars pour soutenir l'installation d'équipements de radiothérapie péroratoire dans les cancers du sein. L'objectif est d'accompagner la mise en oeuvre et l'évaluation 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.

- Le nombre de radiophysiciens a augmenté de 9% entre 2009 et 2010 (490 ETP en exercice), mais l'objectif de 600 professionnels en 2011 ne devrait être atteint qu'en 2012, en raison des effectifs moins nombreux que prévus qui entrent en formation. La modification de l'arrêté du 19 novembre 2004, attendue en juin 2011, permettra l'accès au diplôme de radiophysique médicale à de nouveaux étudiants de masters et une circulaire formalisera l'organisation des lieux de stages.

- Le comité national de suivi de la radiothérapie doit se réunir en juillet 2011 : l'ensemble des actions, entreprises depuis un an, relatives à la qualité, la sécurité, l'organisation, le suivi des métiers en radiothérapie, la formation et la recherche y seront présentées. Elles feront l'objet du 4ème rapport.

Indicateurs de résultats de la mesure 22 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Evolution annuelle de l'activité en radiothérapie	164 270	31/12/2009	nombre de patients traités en radiothérapie en 2009 (source : PMSI en CNAMTS)
	165 342	31/12/2008	nombre de patients traités en radiothérapie en 2008 (source : PMSI en CNAMTS)
	166 032	31/12/2007	nombre de patients traités en radiothérapie en 2007 (source : PMSI en CNAMTS)
Evolution des effectifs en radiothérapie	3 265	31/12/2009	Total des effectifs techniques en poste dans les centres de radiothérapie (médecins, physiciens, dosimétristes, manipulateurs d'electroradiologie et qualitiiciens)
	3 001	01/01/2008	159 centres répondants sur 176 centres de radiothérapie au total
Evolution du parc des accélérateurs de radiothérapie	413	31/12/2009	Parc total des accélérateurs dans les 177 centres de radiothérapie autorisés à traiter les cancers
	396	01/01/2008	159 centres répondants sur 176
Nombre de postes de dosimétristes	276	31/12/2009	
	172	31/12/2008	
Nombre de postes de radiophysiciens des centres de radiothérapie	490	01/03/2011	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	résultats partiels d'affectation en attente des choix définitifs (oraux 9/12/2010)
	448	31/03/2010	intégration complète de la promotion sortante 2009 dans les effectifs des centres
	421	30/06/2009	rattrapage (11 étudiants) promotion 2008
	410	30/03/2009	intégration de la promotion sortante en nov. 2008 dans les effectifs des centres de RTH



Mesure 23 : Développer des prises en charge spécifiques

Exécution budgétaire mesure 23 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	126 750 000 €	14 969 500 €	11,8 %	23 500 000 €	63,7 %
PLFSS (DGS)		2 200 000 €			
INCa	9 200 000 €	1 375 189 €	14,9 %	3 190 000 €	43,1 %
Total	135 950 000 €	18 544 689 €	13,6 %	26 690 000 €	69,5 %

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
23.1	Labelliser les centres de référence pour les cancers rares.												
23.2	Favoriser la constitution de bases de données clinicobiologiques (enquêtes transversales répétées avec volet de biosurveillance).	/	/										
23.3	Suivre les personnes à risque génétique.												
23.4	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer.												
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.												

Commentaire Global sur la mesure 23 :

- 23.1 : 15 groupes de cancers rares sont désormais structurés autour de centres experts. La dernière phase du dispositif sera mise en place en 2011, comme prévu.

- 23.2 : un appel à projets pour la constitution de bases clinico-biologiques est programmé fin juin 2011.

- 23.3 : le dispositif d'oncogénétique a été renforcé en 2010. Le suivi des structures pilotes pour la prise en charge des personnes identifiées à haut risque héréditaire de cancer a été mis en place, conformément au plan.

- 23.3 : l'organisation d'oncogériatrie est en cours d'évolution. Le bilan des actions menées par les unités pilotes conduit à déployer au niveau national le dispositif via un appel à projets lancé en mars 2011.

- 23.5 : le développement d'actions spécifiques pour l'adolescent se fera au travers des organisations interrégionales de recours en cancérologie pédiatrique identifiées en 2010. 5 projets ont été par ailleurs sélectionnés pour expérimenter un programme personnalisé de l'après-cancer des patients traités dans l'enfance et l'adolescence ; ils débiteront en juin 2011 (18 mois). L'augmentation des unités de sang placentaire collectées se poursuit avec 12.140 USP enregistrées sur le Registre France Greffe de Moelle (+15% par rapport à déc. 2010). Depuis mars 2011, le réseau de collecte de sang de cordon à visée allogénique s'est élargi avec l'ouverture d'une banque supplémentaire (9 banques au total) et de 6 maternités supplémentaires engagées (41 maternités au total).

Indicateurs de résultats de la mesure 23 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Développement de la conservation d'unités de sang de cordon	12 140	30/04/2011	au 30 avril 9 banques actives 41 maternités de collecte
	11 441	04/03/2011	au 28 février 2011 11441 USP enregistrés au RFGM et toujours 8 banques et 35 maternités
	10 599	30/11/2010	8 banques en activité fin 2010 avec 34 maternités associées au réseau français de sang placentaire
	8 501	01/01/2010	nombre d'unités de sang placentaire inscrites sur le registre France greffe de moelle
	7 051	01/01/2009	nombre d'unités de sang placentaire inscrites sur le registre France greffe de moelle
Nombre de cancers rares bénéficiant d'une organisation autour de centres experts	15	10/12/2010	
	8	29/05/2009	T0 2009
Taux d'utilisation d'un outil d'évaluation gériatrique pour les patients âgés	0%	01/06/2011	données disponibles à partir de 2012
	0%	16/05/2010	outil de dépistage oncogériatrique non utilisé avant fin 2010



Mesure 24 : Répondre aux défis démographiques des professions

Exécution budgétaire mesure 24 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	27 285 000 €	715 000 €	2,6 %	686 000 €	104,2 %
INCa	700 000 €			100 000 €	
MESR	6 285 000 €	0 €	0,0 %	686 000 €	0,0 %
Total	34 270 000 €	715 000 €	2,1 %	1 472 000 €	48,6 %

Etat d'avancement des actions :

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

Commentaire Global sur la mesure 24 :

Les travaux conjointement menés par l'ONDPS et l'INCa permettent de connaître et de suivre l'évolution de la démographie dans les métiers ciblés par le Plan cancer. La base de calcul du taux de progression annuelle des internes est le nombre d'inscrits en 4^e année d'internat qui correspond à l'inscription définitive dans la spécialité. Ainsi, en anatomopathologie le taux de progression des internes entre 2009 et 2010 est de 15% mais il est de 70% depuis 2008.

En oncologie-radiothérapie il est négatif (-7%) entre 2009 et 2010 mais il reste positif (2%) entre 2008 et 2010. En outre, en 2010 en 4^e année d'internat, on observe 37 internes en oncologie médicale, 19 en radiothérapie et 6 en onco-hématologie.

La progression des effectifs des CCA en 2010 sera calculé dès la publication de l'arrêté du ministère de l'enseignement supérieur prévu en juin 2011.

En ce qui concerne les formations universitaires donnant accès à de nouvelles compétences, un nouveau master sur la coordination infirmière des parcours de soins devrait se mettre en place à Toulouse (cycle 2011-2012). Un DU de macroscopie des pièces opératoire en anatomie, créé fin 2010, s'adresse aux techniciens d'anatomopathologie.

Indicateurs de résultats de la mesure 24 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de masters et licences existants pour IDE coordonnateurs parcoures de soins	2	08/03/2011	Deux masters existent pour les IDE coordonnateurs de parcours de soins: un à Aix Marseille et l'autre à Besançon.
	2	01/01/2010	<i>Deux masters recensés, un à Aix Marseille et l'autre à Besançon</i>
taux de progression annuelle des CCA en anatomocytopathologie	- 27%	30/06/2010	pourcentage décroissant de CCA en ACP constatés entre le 1/1/2008 et le 1/1/2009
taux de progression annuelle des CCA en oncologie et radiothérapie	16%	30/06/2010	progression des CCA en oncologie médicale et en radiothérapie constatés entre le 1/1/2008 et le 1/1/2009
taux de progression annuelle des internes en anatomocytopathologie	70%	19/05/2011	progression entre 2008 et 2010 du nombre d'internes inscrits en 4 ^e année en ACP
	48%	01/01/2010	<i>progression entre 2008 et 2009 du nombre d'internes inscrits en 4^eme année en ACP</i>
taux de progression annuelle des internes en oncologie et radiothérapie	2%	19/05/2011	progression entre 2008 et 2010 du nombre d'internes inscrits en 4 ^e année en oncologie médicale et en radiothérapie.
	10%	01/01/2010	<i>progression entre 2008 et 2009 du nombre d'internes inscrits en 4^eme année en oncologie médical et en radiothérapie</i>

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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	10 600 000 €	0 €	0,0 %	0 €	#DIV/0
PLFSS (FICQS)	1 900 000 €		0,0 %	0 €	
INCa	5 600 000 €	591 422 €	10,6 %	500 000 €	118,3 %
Total	18 100 000 €	591 422 €	3,3 %	500 000 €	118,3 %

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		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).												
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.												
25.3	Expérimenter la mise en oeuvre d'un programme personnalisé de l'après cancer (PPAC).												
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.												
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)												

Commentaire Global sur la mesure 25 :

- La prise en charge des implants supports de prothèses dentaires est en attente de décision de l'UNCAM (action 25.5 en retard).
 - Un volet social a été intégré au Programme Personnalisé de Soins avec l'aide des représentants de patients (en ligne sur e-cancer.fr). La mise en place de consultations sociales en cours de traitement et l'élaboration d'un PPAC sont suivies dans le cadre des expérimentations des parcours personnalisés (cf. action 18.1). Un groupe de travail est mis en place depuis mars 2011 avec des sites pilotes pour élaborer le contenu minimum du PPAC qui sera mis à disposition des professionnels de santé courant 2011.
 - 2 décrets relatifs à la suppression de la participation de l'assuré pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle l'assuré s'est vu reconnaître le bénéfice de l'art. L.22-3-3° du CSS ont été publiés le 19 janv. 2011 ; une circulaire d'application est en cours de signature. Le dispositif permet 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. Ce dispositif s'appuie sur des référentiels de suivi : actualisation des guides ALD (HAS-INCa) avec un approfondissement de la description des bonnes pratiques de suivi (actes et examens nécessaires, rythme, recommandations de surveillance partagée).

Indicateurs de résultats de la mesure 25 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Taux de couverture des référentiels de suivi des patients	0%	31/12/2010	élaboration des référentiels de suivi en cours (publication prévue à partir du 1er sem. 2011)
Taux de couverture du Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)	0%	01/06/2010	L'action démarrera à compter de 2011 dans le cadre de l'AAP lancé en 2010
Taux de fragilité sociale dépisté dans les 35 projets 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'accomp. social personnalisé

Exécution budgétaire mesure 26 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	8 500 000 €	854 977 €	10,1 %	900 000 €	95,0 %
DGCS	3 800 000 €		0,0 %	0 €	
Total	12 300 000 €	854 977 €	7,0 %	900 000 €	95,0 %

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.	planning respecté															
26.2	Élaborer et mettre en place un référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité.	planning respecté															
26.3	Elaborer avec les services des départements des modalités permettant d'activer sans délai les financements prévus pour le maintien à domicile ou la compensation du handicap	retard mineur															
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 :

Les modalités de réalisation de l'action destinée à activer les dispositifs prévus pour l'accompagnement social des personnes pendant et après le cancer, notamment pour faciliter le retour et le maintien à domicile, restent à définir (action 26.3 affichant un retard).

Plusieurs actions sont en cours pour accompagner le développement d'un accompagnement social personnalisé :

- Une fiche de détection de la fragilité sociale a été élaborée avec les sites pilotes "parcours de soins" et les représentants des usagers de l'Inca et mis à disposition des professionnels de santé en février 2011 (action 26.2).
- La trame commune de l'annuaire des professionnels du secteur social sera achevée à l'été 2011. La Ligue s'est également attachée à envisager la solution informatique pour permettre à la fois l'actualisation des informations en temps réel et la mise à disposition au plus grand nombre sur support numérique. Une expérimentation auprès de 15 départements à partir de septembre 2011 permettra de préciser le contenu, la présentation et les modalités de diffusion à envisager (action 26.4).
- Enfin, concernant le soutien aux hébergements à proximité des lieux de prise en charge médicale, un appel à projets INCa-Ligue a été lancé en mars 2011 ; la sélection des projets se fera en octobre 2011 (action 26.1).

Indicateurs de résultats 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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
CNSA	6 400 000 €		0,0 %	0 €	
Total	6 400 000 €		0,0 %	0 €	

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.	planning respecté															
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)	non commencé															

Commentaire Global sur la mesure 27 :

L'action 27.1 pilotée par la CNSA en partenariat avec l'INCa, engagée en janvier 2011, se poursuit dans 9 départements avec les maisons départementales des personnes handicapées volontaires (MDPH) et les équipes de soins, dans le cadre de l'expérimentation des « parcours personnalisés » (cf. mesures 18, 25 et 26). Les situations individuelles sont en cours d'inclusion, pour tester les pratiques de coopération au cours du 1er semestre, afin d'identifier d'ici fin 2011 les meilleures pratiques pour répondre aux situations de handicap ou de perte d'autonomie liées au cancer. Un premier séminaire des binômes (MDPH-équipes de soins) s'est tenu le 1er avril 2011 et un second est programmé le 7 juillet 2011, à l'issue de la phase d'inclusion et de test sur les pratiques, pour préparer le traitement des données et l'analyse des résultats.

La réalisation d'un livret pourra être envisagée, en fonction des résultats de cette expérimentation, en direction des personnes atteintes, des associations et des professionnels (action 27.2).

Indicateurs de résultats de la mesure 27 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Nombre de MDPH participant aux expérimentations	9	01/03/2011	MDPH volontaires parmi les sites pilotes de l'expérimentation "parcours personnalisés"
	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	0	01/03/2011	inclusions en cours dans les départements
	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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	8 000 000 €			800 000 €	
Total	8 000 000 €			800 000 €	

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 :

La nouvelle convention AERAS, signée le 1er février 2011, à l'issue du processus de négociations, mené en 2009-2010, par les ministres concernés (économie et finances, cohésion sociale, santé), les associations et les fédérations des secteurs de la banque et de l'assurance prévoit plusieurs avancées :

- Les assureurs ont pris l'engagement de proposer, à compter du 1er septembre 2011, une nouvelle garantie invalidité ;
- Les démarches d'accès à l'emprunt sont simplifiées via notamment l'harmonisation des questionnaires de santé ;
- Les conditions d'éligibilité au dispositif d'« écrêtement des surprimes » sont élargies et renforcées pour les emprunteurs à revenus modestes ;
- Un dispositif d'information est déployé pour mieux faire connaître les droits et les conditions ;
- Un groupe de travail paritaire doit être mis en place sur les situations stabilisées ou consolidées pour dresser un diagnostic partagé par pathologie d'ici 2012. La composition de la Commission des études et des recherches n'ayant pas encore été fixée, les travaux n'ont pas démarré pour recueillir et étudier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés de santé ou fondés les refus de garantie (action 28.1 affichant un retard).

Indicateurs de résultats de la mesure 28 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
à définir	0	01/03/2011	indicateurs et cibles à définir par la Commission de suivi et de propositions de la nouvelle convention AERAS



Mesure 29 : Lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des pers. atteintes

Exécution budgétaire mesure 29 :

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
INCa	200 000 €			100 000 €	
Total	200 000 €			100 000 €	

Etat d'avancement des actions :

	Etat courant	2010			2011			2012			2013		
		T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
29.1	Etablir un état des lieux des dispositifs et des obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes pendant et après un cancer planning respecté												
29.2	Délivrer une information adaptée aux malades, aux professionnels concernés et aux employeurs, afin de renforcer l'accès aux droits et aux dispositifs existants favorisant le retour ou le maintien dans l'emploi non commencé	/	/	/	/	/							
29.3	Mieux préparer le maintien ou le retour à l'emploi et la reprise du travail des personnes atteintes de cancer et accompagner les parcours de réinsertion professionnelle dans les entreprises planning respecté	/	/	/	/								

Commentaire Global sur la mesure 29 :

Les travaux ont été engagés pour la mise en oeuvre de la mesure 29 depuis mars 2011. A la suite d'une première réunion de cadrage, un groupe de travail a été constitué, animé par la DGEFP, en lien avec l'INCa, et associant les directions d'administration centrale concernées (DGT, DSS, DGS, DGCS), la CNAMTS, l'AGEFIPH, la CNSA, Pôle Emploi, les associations d'usagers et de malades (Ligue, CISS), avec la participation de chercheurs et d'acteurs de terrain (services de santé au travail, CARSAT).

Les échanges ont abouti à une proposition partagée de reformulation des actions de la mesure 29, validée par le comité de pilotage du Plan cancer lors de sa séance du 20 juin 2011.

Les travaux du groupe vont se poursuivre afin d'établir d'ici la fin 2011 un état des lieux des dispositifs existants et des obstacles rencontrés par les personnes touchées par le cancer dans leur maintien / retour à l'emploi ou leur reprise du travail, prenant en compte les attentes des personnes (action 29.1).

Cet état des lieux permettra d'actualiser et enrichir les supports d'information existants et de favoriser la diffusion des outils auprès des patients, des professionnels et des employeurs (action 29.2).

Plusieurs actions sont lancées afin de mieux préparer la reprise du travail pour les personnes atteintes de cancer et l'accompagnement dans les entreprises (action 29.3). Le volet social du programme personnalisé de soins publié en 2010 intègre la dimension de l'emploi ; elle sera également incluse dans le programme personnalisé de l'après cancer (cf. mesure 25). Les différentes initiatives visant à renforcer la coordination entre les acteurs, notamment autour des médecins du travail, vont être identifiées. La sensibilisation à la thématique santé-travail dans les entreprises sera soutenue à l'aide d'outils pédagogiques adaptés.

Indicateurs de résultats 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 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
Total					

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.

L'ouverture de l'Observatoire à d'autres partenaires est prévue fin 2011, avec la constitution et la réunion d'un Comité de pilotage pluridisciplinaire.

Conformément aux objectifs du Plan cancer 2009-2013, le premier rapport annuel de l'Observatoire sociétal du cancer sera publié en novembre 2011. Il permettra à la Ligue de lancer la réflexion sur les deux thèmes suivants :

- Le maintien et le retour dans l'emploi des personnes atteintes d'un cancer.

L'Observatoire s'attachera à mieux comprendre ce moment charnière dans la vie du malade, où le cancer l'oblige à s'éloigner un temps du monde du travail ou à aménager son activité professionnelle. L'évolution de l'attitude des employeurs dont les salariés peuvent être atteints d'un cancer sera également étudiée, grâce au renouvellement de l'enquête auprès des chefs d'entreprise, réalisée par la Ligue à l'occasion de la convention de novembre 2008. Le Comité Ethique et Cancer sera saisi en septembre 2011 pour émettre un avis sur une problématique particulière de ce thème.

- Les aides à domicile pour les patients de 20 à 60 ans, durant la phase aigüe des traitements.

Ces aides (aides ménagères, aide aux repas, garde d'enfants) sont peu développées et très disparates d'un département à l'autre. Le recueil des données est en cours, notamment auprès des commissions d'aide sociale des Comités de la Ligue et au travers des dispositifs mis en place pour améliorer la qualité de vie au domicile de ces patients.

Indicateurs de résultats de la mesure 30 :

Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Publication du rapport de l'Observatoire sociétal des cancers	0	10/12/2010	recueil des données en cours pour la constitution de l'Observatoire

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 €				4 309 500 €
	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 €				6 767 365 €
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 €				1 791 101 €
1-3	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	1 400 000 €
		Réalisé	704 287 €	3 836 000 €				4 540 287 €
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 €				2 012 555 €
3-1	INCa	Budgété	579 000 €	1 421 000 €	2 271 000 €	2 850 000 €	3 000 000 €	10 121 000 €
		Réalisé		247 406 €				247 406 €
3-2	INCa	Budgété	0 €	600 000 €	1 200 000 €	1 800 000 €	2 000 000 €	5 600 000 €
		Réalisé	641 295 €	802 894 €				1 444 189 €
3-4	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	2 800 000 €
		Réalisé	212 650 €	813 514 €				1 026 164 €
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 €
3-6	INCa	Budgété	0 €	450 000 €	900 000 €	1 350 000 €	1 500 000 €	4 200 000 €
		Réalisé		229 308 €				229 308 €
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 €				38 584 700 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	675 000 €					675 000 €
4-5	INCa	Budgété	616 000 €	693 000 €	916 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	4 225 000 €
		Réalisé	379 675 €	136 180 €				515 855 €
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 €				19 100 701 €
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 €				24 196 406 €
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 €				1 684 212 €
5-5	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	450 000 €	500 000 €	1 400 000 €
		Réalisé	195 967 €	100 569 €				296 536 €
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 €				109 421 285 €

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 €				47 321 €
6-2	INCa	Budgété	0 €	340 000 €	210 000 €	210 000 €	210 000 €	970 000 €
		Réalisé	14 854 €	34 660 €				49 514 €
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 €				315 659 €
6-4	INCa	Budgété	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	10 000 €	50 000 €
		Réalisé						
6-5	INCa	Budgété	150 000 €	300 000 €	550 000 €	0 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé						
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 €				7 721 772 €
	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 €				5 829 608 €
7-2	InVS	Budgété	162 000 €	562 000 €	762 000 €	662 000 €	162 000 €	2 310 000 €
		Réalisé	0 €	90 435 €				90 435 €
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 €				80 793 €
9-2	InVS	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	150 000 €	1 150 000 €
		Réalisé		574 786 €				574 786 €
9-3	InVS	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	320 000 €
		Réalisé		86 760 €				86 760 €
Total budgété sur l'axe			6 867 000 €	9 431 000 €	10 326 000 €	9 901 000 €	10 051 000 €	46 576 000 €
Total réalisé sur l'axe			6 180 369 €	8 895 250 €				15 075 619 €

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 €				32 277 607 €
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 €				2 459 761 €
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 €				14 614 544 €
10-2-4	DGS	Budgété	8 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	8 000 €
		Réalisé	8 000 €	0 €				8 000 €
11-1	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	0 €	0 €	0 €	200 000 €
		Réalisé						
11-2	INCa	Budgété	0 €	0 €	1 000 000 €	0 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé						
11-3	INPES	Budgété	0 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	0 €	450 000 €
		Réalisé	0 €	0 €				0 €
11-4	INCa	Budgété	0 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	0 €	600 000 €
		Réalisé	81 305 €	202 374 €				283 679 €
11-6	INPES	Budgété	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	750 000 €
		Réalisé		263 036 €				263 036 €
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 €				16 659 €
12-4	INCa	Budgété	0 €	125 000 €	125 000 €	125 000 €	0 €	375 000 €
		Réalisé		200 000 €				200 000 €
12-5	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 €				4 551 582 €
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						
13-4	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	150 000 €	600 000 €
		Réalisé						

14-1-1	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	300 000 €	0 €	0 €	600 000 €
		Réalisé						
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 €				152 868 €
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 €				13 482 569 €
14-2-1	INCa	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	1 600 000 €
		Réalisé						
14-2-2	INCa	Budgété						
		Réalisé	426 370 €	127 515 €				553 885 €
	DGS	Budgété	500 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	200 000 €	1 300 000 €
		Réalisé	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 €				137 832 774 €
	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 €				76 470 000 €
15-1-2	INCa	Budgété	0 €	25 000 €	25 000 €	0 €	0 €	50 000 €
		Réalisé	30 770 €	34 902 €				65 672 €
15-1-3	INCa	Budgété	45 000 €	70 000 €	45 000 €	70 000 €	45 000 €	275 000 €
		Réalisé	27 547 €	233 559 €				261 106 €
15-1-4	INCa	Budgété						
		Réalisé	74 870 €	113 201 €				188 071 €
15-2-1	INCa	Budgété	50 000 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	100 000 €
		Réalisé		30 685 €				30 685 €
15-2-2	INCa	Budgété	0 €	270 000 €	170 000 €	170 000 €	70 000 €	680 000 €
		Réalisé						

16-1-2	INCa	Budgété	70 000 €	300 000 €	400 000 €	0 €	0 €	770 000 €
		Réalisé	205 606 €	196 955 €				402 561 €
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 €				109 235 €
16-3-1	INCa	Budgété	0 €	225 000 €	225 000 €	125 000 €	25 000 €	600 000 €
		Réalisé						
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 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	27 055 €					27 055 €
16-4	INCa	Budgété	100 000 €	500 000 €	500 000 €	400 000 €	0 €	1 500 000 €
		Réalisé	142 802 €	187 596 €				330 398 €
16-5-1	INCa	Budgété	0 €	0 €	900 000 €	900 000 €	900 000 €	2 700 000 €
		Réalisé	13 500 €	480 576 €				494 076 €
16-5-2	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	0 €	100 000 €	0 €	250 000 €
		Réalisé	47 631 €	135 000 €				182 631 €
16-5-3	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	300 000 €	100 000 €	0 €	700 000 €
		Réalisé						
16-6	PLFSS (FNPEIS)	Budgété						
		Réalisé	600 000 €					600 000 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé	366 993 €	757 887 €				1 124 880 €
	DGS	Budgété	650 000 €	660 000 €	700 000 €	0 €	0 €	2 010 000 €
		Réalisé	394 307 €	812 222 €				1 206 529 €
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						
17-1-3	INCa	Budgété	0 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	25 000 €	100 000 €
		Réalisé						
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 €				124 314 €
17-2-3	INCa	Budgété	60 000 €	160 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	520 000 €
		Réalisé		97 253 €				97 253 €
17-3-1	INCa	Budgété						
		Réalisé		182 863 €				182 863 €
17-3-2	INCa	Budgété	40 000 €	80 000 €	40 000 €	40 000 €	40 000 €	240 000 €
		Réalisé	7 648 €	105 083 €				112 731 €
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 €					156 173 €
17-4-1	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €
		Réalisé	85 978 €	249 056 €				335 034 €
17-4-2	INCa	Budgété	0 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	80 000 €
		Réalisé						
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 €	0 €			291 177 984 €

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 €
	INCa	Budgété	400 000 €	900 000 €	1 470 000 €	0 €	0 €	2 770 000 €
		Réalisé		1 797 333 €				1 797 333 €
18-2	INCa	Budgété	0 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	200 000 €
		Réalisé		68 365 €				68 365 €
18-3	INCa	Budgété	600 000 €	1 100 000 €	2 100 000 €	2 600 000 €	2 600 000 €	9 000 000 €
		Réalisé	436 772 €	1 472 305 €				1 909 077 €
19-1	INCa	Budgété	0 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	320 000 €
		Réalisé		157 502 €				157 502 €
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 €				44 000 000 €
	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 €				16 000 000 €
	INCa	Budgété	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
		Réalisé	20 382 €	32 710 €				53 092 €
19-4	INCa	Budgété	0 €	150 000 €	300 000 €	110 000 €	0 €	560 000 €
		Réalisé		39 600 €				39 600 €
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 €				2 039 027 €
20-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	6 500 000 €	13 000 000 €	13 000 000 €	32 500 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
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 €				3 118 538 €
20-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	2 000 000 €	2 000 000 €	2 000 000 €	6 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé		50 000 €				50 000 €
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 €				4 500 000 €
	INCa	Budgété						
		Réalisé		4 056 911 €				4 056 911 €
21-3	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	3 000 000 €	6 000 000 €	6 000 000 €	15 000 000 €
		Réalisé		0 €				0 €
	INCa	Budgété	1 117 000 €	400 000 €	850 000 €	500 000 €	350 000 €	3 217 000 €
		Réalisé	958 762 €	80 000 €				1 038 762 €
21-4	INCa	Budgété	0 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	400 000 €
		Réalisé		28 522 €				28 522 €
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 €				
	INCa	Budgété	1 200 000 €	1 000 000 €	1 000 000 €	500 000 €	500 000 €	4 200 000 €
		Réalisé	737 227 €	1 423 665 €				
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 €				
	INCa	Budgété						
		Réalisé		251 137 €				
22-3	INCa	Budgété	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	100 000 €	500 000 €
		Réalisé	20 619 €	45 000 €				
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 €				
	INCa	Budgété	254 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	50 000 €	454 000 €
		Réalisé	160 375 €	383 €				
23-2	INCa	Budgété	0 €	300 000 €	600 000 €	900 000 €	1 000 000 €	2 800 000 €
		Réalisé		5 334 €				
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 €				
	INCa	Budgété						
		Réalisé		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 €				
	INCa	Budgété	166 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	120 000 €	646 000 €
		Réalisé	132 162 €	34 551 €				
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 €				
	PLFSS (DGS)	Budgété						
		Réalisé		2 200 000 €				
	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 €				
24-1	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	6 285 000 €
		Réalisé		715 000 €				
	MESR	Budgété	0 €	686 000 €	1 445 000 €	1 806 000 €	2 348 000 €	6 285 000 €
		Réalisé		0 €				
24-2	PLFSS (DGOS)	Budgété	0 €	0 €	4 000 000 €	7 000 000 €	10 000 000 €	21 000 000 €
		Réalisé		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 €	77 700 986 €				114 026 769 €

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 €				0 €
	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 €				0 €
25-3	INCa	Budgété	0 €	500 000 €	1 100 000 €	1 700 000 €	2 300 000 €	5 600 000 €
		Réalisé		591 422 €				591 422 €
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 €				262 004 €
26-2	INCa	Budgété	0 €	400 000 €	400 000 €	200 000 €	0 €	1 000 000 €
		Réalisé		592 973 €				592 973 €
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			0 €	0 €	0 €	0 €
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						
Total budgété sur l'axe			0 €	2 300 000 €	8 800 000 €	14 200 000 €	19 700 000 €	45 000 000 €
Total réalisé sur l'axe				1 446 399 €	0 €	0 €	0 €	1 446 399 €

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

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

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

ARC : Association 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

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

DGT : Direction générale du travail

DGTPE : Direction générale du trésor

DSS : Direction de la sécurité sociale

H

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut comité 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

M

MAE : Ministère des affaires étrangères

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

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



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

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

Toutes les informations sur le Plan cancer 2009-2013
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