



— PLAN 
cancer
2014-2019

1^{ER} RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

Février 2015



1^{ER} RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE
FÉVRIER 2015



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES	3
1-1 LES DÉPISTAGES DES CANCERS ÉVOLUENT	3
1-2 LA COORDINATION DES PARCOURS COMPLEXES ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIMIOTHÉRAPIE ORALE FONT L'OBJET DE NOUVELLES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT	6
1-3 L'ACCOMPAGNEMENT DES ÉVOLUTIONS DES PRISES EN CHARGE EN CANCÉROLOGIE A ÉTÉ MARQUÉ PAR DES ACTIONS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE, EN RADIOTHÉRAPIE ET EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS.....	8
1-4 L'ACCÈS AUX INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE DE PRÉCISION FONT L'OBJET D'EFFORTS IMPORTANTS QU'IL CONVIENTRA DE RENFORCER	10
PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE	13
2-1 LES DROITS SOCIAUX DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER ONT ÉTÉ RENFORCÉS.....	13
2-2 LE MAINTIEN EN EMPLOI ET L'INSERTION PROFESSIONNELLE SERONT UN OBJECTIF DU TROISIÈME PLAN SANTÉ AU TRAVAIL ET FERONT L'OBJET D' ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT DES ENTREPRISES	14
2-3 LES TRAVAUX PERMETTANT DE DÉFINIR LES MODALITÉS OPÉRATIONNELLES DU « DROIT À L'OUBLI » ONT ÉTÉ ENGAGÉS AVEC L'APPUI D'UNE MISSION DE L'INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES.....	15
INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE	19
3-1 LE TABAC, PREMIER FACTEUR DE RISQUE ÉVITABLE : LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME, LA RECHERCHE SUR LE TABAC ET LES CANCERS DU POUMON, ET LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS DU POUMON ONT ÉTÉ RENFORCÉES	19
3-2 DE NOUVELLES MESURES ONT ÉTÉ IDENTIFIÉES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES CANCERS LIÉS À UNE EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE OU PROFESSIONNELLE	21
3-3 L'EFFORT DE RECHERCHE EST MAINTENU À UN HAUT NIVEAU	23
ANNEXE 1 : TABLEAUX DE BORD DE SUIVI DES ACTIONS DU PLAN CANCER	
ANNEXE 2 : CIBLES ET INDICATEURS	
ANNEXE 3 : LA GOUVERNANCE DU PLAN CANCER 2014-2019	
ANNEXE 4 : LEXIQUE	

INTRODUCTION

Il y a un an débutait le troisième Plan cancer, résolument tourné vers l'ambition de répondre aux attentes des trois millions de personnes malades ou guéries, de leurs proches, et de l'ensemble des citoyens ; pour ce faire, le Plan s'est bâti sur trois orientations majeures : guérir plus de personnes malades, préserver la continuité et qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche. Le Plan cancer demande, pour remplir toute son ambition au service des patients et de leurs familles, le rassemblement de tous les acteurs autour d'objectifs communs. Il exige également le décloisonnement des approches, associant la prévention, l'organisation des soins, la recherche, mais aussi, les dimensions économiques et sociales de la pathologie. Ces impératifs se posent avec d'autant plus de force que les évolutions de la cancérologie sont profondes et rapides et que le vieillissement de la population et la persistance des inégalités de santé interpellent l'ensemble des acteurs, appelant à faire évoluer nos pratiques et nos organisations. C'est donc la mobilisation et la coordination étroite de tous qui doivent nous permettre d'atteindre les objectifs de santé publique fixés par le Plan.

Ce premier rapport au président de la République présente les avancées du Plan cancer en 2014 ; c'est tout d'abord la mise en dynamique du collectif qui a marqué cette première année. L'effort a porté en particulier sur l'organisation du travail commun : en 2014, l'Institut national du cancer (INCa), qui est responsable du pilotage du Plan pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, a mis en place, avec ses partenaires, l'organisation à même de mettre en œuvre ses 185 actions.

Chaque action a été placée sous la responsabilité d'une institution (directions d'administration centrale, agences sanitaires, associations), en lien avec des co-responsables et des partenaires. En 2014, les pilotes ont programmé toutes leurs actions qui se concrétisent, pour chacune d'entre elles, par une feuille de route définissant les principales étapes de réalisation. Par ailleurs, des indicateurs de résultats et d'impact ont été établis et définis, puis validés par le comité de pilotage, tout comme les modalités de suivi-évaluation.

De cette organisation qui engage l'ensemble du collectif aux niveaux national, régional et territorial, sont nés les premiers résultats. Si trente-huit actions connaissent un retard, la grande majorité des actions programmées respecte le planning prévu et cinq actions sont désormais achevées. 2014 également a permis de prendre des dispositions concrètes, qui bénéficient directement aux usagers s'agissant, par exemple, de la prise en charge améliorée des actes de reconstruction mammaires ou de l'assouplissement de l'accès aux indemnités journalières ; et d'engager dans des délais contraints des actions majeures pour la santé publique, comme le Plan national de réduction du tabagisme.

Cette première année d'action a également produit les premiers retours d'expérience qui doivent nous inciter à maintenir un niveau d'exigence et de vigilance très élevé pour concrétiser les ambitions fortes du Plan.

GUÉRIR PLUS DE PERSONNES MALADES

1-1 Les dépistages des cancers évoluent

« Le Plan cancer permet de mettre en place des stratégies de dépistages de plus en plus précises et de proposer les modalités adaptées aux besoins des personnes concernées : les ARS sont très engagées dans cette dynamique d'amélioration des dispositifs pour apporter à chacun les meilleures chances pour sa santé, notamment en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables ».

Christophe Lannelongue, directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne.

Un diagnostic plus précoce permet, pour la majorité des cancers, un traitement plus efficace, avec un impact positif avéré sur le pronostic de la maladie. La détection des cancers à un stade débutant permet aussi de réduire la lourdeur et la durée des traitements, et de diminuer l'importance des séquelles potentielles. Promouvoir des diagnostics précoces est donc un levier majeur d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer.

La préparation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est engagée

→ Actions 1.1, 1.2, 1.3, 1.4

Près de 3 000 nouveaux cas de cancers du col utérin sont diagnostiqués chaque année qui font suite à des lésions précancéreuses beaucoup plus répandues, parfois sources de prises en charge invasives. Ces lésions précancéreuses sont identifiées chez plus de 31 000 femmes chaque année, mais beaucoup échappent encore à tout dépistage, principalement dans les populations les plus vulnérables. Plus de 1 100 femmes meurent chaque année de ce cancer, l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic en diminution (de 68 % à 64 % entre 1990 et 2002), avec un impact démontré du niveau socioéconomique sur la mortalité. En effet, conséquence paradoxale du développement du dépistage de ce cancer qui permet le diagnostic de lésions précancéreuses, les cancers du col de l'utérus diagnostiqués au stade invasif sont moins nombreux, mais comportent une proportion plus importante de cancers de mauvais pronostic, ce qui induit une baisse de la survie des cancers invasifs diagnostiqués.

2014 a permis d'engager rapidement les actions nécessaires à la mise en place d'un programme national de dépistage organisé.

Une étude médico-économique permettant de choisir les différentes stratégies de dépistage sera achevée début 2015.

Afin de lancer ce programme, des études ont débuté en 2014, visant à évaluer au plan médico-économique les différentes modalités d'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces travaux, toujours en cours, se déclinent en deux volets :

- une analyse de coûts permettant d'identifier différentes options de dépistage du cancer du col de l'utérus susceptibles d'être mises en œuvre à court terme, ciblant les populations vulnérables ou ne réalisant pas de dépistage, incluant par exemple la proposition d'un test de détection de l'HPV. Les résultats sont attendus pour mars 2015 ;

- une étude médico-économique fondée sur une modélisation permettant d'évaluer l'efficacité de différentes stratégies de dépistage organisé à moyen terme et tenant compte notamment des évolutions technologiques, de la démographie médicale et de l'organisation du dispositif de dépistage. Les résultats sont attendus pour 2016.

L'élaboration d'une recommandation de prise en charge des femmes après détection d'une anomalie a été engagée pour être publiée en 2015.

La mise en place du programme de dépistage du col doit s'accompagner de la diffusion de recommandations actualisées de prise en charge des femmes ayant un frottis cervico-utérin anormal afin de garantir la qualité et l'homogénéité des pratiques. En effet, depuis les recommandations publiées par l'ANAES en 2002, les connaissances sur l'efficacité des différentes approches diagnostiques et thérapeutiques ou la stratégie de surveillance, comme les techniques (test de détection des HPV) et les pratiques (vaccination anti-HPV), ont beaucoup évolué.

Des recommandations sur la conduite à tenir en cas de frottis cervico-utérin anormal sont en cours d'élaboration et seront publiées au cours de l'année 2015. Elles aborderont les questions portant sur la stratégie de diagnostic, la prise en charge thérapeutique des différents types de lésions précancéreuses détectées, ainsi que la surveillance à mettre en place afin d'éviter l'évolution vers une lésion cancéreuse. Elles préciseront également les conditions optimales de réalisation d'un frottis cervico-utérin, d'une colposcopie et d'une biopsie cervicale dirigée.

Une étude pharmaco-épidémiologique sur les effets secondaires de la vaccination anti-HPV a été engagée en 2014, et sera publiée en 2015 afin de proposer une stratégie de vaccination.

Deux vaccins existent pour prévenir l'infection par les papillomavirus humain HPV16 et 18 responsables de 70 % des cancers du col de l'utérus. Associée au frottis, la vaccination constitue une arme efficace pour permettre une éradication du cancer du col de l'utérus. Le Plan cancer vise ainsi à renforcer l'accès à cette vaccination en particulier pour les populations défavorisées. La mortalité de ce cancer est marquée par de fortes inégalités. La prise en charge des vaccins pratiqués en centres de vaccination publics par l'Assurance maladie, votée dans la loi de finances de la Sécurité sociale 2015 (article 49), ouvre la possibilité d'un accès plus facile à la gratuité de cette vaccination.

Pourtant, la vaccination se heurte à plusieurs freins, dont la crainte d'effets secondaires. Une étude pharmaco-épidémiologique a donc été initiée en juillet 2014 par l'ANSM visant à évaluer l'association potentielle entre la vaccination anti-HPV et la survenue de maladies auto-immunes chez les jeunes filles. L'étude est réalisée en collaboration avec la CNAMTS et s'appuie sur les bases de données de l'Assurance maladie (SNIIRAM et PMSI). Le rapport final, attendu pour mai 2015, permettra de disposer des éléments objectifs nécessaires à la définition d'une stratégie de vaccination.

La procédure d'achat du nouveau test de dépistage du cancer colorectal a été achevée en 2014, permettant son déploiement au premier trimestre 2015

➔ Action 1.6

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été mis en place en 2009. Le taux de participation des 17 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans invitées à faire le dépistage était de 31 % pour la période 2012-2013. Cette participation très insuffisante est stable et reste très inférieure aux recommandations européennes qui visent 45 % au minimum.

L'année 2014 a été marquée par la publication, le 4 octobre 2014, de l'arrêté du 23 septembre 2014 modifiant le programme de dépistage du cancer colorectal et la notification par la CNAMTS du marché au prestataire retenu, pour mettre en place le nouveau test immunologique de détection de sang occulte, prévu par l'arrêté du 23 septembre 2014. Une nouvelle étape est ainsi franchie dans le dépistage du cancer colorectal, car ce nouveau test,

plus performant et plus simple d'utilisation que le test précédent, sera mis à disposition au premier trimestre 2015. Il sera diffusé progressivement par leur médecin traitant aux 17 millions de personnes de 50 à 74 ans concernées par le programme national de dépistage.

L'INCa et l'Assurance maladie déploieront dès janvier 2015 un dispositif d'accompagnement des professionnels de santé, médecins généralistes et gastroentérologues. L'INCa a également préparé une campagne d'information du grand public, dont on attend une participation accrue.

La stratégie de dépistage du cancer du sein a été précisée pour mieux tenir compte du niveau de risque

→ Actions 1.5, 1.9

Le programme de dépistage organisé a été mis en place en 2004 pour le cancer du sein. Il permet de détecter près de 16 000 cancers par an. Après une progression régulière, le taux de participation national au programme de dépistage organisé du cancer du sein stagne depuis 2008. Il était de 51,6 % en 2013 et n'aura pas atteint l'objectif de 65 % fixé à l'échéance 2013 par le Plan cancer 2009-2013.

La stratégie a été redéfinie afin de proposer une modalité de dépistage adaptée au niveau de risque de chaque femme en incluant des femmes à risque élevé et celles issues des milieux défavorisés.

La campagne diffusée à l'occasion de l'édition 2014 d'Octobre rose a poursuivi la démarche informative initiée en 2013, destinée à favoriser une décision éclairée des femmes invitées au dépistage organisé.

Surtout, elle a intégré un volet s'adressant aux femmes non concernées par le dépistage organisé, mais pouvant présenter un risque aggravé de développer un cancer du sein. Les nouvelles recommandations publiées en 2014 par la HAS sur la prise en charge et le suivi des femmes présentant un risque élevé et très élevé ont permis de nourrir cette information.

L'information délivrée aux professionnels de santé a mis en avant les nouvelles recommandations de la HAS sous la forme d'un outil d'aide à la pratique, largement diffusé via un e-mailing. La campagne radio et ses déclinaisons en affichage ont intégré une recommandation plus précise incluant les femmes présentant un risque aggravé « Le dépistage est recommandé à partir de 50 ans, ou avant en cas de risque particulier ». L'information proposée sur e-cancer.fr a été développée afin de préciser les recommandations en cas d'antécédents personnels ou familiaux.

Le dispositif d'information a également intégré des actions plus ciblées vers les femmes plus éloignées du système de santé, notamment via des outils illustrés et multilingues et des actions ciblées sur le web vers les femmes de catégories socioprofessionnelles défavorisées et/ou d'origine étrangère.

L'utilisation de la tomosynthèse a donné lieu à une évaluation préliminaire favorable.

L'évaluation préliminaire des données disponibles, achevée en 2014, a permis d'établir l'intérêt de la tomosynthèse (image en 3D) en situation de dépistage des cancers du sein.

L'INCa ouvrira en 2015 un appel à projets en vue d'en accompagner l'évaluation et le développement. L'objectif sera de soutenir des projets d'expérimentation ou de modélisation qui permettront de préciser la place et les conditions optimales d'utilisation de ces technologies dans le cadre du programme national de dépistage. Ces expérimentations permettront notamment d'apprécier la faisabilité de l'intégration de la tomosynthèse dans le cadre du programme et les évolutions organisationnelles à apporter au dispositif actuel, de mesurer la pertinence ou non de maintenir une seconde lecture (et selon quelles modalités),

de définir la fréquence optimale des examens, ainsi que sur son impact potentiel en termes de morbi-mortalité.

Le dépistage des cancers bronchopulmonaires par scanner thoracique non injecté faiblement dosé fait l'objet d'une évaluation et d'une expérimentation

→ Action 1.11

Le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer avec 30 000 décès annuels, le plus souvent en raison d'un diagnostic tardif. C'est le seul cancer conjuguant une augmentation de son incidence avec une augmentation de sa mortalité entre 1980 et 2012 chez les femmes, avec une accélération de ces augmentations depuis 2005, l'amenant à devenir la deuxième cause de décès féminins par cancer. Des travaux récents ont montré l'intérêt d'un dépistage du cancer du poumon chez le fumeur par scanner à faible dose, avec une réduction de la mortalité. Cependant, ces résultats doivent être confirmés et les modalités de réalisation, les populations ciblées, la répétition des examens dans le temps et la conduite pratique en cas de découverte de lésions doivent encore être précisées.

Au vu de l'hétérogénéité des positions exprimées dans la littérature et des nombreuses questions qui se posent sur le dépistage des cancers bronchopulmonaires, la HAS a engagé la réalisation des travaux sur la pertinence d'un dépistage par scanographie thoracique « à faible dose » en France à partir d'une analyse critique des essais contrôlés randomisés.

Le rapport vise à fournir une analyse rigoureuse et accessible des éléments d'information issus des essais contrôlés randomisés relatifs à la pertinence du dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique « à faible dose » et une synthèse sur l'efficacité (diminution de mortalité), les inconvénients et les risques (sur diagnostic, taux de faux positifs, expositions aux radiations ionisantes, impact psychologique du dépistage).

La note de cadrage validée en septembre 2014 définit les objectifs et la méthode de travail. La validation par le Collège de la HAS est prévue en septembre/octobre 2015. L'évaluation finale devrait donc être disponible fin 2015.

Parallèlement, l'INCa lancera en 2015 un appel à projets sur l'imagerie et le dépistage des cancers du poumon pour soutenir des expérimentations sur la faisabilité et les modalités de l'utilisation du scanner dans la détection des cancers bronchopulmonaires. En effet, des questions se posent sur les modalités de réalisation, les populations cibles, la périodicité des examens et les conduites à tenir en cas de découverte de lésions.

1-2 La coordination des parcours complexes et le développement de la chimiothérapie orale font l'objet de nouvelles mesures d'accompagnement

Une nouvelle phase d'expérimentation des infirmiers de coordination en cancérologie a été lancée pour coordonner les parcours complexes

→ Action 2.20

Les évolutions du parcours de soins des patients atteints de cancer favorisent les prises en charge à domicile et supposent une plus forte coordination des acteurs libéraux et hospitaliers ainsi que l'implication des patients. Les infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC), mis en place en 2010 à titre expérimental dans 35 établissements de santé dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, sont l'un des dispositifs susceptibles de répondre à ce besoin d'interface entre professionnels et patients.

L'évaluation conduite en 2012 sur les premiers résultats de cette expérimentation a fait état d'un apport important du dispositif pour les patients et leur entourage contrastant avec des effets plus mitigés sur la coordination ville-hôpital.

En juillet 2014, la DGOS a engagé une nouvelle phase d'expérimentation afin de mieux prendre en compte les évolutions en cours en cancérologie et de répondre de façon prioritaire au besoin de coordination des acteurs de l'hôpital et du domicile. Une ampleur nouvelle est donnée au projet : le nombre d'équipes engagées passe de 35 à 45 et le périmètre d'action dépasse la logique hospitalière, en intégrant 10 équipes issues de la ville et plus particulièrement de structures d'exercice pluridisciplinaire. Le travail demandé aux équipes pilotes évolue pour mieux prendre en compte de nouveaux enjeux pointés par le Plan cancer 2014-2019, notamment le développement des prises en charge ambulatoires, l'essor des chimiothérapies orales, ou encore, l'importance de l'éducation thérapeutique du patient. Le suivi du projet combinera une démarche de diffusion des enseignements et expériences développées par les équipes ainsi qu'une analyse médico-économique qui permettra de déterminer la plus-value du dispositif.

Pour accompagner le développement de la chimiothérapie orale, des projets d'éducation thérapeutique des patients ont été engagés et une recommandation pour les professionnels de santé est en cours d'élaboration

→ Actions 3.1 et 3.3

Le développement de la chimiothérapie orale dont les bénéfices, pour les patients comme pour la collectivité, sont nombreux, soulève des questions essentielles sur la qualité et la sécurité des soins, l'observance ou la gestion des effets secondaires, donnant un rôle beaucoup plus important au patient. En outre, cela interroge notre organisation de prise en charge qui reste largement pensée pour des traitements par chimiothérapie délivrés dans le cadre de séjours hospitaliers.

Des travaux ont été conduits en 2014 sous l'égide de la DGOS pour améliorer la qualité de prise en charge des patients traités par chimiothérapie orale dans le secteur ambulatoire, en réponse aux risques d'iatrogénie médicamenteuse identifiés. En cohérence avec les objectifs poursuivis par le Plan cancer 2014-2019, un programme d'actions autour de 5 axes a été élaboré : le bon usage des chimiothérapies orales, la coordination ville-hôpital, l'information du patient/éducation thérapeutique, la formation des professionnels de santé et la communication. En application de ce programme, plusieurs actions pilotées par la DGOS ou ses partenaires ont d'ores et déjà abouti. Des financements ont été délégués aux ARS pour développer les actions de coordination ville-hôpital dans le champ de la chimiothérapie orale. Une page thématique a notamment été créée sur le site du ministère de la Santé, référençant les initiatives et travaux des régions et visant à faciliter le partage d'informations.

Un appel à projets a permis en 2014 de sélectionner plusieurs projets sur la promotion de l'éducation thérapeutique (ETP) en chimiothérapie orale ou sur le soutien à la formation des professionnels de santé (cf. 1.3.3) ; 5 projets de recherche autour de l'organisation de la prise en charge par chimiothérapie orale ont été sélectionnés dans les programmes de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) et des programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP).

L'accompagnement des professionnels sera amélioré par la publication prévue en mars 2015 par l'INCa des premières recommandations sur la gestion des toxicités des anticancéreux par voie orale et des conduites à tenir ; plus généralement, des formations continues sur les chimiothérapies orales seront mises à disposition des professionnels.

Enfin, le thème des « chimiothérapies orales et éléments clés de la coordination autour de leur prise en charge » a été décliné parmi les trois sous-thèmes de la semaine sécurité des patients 2014, communication nationale déclinée régionalement avec un fort écho sur le terrain.

Un premier référentiel national de réunion de coordination pluridisciplinaire sur la prise en charge des cancers du poumon a été publié en 2014

→ Action 2.7

Un premier référentiel national de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour la prise en charge des patients atteints de cancer du poumon a été élaboré et diffusé auprès de l'ensemble des réseaux régionaux de cancérologie en décembre 2014 ; il fera l'objet d'une publication sous un format interactif sur le site de l'INCa en janvier 2015. Il décrit les modalités de diagnostic, de traitement et de suivi des patients atteints de cancer du poumon qui font consensus, en hiérarchisant le cas échéant les propositions en fonction du niveau de preuve. Ce référentiel national a pour vocation d'être un outil pratique d'aide à la décision en cancérologie destiné aux professionnels de santé, particulièrement utile dans le cadre de la RCP.

Ce référentiel national de RCP pour la prise en charge des patients atteints de cancer du poumon a été élaboré dans le cadre d'un projet pilote de mise en œuvre du dispositif national piloté par l'INCa, visant à gagner en cohérence et en efficacité par une coordination accrue des différents producteurs de recommandations et de référentiels de bonnes pratiques. Porté par les réseaux Oncologie, Oncolor et Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes (régions Rhône-Alpes et Auvergne et régions Grand Est), en collaboration avec l'INCa, ce projet s'est appuyé sur l'expérience des référentiels interrégionaux pour amener l'ensemble des réseaux régionaux de cancérologie, et les professionnels de santé qu'ils soutiennent, à produire un outil national unique, répondant aux règles de qualité et de transparence de l'expertise sanitaire.

1-3 L'accompagnement des évolutions des prises en charge en cancérologie a été marqué par des actions en chirurgie ambulatoire, en radiothérapie et en éducation thérapeutique des patients

Les travaux d'évolution des modes de financement en cancérologie ont débuté dans le cadre du CORETAH CANCER

→ Action 3.7

Les évolutions fortes des parcours attendues en cancérologie nécessitent une réflexion collective, permettant d'anticiper leur impact sur les organisations et les financements en cancérologie. Pour répondre à ces enjeux majeurs pour les acteurs du cancer, la DGOS a mis en place, en mai 2014, un comité de réflexion sur la tarification hospitalière (CORETAH CANCER) associant l'ensemble des acteurs et partenaires du champ de la cancérologie. Les travaux ont été engagés autour de quatre enjeux : l'innovation en cancérologie, la promotion des prises en charge ambulatoires, l'accompagnement de l'essor des chimiothérapies orales et l'accompagnement de l'évolution des soins de support. Pour approfondir la réflexion sur ces thématiques prioritaires, trois groupes de travail techniques ont été constitués et ont démarré leurs travaux en novembre 2014.

Le cahier des charges des expérimentations de chirurgie ambulatoire a été rédigé en vue d'un lancement début 2015

→ Action 3.7

Le nombre de séjours de chirurgie ambulatoire devrait plus que doubler dans les six prochaines années. La chirurgie ambulatoire pourrait ainsi concerner 50 % de la chirurgie des cancers du sein qui, du fait du dépistage, sont découverts à des stades de plus en plus précoces. Dans la continuité du programme ambitieux qu'elle porte en termes de développement de la chirurgie ambulatoire, la DGOS a engagé en 2014, en lien avec l'INCa, des travaux préparatoires sur l'intégration de la cancérologie à cette démarche.

Cette modalité de prise en charge demande aux équipes et établissements hospitaliers un investissement important pour mettre en place des organisations adaptées et exigeantes, qui impliquent une réflexion sur les pratiques.

La préparation du cahier des charges des expérimentations de chirurgie ambulatoire a permis d'identifier et de formaliser plusieurs objectifs prioritaires, notamment la nécessité de maintenir les garanties associées au « parcours de soins en cancérologie » (accès au dispositif d'annonce, RCP, accès aux soins de support), et de développer un cadre pluridisciplinaire.

Le cadre d'expérimentations sera mis en œuvre dès le début 2015. Il permettra d'organiser la sélection des équipes hospitalières et d'engager un processus d'expérimentation de 2 ans à l'issue duquel une évaluation nationale sera réalisée et afin de dégager, à l'usage de l'ensemble des professionnels, des pistes d'organisation efficaces.

L'expérimentation de forfait de radiothérapie dans les cancers du sein et de la prostate lancée en 2014 devrait s'achever en 2015

→ Action 3.13

La DGOS expérimente depuis le début de l'année 2014 un nouveau modèle de financement du traitement du cancer du sein et de la prostate par radiothérapie externe comme le prévoyait la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Cette expérimentation doit permettre de faire évoluer le financement de l'activité de radiothérapie vers un modèle plus « forfaitaire », répondant mieux aux enjeux de qualité, de sécurité des soins et d'évolution des techniques de radiothérapie. Sur la base des conclusions des études de coût et de pratiques en cours, qui s'appuieront aussi sur des référentiels de pratiques de l'INCa, le modèle pourra être consolidé, concerté, et donner lieu à des dispositions prises par décret en Conseil d'État au premier semestre 2015, pour une application au deuxième semestre 2015.

Les actions de promotion d'éducation thérapeutique sont renforcées pour faire des patients les acteurs de leur prise en charge

→ Actions 3.3 et 7.14

Le Plan cancer vise à promouvoir l'éducation thérapeutique des patients par la formation des professionnels de santé et l'élaboration de programmes en cancérologie. L'accès à des soins de support adaptés aux besoins de chaque patient tout au long de son parcours est également un levier de l'amélioration de la qualité de sa prise en charge et de sa qualité de vie.

En 2014, 8 dossiers ont été retenus dans le cadre de l'appel à projet « Promouvoir l'éducation thérapeutique en chimiothérapie orale : soutien à la formation des professionnels ». Cet appel à projets vise à accompagner pour deux ans des actions de formation à l'éducation thérapeutique en chimiothérapie orale d'équipes pluridisciplinaires (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmiers, libéraux ou hospitaliers) afin de faciliter la coordination ville-hôpital.

Sept dossiers ont été retenus dans le cadre de l'appel à projet « Promouvoir l'éducation thérapeutique des patients atteints de cancers digestifs ». Cet appel à projets a pour objectif de promouvoir l'éducation thérapeutique des patients atteints de cancers digestifs afin de limiter les conséquences nutritionnelles de ces cancers et de leurs traitements, en vue d'améliorer la qualité de vie et la qualité de prise en charge du patient tout au long du parcours, y compris après-cancer.

Un nouvel appel à projets sur l'éducation thérapeutique sur les soins de support en cancérologie a été préparé par l'INCa pour être lancé au premier semestre 2015 ; à l'attention des structures de prise en charge de patients atteints de cancer, ce nouvel appel à projets considère les besoins globaux du patient afin de lui permettre de disposer des connaissances pratiques nécessaires à une vie à domicile autonome et de qualité.

1-4 L'accès aux innovations thérapeutiques et le développement de la médecine de précision font l'objet d'efforts importants qu'il conviendra de renforcer

L'accès aux médicaments innovants a été conforté via le programme AcSé

→ Action 5.6

En 2013, l'INCa, en accord avec l'ANSM, lançait un programme novateur qui propose un accès précoce et sécurisé à des thérapies ciblées : le programme AcSé. Il permet à des patients atteints de cancer, et dont la tumeur présente une même altération génétique, d'accéder à des médicaments qui ont obtenu ou vont obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une autre indication de cancer, sur l'ensemble du territoire et de façon sécurisée grâce à leur participation à un essai clinique. Le programme AcSé se décline en différents essais cliniques portant sur des thérapies ciblées.

Le deuxième essai, lancé fin 2014, porte sur le vemurafenib. Il vise à évaluer l'efficacité et la tolérance de ce dernier auprès d'environ 500 patients atteints de divers types de cancer, ayant comme point commun de présenter une altération génétique précise (les mutations V 600 du gène BRAF) ciblée par ce médicament. Jusqu'à présent, le vemurafenib n'était prescrit qu'aux patients adultes atteints d'un mélanome, porteurs de cette mutation. Grâce au programme AcSé, des patients en échec thérapeutique, atteints d'une dizaine d'autres types de cancers porteurs de la mutation V 600 du gène BRAF, pourront également accéder à ce nouveau médicament.

Un effort important est réalisé pour accompagner le développement de la médecine dite de précision dont les bénéfices thérapeutiques sont importants

→ Actions 6.2, 6.3, 6.4

Avec la structuration des 28 plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers, la France s'est dotée d'un dispositif permettant d'effectuer les analyses moléculaires des tumeurs pour tous les patients du territoire le nécessitant. Cependant, le nombre accru d'anomalies moléculaires à rechercher, ou de tumeurs à analyser pour guider les traitements, impose d'implémenter à l'échelle nationale les techniques de séquençage de nouvelle génération (NGS) sur un nombre limité de gènes. À la suite de l'appel à projets lancé par l'INCa en 2013 pour mettre en place une phase pilote, des travaux ont été initiés en 2014 avec les équipes sélectionnées pour contribuer à la validation de la méthode et à la mise en place de solutions d'analyses bioinformatiques adaptées. Ce travail permettra d'effectuer, dans les meilleures conditions, le déploiement à l'échelle nationale du NGS ciblé dans les plateformes de génétique moléculaire et les laboratoires d'oncogénétique constitutionnelle en 2015.

En parallèle, l'Institut mettra en œuvre, en 2015, des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur des patients atteints de cancers colorectaux et de sarcomes et faisant appel à des molécules provenant de plusieurs laboratoires pharmaceutiques. L'objectif est d'étudier la faisabilité à grande échelle du séquençage de l'exome, et d'établir son utilité pour décider du traitement et, *in fine*, pour améliorer la survie des patients.

Plusieurs dispositifs d'identification précoce des innovations et d'adaptations du dispositif d'évaluation et de tarification de l'innovation ont été portés en 2014 afin d'en accélérer la diffusion

→ Actions 5.7, 5.8, 5.10, 5.12

Les travaux de la DGOS et de ses partenaires (DSS, CNAMTS, notamment) constituent autant d'avancées pour l'accès aux innovations, particulièrement nombreuses dans le champ de la cancérologie.

Les travaux visant à mettre en place une veille technologique nationale correspondant à l'action 5.11 du Plan, ont démarré en fin d'année 2014 sous l'égide de la DGOS et de la DGRI. La structuration de cette veille permettra d'identifier et de prioriser les technologies au stade de leur émergence et de préparer ainsi, le plus en amont possible, leur entrée dans le processus de recherche, d'évaluation puis de financement.

L'article 52 de la LFSS 2015 inclut l'actualisation du « forfait innovation », qui permettra une prise en charge dérogatoire d'actes et de dispositifs innovants conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique ; à compter de la publication de la loi ainsi que de son décret d'application au cours du 1^{er} trimestre 2015, le dispositif pourra prendre tout son essor.

La LFSS 2014 (article 57) prévoyait la mise en œuvre, pour les actes innovants associés à des dispositifs médicaux, d'une hiérarchisation/tarification dans un délai maximum encadré (150 jours par la CNAMTS, complétés le cas échéant de 30 jours avec saisine de l'UNCAM). La DGOS a porté, dans le cadre du PLFSS pour 2015, une disposition qui permettra dès 2015 d'en élargir le champ d'application. Deux types d'actes sont concernés : les actes faisant l'objet d'une expérimentation et d'une prétarification expérimentale ; les actes hospitaliers pour lesquels les données médico-économiques disponibles attestent d'une diminution associée des dépenses d'Assurance maladie.

Un ensemble d'outils existe pour faciliter l'accès et le financement aux médicaments innovants, mais son utilisation témoigne d'un manque d'information des professionnels. Aussi, la DGOS a-t-elle déployé en 2014 plusieurs actions d'information en direction des établissements de santé, afin de faire connaître aux acteurs la palette des outils en place pour favoriser l'accès aux médicaments innovants et organiser le remboursement des établissements. Une page a ainsi été consacrée à ces dispositifs sur le site Internet du ministère en charge de la santé. Les dispositifs des OMEDIT sont par ailleurs mobilisés comme relais régionaux dans la diffusion de ces informations.

« Garantir l'égalité d'accès aux innovations thérapeutiques et à la recherche pour les patients en situation d'échec thérapeutique, qu'ils soient enfants, adolescents ou adultes : voilà le défi que le Plan cancer est en train de relever sur tout le territoire. C'est la France qui est pionnière et leader en Europe et dans le monde, sur le chemin d'une médecine de précision pour tous. »

Pr. Gilles Vassal, directeur de la recherche clinique de Gustave Roussy.

ÉGALEMENT, DEPUIS LE LANCEMENT DU PLAN

- La DGOS a engagé en 2014 des travaux ambitieux pour faire évoluer le financement des actes hors nomenclature. Il s'agit de mettre à plat le fonctionnement des activités et de définir des modalités plus adaptées de financement. Ces travaux devront permettre, dès 2015, une prise en charge optimisée de l'innovation dans le champ des actes de biologie et d'anatomocytopathologie (Action 17.3).
- En 2014, le PHRC Cancer a retenu 43 projets sur les 196 projets de recherche clinique soumis en 2014 dont 33 % en chimiothérapie, 14 % en pédiatrie, 12 % en chirurgie, 9 % s'agissant des personnes âgées, 9 % concernant les associations de traitement, 7 % en médecine personnalisée, 5 % en radiothérapie et 5 % en préservation de la fertilité (Actions 2.16, 5.2 et 8.3).
- Les travaux visant à mettre en place une veille technologique nationale, intégrant notamment le domaine de la cancérologie, ont démarré en fin d'année 2014. S'engage, entre l'ensemble des administrations concernées (AVIESAN, DGOS, INCa, HAS, DGRI, DGRÉ, ANSM, notamment), une phase de conception du projet : organisation du pilotage national et local, définition du process de remontée des données, périmètre des technologies éligibles, identification des acteurs locaux à mobiliser notamment (Action 5.11).
- L'expérimentation de modalités d'hébergement non médicalisé a été inscrite dans la LFSS 2015. La possibilité d'hébergement non médicalisé à proximité des lieux de soins est essentielle pour accompagner l'accès à l'innovation en cancérologie. Face à ces enjeux, la LFSS 2015 prévoit l'engagement d'une expérimentation permettant aux établissements de santé de proposer à leurs patients un hébergement non médicalisé de proximité. Un appel à projet sera lancé au dernier trimestre 2015 auprès d'équipes hospitalières pour mettre en place le dispositif (Action 7.11).
- De nouveaux outils numériques ont été créés, facilitant la coordination entre professionnels de santé. Le dossier communicant en cancérologie (DCC) se déploie progressivement sur le territoire. En 2014, de nouveaux services ont été rendus disponibles : l'annuaire national des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie et les messageries sécurisées de santé. Ces services innovants permettent dès aujourd'hui aux professionnels de santé de créer, échanger et partager les documents clés du parcours de soins en cancérologie. En 2015, la fiche RCP et le programme personnalisé de soins (PPS) seront intégrés dans le DCC dans un format structuré et interopérable. Ces outils s'inscrivent dans le cadre du déploiement du dossier médical partagé (Actions 2.19 et 2.20).

PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE

« Favoriser la continuité de vie, objectif que la Ligue soutient fortement dans le cadre du Plan, c'est réussir à véritablement placer la personne malade au cœur d'une prise en charge globale : médicale, mais aussi sociale et familiale ; cette prise en charge lui est nécessaire tout au long de son traitement, mais aussi après. »

Jacqueline Godet, présidente de la Ligue nationale contre le cancer.

2-1 Les droits sociaux des patients atteints de cancer ont été renforcés

Six actes de reconstruction mammaire ont été revalorisés et deux nouvelles techniques sont prises en charge

→ Action 9.10

En 2014, les travaux de l'observatoire sociétal des cancers ont recensé les difficultés rencontrées par les femmes subissant une mastectomie à la suite d'un cancer du sein. Ces difficultés très importantes sont de nature financière et psychologique (notamment la modification de l'image corporelle). Le Plan cancer a pour objectif de permettre l'accès à la reconstruction mammaire après un cancer du sein, car l'accès à ces soins est particulièrement déterminé par des facteurs socioéconomiques, en raison des restes à charge élevés qui pèsent sur les malades.

Le remboursement de l'Assurance maladie a été élargi représentant une contribution financière supplémentaire de 2 millions d'euros par an. En effet, la revalorisation de 6 actes de reconstruction mammaire est intervenue grâce à l'avenant 8 de la convention médicale. Au total, les tarifs de remboursement des actes de reconstruction mammaire ont été revalorisés de 23 % entre 2013 et 2015.

En outre, depuis juin 2014, la prise en charge de certains actes à visée thérapeutique de symétrisation mammaire est assurée, jusqu'ici non remboursés en raison de leur visée esthétique (actes de mastoplastie unilatérale de réduction et d'augmentation, avec pose d'implant prothétique). Le remboursement de ces actes est assuré pour les femmes ayant subi une chirurgie à la suite d'un cancer.

De la même manière, l'acte de reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre à pédicule perforant de l'abdomen avec anastomoses vasculaires est remboursé depuis juin 2014. Son tarif sera revalorisé au 1^{er} janvier 2015. Ces prises en charge font suite aux évaluations et avis de la HAS : de juillet 2011 pour le lambeau (DIEP) et de juin 2012 pour la symétrisation.

L'assouplissement des conditions d'ouverture de droits en matière d'indemnités journalières courtes (inférieures à 6 mois) est effectif

→ Action 9.8

Les conditions actuelles d'attribution des indemnités journalières et des pensions d'invalidité pénalisent les salariés à temps partiel, titulaires de contrats précaires ou éloignés de l'emploi du fait de la maladie. Le gouvernement a annoncé qu'il était nécessaire de faire évoluer les conditions d'ouverture de ces droits pour lever les inégalités d'accès aux revenus de remplacement.

Un assouplissement des conditions d'accès aux indemnités journalières longues a déjà été effectué. En effet, les conditions d'ouverture des droits aux indemnités journalières pour les

arrêts de travail de plus de 6 mois ont été assouplies grâce à la suppression de la condition de 200 heures travaillées pendant les 3 premiers mois au cours des 12 mois précédant l'arrêt, par décret du 27 décembre 2013.

Le décret du 30 janvier 2015 ramène le critère d'activité minimale exigée en nombre d'heures de travail pour ouvrir droit aux prestations en espèces de l'Assurance maladie/maternité/invalidité, de 200 heures à 150 heures pour les indemnités journalières courtes, et de 800 heures à 600 heures pour les indemnités journalières longues et l'invalidité.

2-2 Le maintien en emploi et l'insertion professionnelle seront un objectif du troisième Plan santé au travail et feront l'objet d'actions d'accompagnement des entreprises

L'effort de recherche sur la vie des personnes après un cancer est poursuivi

→ Action 9.17

L'INCa a publié en juin 2014 les résultats de l'enquête VICAN2 sur la vie des personnes deux ans après leur diagnostic de cancer. Cette enquête a été élaborée afin d'accompagner les politiques publiques dans le champ de l'après-cancer. Réalisée en partenariat avec l'INSERM et les trois principaux régimes d'Assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI) auprès de 4 349 personnes, cette étude lancée dans le cadre du deuxième Plan cancer renseigne sur les conditions de vie à distance du diagnostic, mais aussi sur l'annonce et la prise en charge. La relation avec le système de soins, l'état de santé à deux ans du diagnostic et l'impact de la maladie sur les ressources ; l'emploi et la vie quotidienne et sociale sont aussi renseignés. Bien que s'inscrivant dans la continuité de la première enquête réalisée en 2004 sous l'égide de la Drees, la méthodologie a été adaptée avec la prise en compte de douze localisations ciblées selon le niveau de pronostic et la combinaison de trois recueils de données (enquête téléphonique auprès des patients, enquête médicale auprès des soignants, données de consommation de soins).

Les résultats de l'enquête ont permis d'évaluer la mise en œuvre de différents dispositifs mis en place depuis la première enquête réalisée en 2004 et les précédents Plans cancer, tels que la consultation d'annonce, la remise du programme personnalisé de soins ou la préservation de la fertilité, et ainsi identifier les éléments qui doivent être renforcés. Des résultats préliminaires mis à disposition avant la publication du rapport ont été pris en compte pour orienter la rédaction du Plan cancer 2014-2019. Ils ont permis de nourrir la réflexion concernant l'objectif 9 et les actions visant à maintenir les patients dans l'emploi ou améliorer leur retour dans l'emploi ainsi que certaines visant à atténuer les conséquences économiques du cancer. L'enquête fournit également des éléments de réflexion pour les différents groupes de travail de l'INCa, notamment sur la prévention tertiaire des cancers.

Par ailleurs, la publication des résultats de l'enquête à deux ans du diagnostic a permis d'objectiver l'intérêt scientifique et de santé publique de prolonger cette recherche à 5 ans, ce qui a été inscrit dans le Plan cancer 2014-2019.

Un accompagnement des entreprises pour améliorer le maintien en emploi et l'insertion professionnelle sera engagé en 2015 et complétera les actions qui seront prévues dans le troisième Plan santé au travail

→ Actions 9.4, 9.5, 9.6

Des travaux ont été conduits dans le cadre du groupe de travail « maintien dans l'emploi » de la convention multipartite du 27 novembre 2013 pour améliorer les conditions de mobilisation des différents dispositifs permettant de sécuriser les parcours des personnes. Les partenaires ont partagé la connaissance de leurs offres de service. Les objectifs du Plan cancer 2014-2019 sont désormais connus et portés par l'ensemble des signataires de la convention. Ils irriguent les travaux de manière transversale. Outre les offres de service qui sont désormais répertoriées, un cadre de référence formalisé et une cartographie seront prochainement disponibles. L'ambition est de décliner cette connaissance à l'échelon des acteurs de terrain de sorte que tous les dispositifs mobilisables le soient effectivement.

Une coordination a été mise en place pour permettre la bonne prise en compte de ces enjeux dans le troisième Plan santé au travail qui devrait être rendu public dans le courant de l'année 2015. La mise en œuvre opérationnelle et coordonnée sera également assurée via les plans régionaux santé au travail (qui seront élaborés en 2015) et les plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés.

En anticipation du troisième Plan santé au travail, dès 2015, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) et son réseau déploieront dans plusieurs « régions d'excellence » une action en faveur du maintien en emploi des salariés atteints de cancer et d'autres maladies ou de restrictions d'aptitude, à l'instar de ce qui a été fait en Aquitaine. Grâce à la sensibilisation, puis la mobilisation des acteurs de l'entreprise, et à leur accompagnement dans l'élaboration de pratiques, l'organisation du travail ainsi que la négociation d'accords d'entreprise, cette action permettra aux entreprises de prendre en compte les attentes des salariés malades ou en rémission, de les accompagner dans leur retour à l'emploi et de mettre en œuvre une approche et des actions innovantes. Elle fera l'objet d'une capitalisation et d'une diffusion des bonnes pratiques ainsi enregistrées.

2-3 Les travaux permettant de définir les modalités opérationnelles du « droit à l'oubli » ont été engagés avec l'appui d'une mission de l'Inspection générale des affaires sociales

→ Action 9.13

Le Plan Cancer a prévu d'instaurer un droit à l'oubli, c'est-à-dire un délai au-delà duquel les demandeurs d'assurance ayant eu certains types de cancers ne seront plus pénalisés s'ils veulent contracter un emprunt. Le troisième Plan cancer prévoit que les parties prenantes de la convention AERAS définissent les conditions dans lesquelles un demandeur d'assurance ayant eu un antécédent de cancer n'aurait plus à le déclarer. Dans ce cadre, les travaux engagés portent sur les questionnaires, de premier niveau et détaillé par pathologie, mais aussi sur les modalités de tarification, de transparence et de lisibilité vis-à-vis du demandeur, afin que ceux-ci traduisent bel et bien un « droit à l'oubli ». Ce travail porte en priorité sur les cancers pédiatriques et représentera un progrès important afin que tous les enfants, adolescents et jeunes adultes guéris de cancer puissent sans entrave construire leur vie d'adulte.

La mise en place du « droit à l'oubli » pose des difficultés d'ordre éthique, d'équité entre les personnes souffrant de pathologies différentes, y compris entre les pathologies cancéreuses, mais également juridiques, économiques et techniques dans la mesure où il impacte les pratiques assurantielles, notamment en matière de tarification et de connaissance du risque.

Concrètement, l'enjeu consiste à s'assurer que les pratiques assurantielles intègrent bien les avancées thérapeutiques, avec un effort de mutualisation.

Afin d'atteindre cet objectif, un groupe de travail spécifique de la commission de suivi et de propositions de la convention AERAS, présidé par M. Emmanuel Constans, a été mis en place. Ce groupe est composé des représentants de toutes les parties prenantes à la Commission de suivi et de propositions AERAS. Deux réunions se sont tenues : le 6 novembre 2014 et le 26 janvier 2015.

Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été diligentée afin d'appuyer les réflexions de ce groupe. Ses travaux seront finalisés avant le 31 mars 2015.

La mise en œuvre du « droit à l'oubli » nécessite, aussi, de pouvoir objectiver avec un degré d'assurance suffisant l'absence de sur-risque sur le long terme pour les populations concernées par certaines pathologies. C'est pourquoi, un certain nombre d'études épidémiologiques ont été engagées par l'INCa et la DGS. Certains résultats sont d'ores et déjà disponibles et la plupart des travaux seront remis en 2015.

En outre, les travaux initiés en février 2014 pour accompagner les candidats à l'emprunt dans l'aide au remplissage des questionnaires de santé sont en cours d'achèvement. Il s'agit notamment de préciser le rôle du médecin traitant et les principes dans lesquels ce rôle doit s'exercer en particulier au regard du respect du secret médical. Menés dans le cadre de la convention AERAS avec le concours du Conseil national de l'ordre des médecins et de représentants de certains syndicats des médecins, ces travaux devraient aboutir au premier trimestre 2015.

Enfin, en 2015, l'observatoire sociétal des cancers abordera le sujet du « droit à l'oubli ». Les difficultés relatives à l'accès aux emprunts et aux assurances lorsqu'on a été atteint d'un cancer nécessitent d'être mieux comprises. Un appel d'offres auprès d'organismes de sondages sera lancé dès janvier 2015 pour accompagner la Ligue contre le cancer dans cette étude.

ÉGALEMENT DEPUIS LE LANCEMENT DU PLAN

- S'agissant de la préservation de la fertilité, une analyse de l'offre de centres d'assistance médicale à la procréation spécifiquement autorisés a été engagée ; le concept de plateformes clinicobiologiques destinées à l'information et à la prise en charge des patients avant, pendant et après le cancer sera affiné afin d'organiser sa mise en œuvre ; la publication du rapport de l'INCa et de l'ABM « Conséquences des traitements du cancer et préservation de la fertilité » a permis une prise de conscience de l'importance de mettre en place des outils de formation auprès des oncologues sur la préservation de la fertilité (Action 8.1).
- Il est prévu en 2015 l'utilisation d'un indice de défavorisation (EDI) permettant de décrire les disparités sociales et territoriales de cancers. Une étude évaluant l'environnement socioéconomique du lieu de résidence de tous les nouveaux cas de cancer enregistrés dans les registres des cancers du réseau Francim, qui couvrent environ 20 % de la population, sera réalisée sous réserve d'un financement. L'étude concernera en moyenne 120 000 cas par an. Elle permettra de mieux caractériser les inégalités sociales et territoriales de santé en France, d'envisager des hypothèses causales selon les localisations de cancers et surtout d'adapter en regard les actions de prévention et d'éducation pour la santé. En outre, les données de survie des personnes atteintes de cancers en France feront l'objet d'une mise à jour publiée en 2015. Elles porteront sur tous les nouveaux cas de cancers diagnostiqués chez les personnes de plus de 15 ans sur la période 1989-2010. Des estimations de survie nette à 15 ans seront produites pour la première fois pour certaines localisations parmi la cinquantaine de cancers étudiés (Action 15.1).

FOCUS SUR LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

« Notre engagement : pouvoir relayer au mieux la parole et les attentes des patients pour faire en sorte que l'on n'oublie jamais l'humain derrière le malade. »

Dominique David, membre du Comité des usagers et des professionnels de l'INCa.

Le Plan cancer 2014-2019 s'inscrit de façon volontariste dans une démarche de démocratie sanitaire et scientifique, avec un objectif dédié. Ceci s'est traduit dès 2014 dans la gouvernance du Plan. Trois représentants des usagers du système de santé, des personnes atteintes de cancer et de leurs proches, ont été nommés membres du comité de pilotage du Plan : la présidente de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC), la présidente du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) et le président de l'Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou leucémie (Unapecl).

En outre, en cohérence avec la mise en œuvre de l'action 14.1 qui vise à généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche, l'INCa a souhaité étendre la participation des usagers à l'ensemble de ses instances consultatives. Le conseil d'administration de l'INCa a approuvé, au mois de juin 2014, la nomination d'un représentant des usagers au comité de déontologie et d'éthique, au côté de six professionnels du domaine. Deux représentantes des usagers sont en cours de nomination au conseil scientifique et participent d'ores et déjà aux travaux de l'instance.

En complément de la participation de représentants des usagers du système de santé dans les différentes structures du champ de la cancérologie, la mise en œuvre de la démocratie sanitaire passe également par le développement de différents modes de concertation avec les citoyens. Ainsi en 2015, comme l'a annoncé la ministre de la Santé, le ministère et l'INCa travailleront à l'organisation d'une concertation scientifique et citoyenne dédiée à l'évolution du programme du dépistage du cancer du sein dans notre pays. L'objectif de cette démarche sera de parvenir, début 2016, à l'élaboration d'un rapport d'orientation redéfinissant les objectifs de santé publique assignés au dépistage, les moyens d'y parvenir et les indicateurs d'évaluation.

La démocratie sanitaire sera renforcée par la participation de « patients ressources » bénévoles dans l'accompagnement de personnes atteintes de cancer et dans la formation des professionnels de santé. Un comité de pilotage regroupant des représentants de Comités départementaux de la Ligue nationale contre le cancer a été constitué en 2014 afin de travailler sur la mise en œuvre de cette action. Deux groupes de travail issus de ce comité de pilotage se réuniront pour la première fois en janvier 2015. Leurs objectifs seront, d'une part, de définir les différents profils de patients ressources et, d'autre part, de préparer le contenu pédagogique de leur formation qui sera ensuite proposée par l'école de formation de la Ligue.

La démocratie sanitaire et scientifique a été renforcée dans le champ de la recherche. En effet, le Comité de patients pour la recherche clinique de la Ligue nationale contre le cancer est passé de 60 à 85 relecteurs. Cela a permis de relire 97 protocoles, dont 5 ayant trait à la conception des protocoles (2 lettres d'intention PHRC et 3 préprojets de protocoles (synopsis avancé)). Une trentaine de promoteurs ont adressé leurs protocoles : 11 CLCC – 7 CHU – 5 Groupes coopérateurs – APHP – 6 laboratoires pharmaceutiques – EORTC. Parallèlement, un travail est réalisé avec les promoteurs afin que le Comité de patients soit associé dès 2015 à la vulgarisation des résultats des essais cliniques. Un guide d'aide à la relecture des protocoles sera finalisé début 2015 et mis à la disposition de l'ensemble des membres du Comité de patients par la Ligue.

INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE

3-1 Le tabac, premier facteur de risque évitable : la lutte contre le tabagisme, la recherche sur le tabac et les cancers du poumon, et les conditions de prise en charge des cancers du poumon ont été renforcées

Le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) prévoit des mesures fortes pour lutter contre le tabagisme en particulier celui des jeunes

→ Objectif 10

Le tabac est le premier facteur de risque évitable de cancers en France. Il est responsable de près de 30 % des décès par cancer et à l'origine de près de 90 % des cancers du poumon (première cause de décès par cancer), plus de 50 % des cancers des voies aérodigestives supérieures selon la localisation (bouche, larynx, pharynx, œsophage), 40 % des cancers de la vessie et 30 % des cancers du pancréas. Il est aussi impliqué dans les cancers des voies urinaires et du rein, du col de l'utérus, de l'estomac, de certaines leucémies, des cancers de l'ovaire, du côlon et du rectum et du sein. Le tabac est également responsable de nombre de maladies cardiovasculaires et pulmonaires. Au total, 73 000 décès par an sont imputables au tabac en France dont 44 000 par cancer. Rappelons que le cancer du poumon est le seul cancer conjuguant une augmentation de son incidence avec une augmentation de sa mortalité chez les femmes entre 1980 et 2012, avec une accélération de ces augmentations depuis 2005 qui en ont fait la deuxième cause de décès féminins par cancer.

Plus de 30 % des 15-75 ans fument quotidiennement en France. Il n'y a pourtant aucune fatalité liée au tabagisme : les États-Unis, grand producteur de tabac, sont passés sous la barre symbolique des 20 % de fumeurs, les Anglais en sont proches et les Australiens, qui ont instauré récemment les paquets neutres, sont à moins de 13 % pour cette même population.

Face à ces enjeux, il est indispensable d'utiliser tous les leviers reconnus efficaces dans une politique globale et ambitieuse. C'est pourquoi le troisième Plan cancer a prévu la mise en place d'un programme national de réduction du tabagisme (PNRT).

À cette fin, un comité de pilotage présidé par le Directeur général de la santé, associant l'INCa, l'INPES, la CNAMTS, la Mildeca, la DSS, la DGOS, la DRH et le SGMAS, a été mis en place le 14 mars 2014 afin de lancer le chantier d'élaboration du PNRT.

Le travail conduit à un rythme soutenu s'est concrétisé par la présentation du PNRT le 25 septembre 2014 par la ministre en charge de la santé. Ce PNRT qui constitue le premier plan de santé publique consacré au premier facteur de mortalité évitable en France fixe des objectifs ambitieux et s'inscrit dans la durée à la hauteur de cet enjeu sanitaire et social majeur. Il vise à réduire de 10 % la prévalence du tabagisme quotidien d'ici 2019 (passer de 28,2 % à 25,4 %), à descendre sous la barre des 20 % dans 10 ans et à parvenir à l'horizon 2032 à ce que les enfants nés à partir de 2014 soient la première génération d'adultes non fumeurs (<5 % de fumeurs).

Pour cela, le PNRT s'articule autour de trois axes d'intervention : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac ; aider les fumeurs à s'arrêter ; agir sur l'économie du tabac.

Dès la présentation des axes et des mesures phares de ce programme, plusieurs mesures ont été rapidement mises en œuvre. Ainsi, une campagne « choc » de communication (« Le tabac tue un fumeur sur deux ») à destination du grand public a été diffusée à la télévision et à la radio aux heures de grande écoute et relayée sur les réseaux sociaux sur une longue période (entre le 26 septembre et le 22 octobre 2014).

L'objectif de cette campagne était de déclencher une émotion forte auprès du public en lui faisant prendre conscience que le tabac tue un fumeur sur deux ; puis d'inciter au sevrage tabagique en renvoyant sur le dispositif d'aide à distance Tabac Info Service : le service téléphonique 3989 et le site Internet tabac-info-service.fr. L'ensemble de ces services est accessible depuis le mois de janvier 2015 via une application smartphone. Une infographie animée vient compléter le dispositif sur Internet.

Cette campagne fera l'objet d'une évaluation en trois volets. Un post test de la campagne de télévision auprès de fumeurs et de non-fumeurs afin d'évaluer la pertinence du ton adopté et de son moment de diffusion. Une évaluation d'efficacité est également prévue, avec le suivi des intentions et tentatives d'arrêt, d'une cohorte de fumeurs avant et après diffusion de la campagne (suivi à 1 et 6 mois). Enfin, l'analyse de l'évolution du nombre de fumeurs bénéficiant du dispositif d'accompagnement au sevrage (tabac info service) complète le dispositif d'évaluation.

L'accès aux traitements d'aide à l'arrêt du tabac a été amélioré. Le triplement du forfait de prise en charge des substituts nicotiques par l'Assurance maladie est effectif depuis septembre 2014 pour les jeunes de 20 à 25 ans. Annoncé dans le Plan cancer et le PNRT, le triplement du forfait sera ensuite étendu aux bénéficiaires de la CMU-C, aux personnes en ALD cancer, et aux jeunes de 26 à 30 ans à compter de 2015 et selon un échelonnement.

Par ailleurs, des moyens budgétaires ont été dégagés afin de faciliter les démarches d'arrêt du tabac. Ainsi, 500 000 euros, soit 1,5 million, à partir de 2015 et les années suivantes, ont été délégués en 2014 aux ARS pour permettre la mise à disposition gratuite de traitements de substitution nicotique dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de leurs territoires.

Afin d'encadrer la publicité pour les dispositifs électroniques de vapotage, une circulaire a été publiée, dans l'attente de l'interdiction totale de publicité pour ces produits, prévue par la directive européenne 2014/40 qui doit entrer en vigueur en mai 2016 (circulaire N°DGS/MC2/2014/273 du 25 septembre 2014 relative à l'encadrement de la publicité des dispositifs électroniques de vapotage). Cette circulaire rappelle le droit applicable à ces dispositifs, à savoir l'interdiction de publicité indirecte pour le tabac, d'une part, et l'interdiction de faire valoir des propriétés thérapeutiques potentielles sans disposer d'une autorisation de mise sur le marché, d'autre part.

Le projet de mise en place d'un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de tabac a été initié. Ainsi, un projet d'arrêté a été notifié en novembre 2014 en ce sens à la Commission européenne. Il sera signé début 2015.

Par ailleurs, une étude sur l'habilitation des polices municipales à contrôler le respect de la réglementation tabac est menée par un groupe de travail coordonné par la MILDECA. Il s'est réuni à plusieurs reprises et doit remettre des propositions.

Le processus de ratification du protocole OMS sur le commerce illicite des produits du tabac est engagé.

Plusieurs mesures importantes du PNRT figureront dans le projet de loi de santé et seront débattues au parlement en 2015, en particulier la mise en place du paquet neutre standardisé, l'interdiction de fumer dans les véhicules en présence d'enfants de moins de 12 ans, l'interdiction de publicité sur le lieu de vente, l'interdiction de vapotage dans certains lieux publics, la transparence sur le lobbying de l'industrie du tabac, les mesures liées à la directive 2014/40 portant notamment sur les cigarettes électroniques et l'interdiction des cigarettes aromatisées.

Afin de rendre non-fumeurs les espaces publics de jeux pour enfants, un décret modifiant le décret sur l'interdiction de fumer de 2006 sera préparé en 2015.

Le premier appel à projets de recherche/actions sur le tabac et les cancers liés au tabac a été lancé afin de développer la recherche dans une approche multidisciplinaire

➔ Objectif 10

En 2014, l'INCa a initié une consultation multidisciplinaire afin de définir un programme à long terme sur le tabac et les cancers, incluant un appel à projets de recherche et d'interventions prévu sur toute la durée du troisième Plan cancer.

L'INCa, les ministères, les autres agences et des chercheurs ont déterminé collégalement les priorités du programme. L'objectif est de renforcer la capacité de la recherche française sur la problématique du tabac et des cancers liés au tabac, afin d'être en mesure de conforter et d'appuyer une stratégie de réduction des cancers attribuables au tabac. Cela permettra aux décideurs et à la communauté médicale d'accélérer la transférabilité des résultats de ces recherches sur le terrain.

Un séminaire national a été organisé en janvier 2015 afin de présenter ces axes prioritaires, avant la publication du premier appel à projets porté par l'INCa, l'INPES et la MILDECA.

Une évaluation à mi-parcours sera réalisée. Elle permettra d'actualiser les priorités du programme à partir des projets financés (par l'INCa ou d'autres financeurs), de tenir compte des éventuelles réorientations des politiques publiques et du développement de la recherche au niveau international.

3-2 De nouvelles mesures ont été identifiées en matière de prévention des cancers liés à une exposition environnementale ou professionnelle

Le Plan national santé environnement (PNSE) et la conférence environnementale ont été lancés et ont abouti à des propositions concrètes

➔ Actions 11.5, 11.6, 11.7 ; 12.5, 12.6, 12.7, 12.8

Le Plan national santé environnement 3 (PNSE) a été présenté en Conseil des ministres du 12 novembre 2014. Parmi les actions du PNSE3, 10 font l'objet d'actions immédiates en particulier sur l'amiante. L'objectif de cette action est de mieux connaître et réduire l'exposition à l'amiante naturel. via la définition et la mise en œuvre d'un cadre de prévention adaptée pour les chantiers et activités intervenant sur des matériaux dégageant de l'amiante naturel.

Bâti sur la dynamique des deux précédents plans, le PNS3 consolide les progrès accomplis depuis 10 ans et propose une nouvelle approche de la santé environnementale plus forte et surtout plus ancrée dans les territoires et intégrant le concept scientifique d'exposome¹.

Le PNSE3 intègre également des actions en lien avec la biodiversité et s'articule avec les grandes stratégies gouvernementales et les plans de santé publique dont le Plan cancer.

Il est organisé en quatre catégories d'enjeux : des enjeux de santé posés par les pathologies en lien avec l'environnement, des enjeux de connaissance des expositions et des leviers d'action, des enjeux de recherche en santé environnement et enfin des enjeux pour les actions territoriales en matière d'information, de communication et de formation.

¹ L'exposome peut être défini comme l'ensemble des expositions couvrant la vie entière qui peuvent influencer la santé humaine, que ce soient les expositions physiques extérieures, le contexte psychosocial ou les régulations du milieu intérieur, il englobe l'ensemble des facteurs de risque non génétiques. C'est un défi scientifique pour les années à venir que le PNSE3 se devait de souligner.

Parmi les enjeux de santé sont prévues des actions concernant des cancers pour lesquels le lien avec une exposition à des facteurs cancérigènes est avéré tels l'amiante et le radon.

Un Plan national d'action de gestion du risque lié au radon a été élaboré en 2005 dans le cadre du PNSE1 et doit être renouvelé en 2015 dans le cadre de la directive 2013/59/Euratom pour une période de 5 ans (action 4 du PNSE3).

D'autres mesures sont également inscrites dans le PNSE3 concernant la promotion et l'accompagnement d'actions territoriales de gestion intégrée du risque lié au radon dans l'habitat, et des actions préventives en synergie avec des actions sur la qualité de l'air intérieur ou sur l'efficacité énergétique doivent être mise en place.

Des actions portent sur une meilleure connaissance des expositions à des facteurs de risques avérés ou suspectés, mais aussi sur leurs mécanismes d'action (par exemple concernant les pesticides). Aussi, afin de faire un état des lieux des connaissances sur les pesticides et les risques de cancer, l'INCa a actualisé, en juillet 2014, une fiche repère s'adressant au grand public, aux professionnels de santé, aux chercheurs et aux acteurs publics.

Par ailleurs, la Conférence environnementale qui s'est tenu les 27 et 28 novembre 2014 comportait une table ronde « environnement-santé ». De nouvelles mesures seront proposées début 2015, afin de compléter les actions du PNSE3, afin réduire la pollution de l'air extérieur par exemple.

La réforme du système d'inspection du travail mise en œuvre fin 2014 permettra de renforcer les contrôles pour prévenir les cancers professionnels

→ Action 12.1

L'objectif de la réforme du système d'inspection du travail mise en œuvre fin 2014 est notamment d'optimiser les conditions d'exercice des missions des agents de contrôle, afin de renforcer l'efficacité de leur démarche. À cet effet, la programmation stratégique des contrôles est consolidée et sera menée de manière coordonnée avec les actions portées par le troisième Plan santé au travail (2015-2019) et, par ailleurs, avec celles décrites dans la Convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la branche accidents du travail-maladies professionnelles de la Caisse nationale d'Assurance maladie.

Ces deux instruments se focalisent sur certains risques prioritaires comme les substances cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR). Ainsi, la COG AT-MP 2014-2017 s'assigne notamment pour objectif de supprimer ou réduire les expositions sur des agents cancérigènes identifiés.

La conjugaison de ces mesures est de nature à donner toute sa cohérence à l'action de l'État en matière de prévention primaire des risques professionnels cancérigènes. Pour le ministère du Travail, cette orientation stratégique s'appuie en particulier sur la mise en place, en 2015, à l'initiative de chacune des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation et de l'emploi (Direccte), de réseaux régionaux permettant de faire face à un risque particulier comme l'amiante ou les autres substances CMR. Ces structures appuieront les services de contrôle dans les actions qu'elles mèneront dans ce cadre en 2015, en particulier la poursuite des actions de contrôle en matière d'amiante.

3-3 L'effort de recherche est maintenu à un haut niveau

« Confortés par le Plan cancer, les cancéropôles jouent plus que jamais leur rôle de structuration et coordination des équipes de recherche sur leurs territoires, en catalysant les collaborations des différents acteurs scientifiques. Ainsi les cancéropôles contribuent à accélérer l'émergence et le déploiement des innovations nécessaires à une recherche préclinique et clinique de qualité. »

Pr. Christian Chabanon, directeur du cancéropôle PACA, porte-parole de la conférence des coordonnateurs de cancéropôles.

Des actions de structuration renforcées en 2014

→ Actions 16.6 et 5.2

L'action des cancéropôles a été recentrée et mieux articulée avec les autres acteurs régionaux. À la suite de l'appel à candidatures « Cancéropôles » conduit en 2014, ils sont désormais organisés autour de 7 missions communes et une ou plusieurs missions plus spécifiques à chacun. Dans une logique de cohérence et d'efficacité, une attention a été portée sur l'articulation avec des structures existantes de recherche ou d'organisations des soins (SIRIC-GIRCI-RRC), comme sur l'implication des associations de patients. Le pilotage a été renforcé grâce à la mise en place de Contrats d'objectifs et de performance (COP) qui seront signés début 2015 ; 21 millions d'euros ont été attribués aux cancéropôles pour la réalisation de leurs missions sur une période de 3 ans.

L'année 2014 a vu l'aboutissement du rapprochement des groupes coopérateurs par grandes pathologies afin de dynamiser la recherche clinique en oncologie et améliorer les ressources pour la recherche multidisciplinaire. Le processus de labellisation des 13 intergroupes coopérateurs, finalisé en 2014, devrait favoriser la multiplication par deux du nombre de patients inclus dans des essais cliniques thérapeutiques. Cela permettra une prise en charge de qualité pour les patients participants et une réponse aux grands enjeux qui sont l'augmentation de la survie et la réduction des effets secondaires.

Quarante-quatre millions d'euros consacrés à la recherche fondamentale en 2014

→ Action 13.1

Le soutien à la recherche fondamentale est une des priorités du Plan cancer 2014-2019, ceci dans le but d'acquies de nouvelles connaissances, de développer de nouveaux outils et d'ouvrir de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Les appels à projets dédiés à la recherche fondamentale proposés par l'INCa et l'Institut Multi-Organismes Cancer (ITMO Cancer) de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) ont pour objectif l'étude des mécanismes biologiques impliqués dans la transformation cellulaire et la progression de la maladie, et des mécanismes de réponse et de résistance aux traitements, ainsi que le rôle des facteurs environnementaux.

Par ailleurs, les approches pluridisciplinaires (mathématiques, physique, chimie, informatique, biologie, clinique, anatomopathologie, sciences vétérinaires) permettent de progresser vers la modélisation des processus complexes (données moléculaires, cellulaires et cliniques) et de développer des méthodes et des outils dans une perspective médicale de diagnostic et de traitement du cancer.

Les projets de recherche fondamentale faisant intervenir l'épidémiologie et les sciences humaines et sociales, tout en intégrant les facteurs biologiques et sociocomportementaux, permettent de déterminer des stratégies de prédiction et de prévention efficaces et de comprendre et remédier aux inégalités de santé face au cancer sur le territoire.

En 2014, l'ensemble des montants alloués aux projets dédiés à la recherche fondamentale est de plus de 44 millions d'euros pluriannuels, soit plus de la moitié des crédits de l'ensemble des appels à projets gérés par l'INCa et l'ITMO Cancer.

Le développement continu de la recherche interventionnelle et de la recherche clinique

→ Action 11.14, 5.2 et 5.3

Largement pratiquée en Amérique du Nord, la recherche interventionnelle en santé (« evidence-based public-health ») reste peu développée en France. On entend par intervention toute action ou tout programme conduit dans le secteur de la santé ou en dehors de celui-ci, susceptible d'avoir une influence sur la santé des populations et présentant un potentiel pour une mise en œuvre ultérieure en population générale. La recherche interventionnelle est conduite en aval de la recherche dite fondamentale, et en amont de la recherche sur les conditions de déploiement d'une action de santé publique. Elle présente la caractéristique d'associer deux éléments de preuve : des résultats quantitatifs et des éléments qualitatifs. Cette combinaison de validité scientifique (interne et externe) et de signification sociale constitue le mode de communication le plus opératoire en aide à la décision publique et l'approche certainement la plus réaliste pour introduire des changements durables de comportements face au risque de cancer.

En 2014, le soutien de l'INCa à la recherche interventionnelle en santé des populations a été poursuivi s'agissant de la prévention et changement de comportements à risque, et de la genèse de données utiles à la décision en santé publique.

Des projets de recherche interventionnelle ont été financés. L'un portait sur l'impact d'une incitation financière sur le sevrage tabagique chez les femmes enceintes et l'autre, sur l'effet de l'intégration d'un « soutien social » dans l'aide au sevrage tabagique chez les jeunes.

En novembre 2014, l'INCa a organisé un colloque international sur la recherche interventionnelle appliquée à la lutte contre le cancer. Appuyé par des partenariats nationaux (Aviesan, IReSP, INPES, SFSP, SFPO) et internationaux (NCI américain, CIHR-IPPH canadien, EUSPR européen), cet événement a réuni plus de 200 chercheurs, financeurs, décideurs et acteurs de terrain. Les échanges ont permis d'identifier les enjeux, les actions à engager, et les opportunités de développement de partenariats entre ces différents acteurs, dans le but de coproduire des données scientifiquement valides et utiles à la lutte contre le cancer. La mobilisation des parties concernées par la recherche interventionnelle lors de ces journées permettra leur investissement conjoint dans ce champ de la recherche et d'accroître la qualité de la recherche interventionnelle menée sur le territoire.

Les efforts déployés en matière de recherche clinique se sont traduits par une augmentation continue de l'inclusion de patients dans les essais cliniques, avec une augmentation de 104 % depuis 2008, qui se poursuit.

Les Centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP2) contribuent de manière significative, avec une forte croissance des inclusions (+76 %). En 2014, un appel à candidatures a été lancé pour la labellisation de nouveaux centres, et notamment, des centres d'essais précoces pédiatriques, afin de permettre aux enfants de bénéficier d'un accès aux médicaments innovants. Les résultats de cet appel à projets seront publiés fin janvier 2015.

Les jeunes chercheurs ont été soutenus dans leur formation à la recherche et l'émergence de jeunes équipes d'excellence a été favorisée

→ Actions 13.1 et 13.3

La formation des doctorants à une communauté interdisciplinaire est une première étape pour qu'ils puissent développer davantage leur potentiel en tant que jeunes chercheurs en recherche interdisciplinaire, et acquérir des compétences de plus en plus nécessaires pour la recherche et le cancer. Le financement de plusieurs programmes en 2014 a permis de répondre à ce besoin ; 2,3 millions d'euros pluriannuels ont été consacrés à la formation à la recherche translationnelle, soit une augmentation de plus de 50 % par rapport aux années précédentes.

Le programme ATIP-Avenir vise à favoriser l'indépendance des candidats talentueux et prometteurs et soutenir l'excellence en biologie du cancer par la mise en place de programmes de recherche innovants et indépendants. Les équipes d'excellence dans le domaine de la cancérologie sont financées par l'ITMO Cancer d'Aviesan, en collaboration avec la Ligue nationale contre le cancer et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer.

En 2014, deux années supplémentaires ont été accordées à 3 projets ATIP-Avenir dans le domaine du cancer, portant ainsi à 5 ans la durée de leur financement. Ces projets avaient été sélectionnés par des établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) en 2010. En effet, trois années semblent insuffisantes pour finaliser des initiatives internationales. Cette prolongation concrétise l'une des actions prioritaires du Plan cancer 2014-2019 qui a pour objectif le financement de jeunes équipes d'excellence sur des périodes allant jusqu'à 6 années.

ÉGALEMENT, DEPUIS LE LANCEMENT DU PLAN

- Les travaux ont été lancés concernant les modalités de mise en place du fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme (Objectif 10).
- La DGS a été à l'initiative de la saisine de la Commission européenne sur les risques liés aux appareils de bronzage pour solliciter une réglementation européenne dans ce domaine (DGSANCO + DG Entreprises). En réponse, la Commission a saisi le Comité scientifique des produits de consommation pour évaluer les risques sanitaires liés à l'exposition des appareils de bronzage. En 2015, la France constituera un dossier pour la Commission (Action 12.8).
- Un référentiel « Agir pour un urbanisme favorable à la santé » a été publié en 2014 par la DGS et l'EHESP, pour aider les ARS à formuler leurs avis sanitaires sur les projets d'urbanisme (de type Zone d'action concertée) (Action 11.7).
- L'INCa a rénové en 2014 l'ensemble des contenus web destinés au grand public et aux professionnels de santé sur la thématique de la prévention afin d'apporter une information claire, complète et accessible sur les principaux facteurs de risques de cancers, en particulier le tabagisme (Objectifs 11 et 12).
- Le rapport « Estimation de la prévalence du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus » a été publié en juillet 2014 (InVS-INCa). Il présente des données de prévalence totale et partielle pour 24 localisations de cancer, estimées à partir des données de registres métropolitains, spécialisés et généraux, de cancers du réseau Francim. Il complète les données publiées en 2013 sur l'incidence et la mortalité en France, ainsi que sur la survie des personnes atteintes de cancer (Action 8.7).
- Une cohorte de l'ensemble des personnes diagnostiquées, traitées et suivies pour une pathologie cancéreuse, quel que soit le mode de prise en charge, est déployée par l'INCa à partir des données de l'Assurance maladie avec pour objectifs principaux de suivre leur consommation de soins, et d'étudier leurs trajectoires de prise en charge. La première trajectoire, celle des personnes atteintes de cancer du sein, a été évaluée en 2014 et fera l'objet d'une publication au premier semestre 2015 (Action 15.4).

FOCUS SUR LES ACTIONS EN FAVEUR DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

2014 a été consacrée, d'une part, au questionnement de l'organisation spécifique en cancéropédiatrie et, d'autre part, au lancement d'actions du Plan cancer 2014-2019.

Dans le domaine des soins en santé allant de la prévention tertiaire à l'accompagnement après-cancer, peuvent être notées les actions suivantes :

- Le lancement de l'appel à projets relatif à l'accompagnement des politiques de prévention et de dépistage des cancers, dont une partie est spécifique aux jeunes malades : « Prévention tabagique auprès des adolescents et jeunes adultes ». Cet appel à projets vise à développer une démarche de prévention auprès d'adolescents et de jeunes adultes ayant ou ayant eu un cancer et/ou à décrypter le rapport au risque de ces patients et les modalités de dialogue qui permettent de réduire les comportements à risque pendant les traitements et/ou à distance du diagnostic.
- Les guides « Mon enfant a un cancer : comprendre et être aidé » a été réactualisé et diffusé en 2014 (le guide « Mon enfant et la recherche en cancérologie » sera réactualisé et diffusé en 2015).
- Dans les suites d'un appel à projets lancé en 2013, l'expérimentation de 4 appartements d'accueil thérapeutique à destination de familles en situation très précaire ayant un enfant atteint de cancer a débuté en 2014. Ce projet piloté par la DGS est porté par l'ARS Ile-de-France.
- Concernant l'expérimentation de projets intégrés et novateurs pour la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer (AJA), un séminaire organisé en avril 2014 a permis de réaliser un point d'avancement des projets en cours et d'annoncer la prolongation d'une année de financement pour les 8 équipes retenues. L'expérimentation s'est terminée en décembre, une autoévaluation et une évaluation externe sont prévues en 2015 avant toute réflexion sur l'élaboration d'un cadre national prévu dans le Plan.
- La prise en charge cancéropédiatrique repose sur une organisation spécifique (7 organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique). Afin de préparer et alimenter la réflexion sur l'évolution des missions des organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique (OIR), un séminaire a eu lieu en novembre 2014, rassemblant les parties prenantes.
- Des travaux préparatoires avec les coordonnateurs des OIR au cours du dernier trimestre 2014 permettront à l'INCa, à partir des bases médico-administratives, la mise en place de tableaux de bord identifiant l'activité d'hospitalisation relative à la prise en charge du cancer pour des personnes âgées de 0 à 24 ans pour chaque organisation interrégionale : nombre de séjours, le nombre de personnes prises en charge dans chaque établissement en fonction du mode de prise en charge, ainsi que la caractérisation des établissements (centre de référence, associé, proximité ou autre).
- Une subvention (oct.2013-oct.2016) hors appel à projets de l'INCa au Groupe d'étude de neuropathologie oncologique pédiatrique (GENOP) a permis de poursuivre la réalisation d'une double lecture des tumeurs du système nerveux central (SNC) de l'enfant par des pathologistes experts. Cette double lecture est effectuée, au niveau national, par le GENOP. Au cours des six premiers mois, le réseau a revu 81 nouveaux cas de tumeurs du SNC de l'enfant. La rédaction de référentiels anatomopathologiques et moléculaires de tumeurs est en cours de finalisation.

- Une démarche de sensibilisation des professionnels des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) a débuté en fin d'année lors d'une journée nationale organisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La spécificité des cancers de l'enfant et les modalités de prise en charge ont été présentées aux correspondants de scolarisation des MDPH.

Afin d'améliorer l'accès des enfants et des adolescents et jeunes adultes à l'innovation et à la recherche, plusieurs actions ont été mises en place dès 2014 :

- Dans le cadre de son programme de soutien à la recherche clinique académique et aux groupes coopérateurs agissant dans le domaine du cancer, l'INCa a labellisé la Société française de lutte contre les cancers et leucémies de l'enfant et de l'adolescent (SFCE) en tant qu'intergroupe coopérateur dans le domaine des cancers pédiatriques, pour une durée de deux ans. En 2015, l'INCa suivra la mise en œuvre du cahier des charges auquel s'est engagé cet intergroupe.
- Le processus du renouvellement de la labellisation des centres labellisés d'essais cliniques de phase précoce (CLIP²) engagé en 2014 sera finalisé début 2015 et conduira en particulier à la labellisation de CLIP² ayant une expertise spécifique pour la conduite d'essais cliniques de phase précoce chez les enfants.
- Le programme AcSé, mis en place dès 2013, intègre la dimension pédiatrique afin de permettre aux enfants d'accéder de façon équitable aux thérapies innovantes dans le cadre des essais cliniques déclinés dans le programme.
- L'engagement des équipes françaises à séquencer le génome de trois tumeurs pédiatriques est d'ores et déjà prévu dans le cadre du programme ICGC dont l'INCa est partenaire.
- La thématique cancérologie pédiatrique est mise en évidence dans les différents appels à projet de recherche. Pour développer toujours davantage son approche intégrée de la lutte contre les cancers, l'INCa met en lumière chaque année dans son plan d'actions une thématique transversale. En 2015, l'INCa a souhaité mettre l'accent sur les enfants, les adolescents et les jeunes adultes afin de faire progresser l'accès à l'innovation et l'amélioration de la prise en charge de ces populations particulières, pendant et après la maladie. Le plan d'actions 2015 sera présenté en janvier lors d'un comité d'interface mettant en présence l'ensemble des acteurs concernés responsables de la mise en œuvre d'actions et les parties prenantes (professionnels et associations de parents et de patients).

ANNEXE 1 : TABLEAUX DE BORD DE SUIVI DES ACTIONS DU PLAN CANCER

Les tableaux de suivi donnent l'état des lieux d'avancement de toutes les actions au 1er janvier 2015. L'état de chaque action est calculé en fonction du respect du calendrier des jalons qui la composent selon la méthodologie suivante :

Règles	État de l'action
Si tous les jalons sont « non débutés »	Non commencée
S'il n'y a pas de jalon en retard et qu'au moins un jalon est « En cours »	Planning respecté
Si le jalon est « En cours » avec une date de fin dépassée de moins de 3 mois, ou si l'action est prévue le 01/01/2015 et n'est pas encore débutée	Retard mineur
Si le jalon est « en cours » avec une date de fin dépassée de plus de 3 mois	Retard majeur
Si <u>tous</u> les jalons programmés sont « terminés »	Achevée
Si l'action n'a pas de jalons car elle est mise en place dans le cadre d'autres actions	Mise en œuvre dans le cadre de l'action X.X

Après l'état d'avancement des actions, est détaillé chaque jalon qui est en retard avec la date prévue de réalisation et le statut du jalon (non commencé ou en cours). Des commentaires portent des précisions sur l'état d'avancement des actions et notamment les jalons en retard.

Les indicateurs de résultats et d'impact figurent également au début de chaque objectif. La mise à disposition des indicateurs dépend de la fréquence de production de chaque indicateur et de la période étudiée. Dans le cadre du rapport au président de la République, le choix de ne présenter que les indicateurs d'impact ou de résultats ayant une périodicité annuelle ou biennale a été fait. Il est apparu peu opportun de présenter et répéter à l'identique chaque année les indicateurs dont la périodicité est a minima triennale.

Dans le cadre de ce premier rapport, la valeur de certains indicateurs correspondant à leur « T0 » (valeur en 2014) n'est pas encore connue (délai nécessaire soit pour mettre en place les actions relatives à cet indicateur, soit pour recueillir l'information). Dans ce cas, aucune valeur n'est présentée. Les indicateurs seront renseignés dans le prochain rapport.

Rapport par objectif du plan cancer 3 Date de référence : 01/01/15

I. GUERIR PLUS DE PERSONNES MALADES

O 1 : FAVORISER DES DIAGNOSTICS PLUS PRÉCOCES

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible	
Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin des femmes âgées de 25 à 65 ans dans les 3 dernières années Source : Données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM)	53,2 %	01/03/14	80 %	31/12/18
Taux de Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 2 doses chez les jeunes filles de 15 ans révolus Source : Données de l'Echantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM)			60 %	31/12/18
Taux de couverture du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein des femmes de 50-74 ans Source : Échantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIRAM)	51,6 %	31/12/13	75 %	31/12/18
Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal des personnes de 50-74 ans Source : Bases de données des structures de gestion des dépistages organisés de cancers, niveau départemental	31 %	01/03/14	65 %	31/12/18
Taux de Couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 2 doses chez les femmes de 19 ans révolus Source : Données de l'Echantillon généraliste des bénéficiaires (SNIIR-AM)			60 %	31/12/18

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.	DGS	Planning respecté
1.2	Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.	DGS	Planning respecté
1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée une prise en charge adaptée.	INCa	Planning respecté
1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.	INCa	Non commencée

Commentaire

- o 1.1 : Une étude médico-économique a été lancée par l'INCa en vue de proposer d'ici fin 2015 une stratégie de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
- o 1.2 : La prise en charge des vaccins pratiqués en centres de vaccination publics par l'assurance maladie a été votée en LFSS 2015 (article 49).
- o 1.3 : Les recommandations professionnelles portant sur la conduite à tenir devant une femme ayant un frottis cervico-utérin anormal sont en cours d'élaboration selon le planning. Après publication de la note de cadrage et constitution du groupe d'experts, l'analyse de la littérature a été réalisée et le groupe de travail a débuté ses réunions.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.	INCa	Planning respecté
1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.	INCa	Planning respecté
1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.	INCa	Retard mineur
1.8	Encourager la mise en place d'organisations territoriales, de coopération entre les différents acteurs et d'approches de dépistage réduisant les inégalités d'accès : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 16.4 et 16.5.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre des actions 16.4 et 16.5.

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
1.7	Publication des préconisations en matière de géocodage (INCa)	31/10/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- o 1.7 : La publication du rapport sur le géocodage des bases de données des programmes nationaux de dépistage organisé a été retardée pour permettre l'intégration des derniers résultats relatifs au traitement de normalisation. Ce rapport est en cours de validation.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.	INCa	Planning respecté
1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.	INCa	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
1.10	Publication des rapports sur le dépistage et la prise en charge du cancer de la prostate (INCa)	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- o 1.09 : sur le cancer du sein, l'information développée à l'occasion d'octobre rose a permis de toucher les femmes présentant des risques particuliers et celles relevant du dépistage organisé mais plus à l'écart du système de santé. Deux campagnes sont en préparation : une sur le dépistage du cancer du col de l'utérus vers les "sous-participantes" et une sur le dépistage du cancer colorectal.
- o 1.10 : le rapport est validé par l'INCa. Publication début 2015

Sous objectif : Identifier de nouvelles opportunités de diagnostics précoces

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.	INCa	Planning respecté

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

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible	
<p>Délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension</p> <p>Source : Centres identifiés dans la base du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) comme disposant d'un équipement IRM une année donnée</p>	Cancer de la Prostate			
	28 jours	01/12/14	20 jours	31/12/18
	Cancer de l'Utérus			
	26 jours	01/12/14	20 jours	31/12/18
	Cancer du Sein			
	23 jours	01/12/14	20 jours	31/12/18
<p>Proportion de patients enregistrés dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire</p> <p>Source : Numérateur : Enquête du dossier communicant de cancérologie (INCa). Dénominateur : PMSI (MCO et fichiers FichComp et RSFA) et SNIIR-AM</p>			100 %	31/12/18
<p>Proportion de patients ayant un dossier communiquant de cancérologie</p> <p>Source : Numérateur : A terme, issu du DCC et de ses collecteurs Dénominateur : PMSI : ATIH</p>			100 %	31/12/18
<p>Proportion de patients adultes présentés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire de recours « sarcomes » au moment du diagnostic</p> <p>Source : Numérateur : Bases de données nationales des réseaux nationaux cliniques pour sarcomes de l'adulte (NETSARC et RESOS) Dénominateur : Base de données nationale du réseau national anatomopathologique pour sarcomes de l'adulte (RRePS)</p>	77,71 %	01/12/14	100 %	31/12/18

Sous objectif : Réduire les délais entraînant des pertes de chance

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
2.1	Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.	INCa	Non commencée
2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.	DGOS	Planning respecté
2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.	DGOS	Planning respecté

Commentaire

- 2.3 : Plusieurs actions ont été conduites en 2014 en lien avec cette action:
 - la DGOS a sollicité dès 2013 la HAS de la production d'outils d'analyse et de pilotage de l'offre IRM à l'usage des régulateurs nationaux et locaux. Deux objectifs sont attendus de ces travaux : une objectivation de la situation de la France et l'identification des leviers pertinents pour améliorer l'efficacité de fonctionnement du parc, le cas échéant.
 - Une adaptation de la méthodologie d'enquête annuelle sur les délais d'accès à un rendez-vous d'IRM a été décidée pour l'exercice 2015. Il apparaît nécessaire de rapprocher la méthodologie de l'enquête des pratiques d'adressage et de prise de rendez vous et d'en fiabiliser les résultats.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.	DGOS	Planning respecté
2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.	INCa	Retard mineur
2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.	DGOS	Planning respecté
2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.	INCa	Planning respecté

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
2.5	Calage du périmètre de travail préparatoire de l'INCa en adéquation avec les actions 2.4 et 2.6 pilotées par la DGOS. Ajustements avec la loi de santé	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 2.5 : Le cahier des charges d'une prestation d'analyse à lancer en 2015 est en cours d'élaboration (préalable aux travaux de groupes d'experts en 2016-2017): benchmark international sur l'évolution de l'encadrement de la qualité des soins en cancérologie : impact des dispositifs existants et mise en perspective (passage en revue des critères de qualité : seuils d'activité, qualification et formation des professionnels, indicateurs qualité, dispositifs médicaux, organisation territoriale). L'analyse doit permettre de questionner la configuration actuelle du dispositif d'autorisation du traitement du cancer et porter une attention particulière aux prises en charge complexes et aux populations spécifiques (pédiatrie, gériatrie) avec une approche sur le continuum des parcours de soins (gradation de l'offre de soins, filières de recours, relations ville-hôpital, coopérations, travail en réseau, évolution du pilotage des politiques de santé publique).
- 2.6 : Une pierre essentielle de la réflexion sur l'évolution du régime d'autorisation des activités de cancérologie a été posée en 2014 avec la proposition, en article 51 du projet de loi de santé, de dispositions permettant au gouvernement de procéder par voie d'ordonnance pour réformer le dispositif juridique encadrant les activités de soins soumises à autorisation. Il s'agit de pouvoir intégrer dans les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement relatives aux activités de soins des dispositifs de qualité et de sécurité telles que la certification ou l'accréditation des équipes. La réflexion sur l'évolution du dispositif réglementaire encadrant l'activité de traitement du cancer s'inscrit pleinement dans ce cadre.
Des travaux techniques DGOS/INCa ont par ailleurs été engagés en 2014 sur les conditions de prise en charge de l'enfant, en vue d'intégrer cette prise en charge spécifique dans le dispositif d'autorisation en cancérologie.
- 2.7 : Le projet pilote de Référentiel national de RCP concernant la prise en charge des cancers bronchiques non à petites cellules et à petites cellules a été mené à son terme en 2014. Ce premier référentiel national a été piloté par les régions Rhône-Alpes et Auvergne représentées par le Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes et les régions Grand Est, représentées par Oncolie et Oncolor, en collaboration avec l'INCa. Il a fait l'objet d'une première diffusion auprès des réseaux régionaux de cancérologie en décembre 2014. Il sera également publié sur le site de l'INCa, sous un format pdf interactif, en janvier 2015.
Une réflexion a par ailleurs été lancée, d'une part pour tirer les enseignements de ce projet pilote et proposer des amendements à la démarche méthodologique mise en œuvre, et d'autre part pour choisir les localisations tumorales qui feront l'objet de référentiels nationaux en 2015.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
----	--------------	-------------------------	----------------------

2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.	INCa	Non commencée
2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.	INCa	Non commencée
2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifie.	INCa	Planning respecté
2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.	ABM	Retard mineur
2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.	DGOS	Non commencée

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
2.11	Evaluation de l'organisation territoriale et de l'organisation interne des services d'allogreffes de CSH	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- o 2.12 : Un état des lieux de la problématique du second avis est prévu en 2015.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.	INCa	Planning respecté
2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.	INCa	Planning respecté
2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.	INCa	Non commencée

Commentaire

- o 2.13 : Les expérimentations pour les adolescents et jeunes adultes se sont déroulées jusqu'à la fin 2014. Un séminaire de fin de projets est prévu en mars 2015. Une auto évaluation sera demandée aux équipes projets et une évaluation externe sera réalisée en 2015.

Sous objectif : Répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.	INCa	Planning respecté
2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.	DGESIP	Planning respecté
2.18	Intégrer dans les travaux du CORETAH une réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD afin d'assurer la continuité des traitements du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 17.5 et 17.7.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre des actions 17.5 et 17.7.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.	DSSIS	Planning respecté
2.20	Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital. (en lien avec l'action 7.3)	INCa	Planning respecté
2.21	Développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.	DGOS	Planning respecté
2.22	Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.	INCa	Planning respecté

Commentaire

- o 2.19 : Le planning prévisionnel est globalement respecté. La sous-action 2.19.3 qui correspond à la diffusion de l'instruction relative à la promotion de l'usage de la messagerie sécurisée de santé (MSS, action DGOS) est en cours : le texte de l'instruction doit évoluer à la demande de la CNAMTS pour intégrer plus explicitement le DMP. Un prochain passage en CNP est prévu au début 2015. L'action 7.3 y est associée, les travaux ont débuté en 2014 avec la mise en place d'un groupe de travail pour définir le contenu minimum du programme personnalisé de soins (PPS) et sa démarche d'utilisation.
- o 2.20 : Le projet est associé à l'action 2.19.3 dont les travaux ont débuté en 2014.
- o 2.21 : La DGOS a lancé début 2014 et pour une durée de quatre ans des expérimentations au sein de 9 régions pilotes afin d'évaluer les effets d'une tarification des actes de télémédecine en vue de leur généralisation. Les pathologies et spécialités pour lesquelles les expérimentations seront conduites concernent la prise en charge des plaies chroniques et complexes, la psychiatrie, la gériatrie, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale.

O 3 : ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

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

Sous objectif : Sécuriser l'utilisation des chimiothérapies orales

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.	INCa	Planning respecté
3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.	DGOS	Retard mineur
3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.	INCa	Planning respecté
3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.	DGOS	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
3.2	Analyse des offres suite à l'appel à projets ANFH	15/10/14	En cours	Retard mineur
	Etat des lieux sur les parcours patients traités par chimiothérapie orale à partir des bases de données existantes en lien avec la CNAMTS	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
3.4	Etat des lieux sur les conditions de prescription et de délivrance de l'ensemble des chimiothérapies orales (ANSM, INCA)	15/11/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 3.1 : une page web répertoriant les productions régionales sur le bon usage des chimiothérapies orales à destination des professionnels d'une part et à destination des patients d'autre part a été créée sur le site du ministère de la Santé. Des recommandations nationales sont en cours d'élaboration sur la prévention et la gestion des effets indésirables des thérapies ciblées. La publication des premières recommandations est prévue au premier trimestre 2015 et concernera des molécules indiquées en hématologie.
- 3.4 : Cette action est à mener en cohérence avec les travaux du groupe de travail DGOS sur les chimiothérapies orales et du CORETAH CANCER. L'état des lieux devrait intervenir en janvier 2015.

Sous objectif : Développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
3.5	Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.	HAS	Achevée
3.6	Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.	DGOS	Planning respecté

3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.	DGOS	Retard mineur
-----	---	------	---------------

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
3.7	Définition du cahier des charges national de l'expérimentation de chirurgie ambulatoire	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 3.5 : La HAS a engagé un programme de travail sur la chirurgie ambulatoire consistant en l'élaboration de productions sur 6 axes de travail. Ainsi, un socle de connaissance, des recommandations organisationnelles, un état de lieux et perspectives sur la tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger ont notamment déjà été publiés. Le dernier travail mis en ligne en juillet 2014, porte sur la prise en charge et l'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire. Ces productions constituent donc un cadre de référence applicable à la cancérologie. En conséquence, la mise en ligne du travail sur la prise en charge et l'éligibilité des patients en chirurgie ambulatoire constitue le dernier jalon sur cette mesure.
- 3.6 : Dans le champ général des indicateurs qualité en cancérologie, une réunion DGOS HAS INCa a permis la définition des grands principes de travail et a acté la participation de l'INCa au comité de pilotage des indicateurs sécurité des soins. Dans le champ spécifique de la chirurgie ambulatoire, l'expérimentation inclura le suivi d'indicateurs des organisations en place.
- 3.7 : Des travaux techniques préalables DGOS/INCa, conduits au cours du second semestre 2014 ont permis de définir les objectifs de l'expérimentation et les conditions de son déroulement. Ils donneront lieu à un cahier des charges national qui paraîtra en début d'année 2015 et permettra d'organiser la sélection des équipes hospitalières volontaires pour intégrer l'expérimentation.

Sous objectif : Favoriser le développement de la radiologie interventionnelle

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
3.8	Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés.	DGOS	Planning respecté
3.9	Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques par les établissements pilotes.	INCa	Non commencée
3.10	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle.	DGOS	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
3.10	voir action 3.8	14/10/14	Non débutée	Retard mineur

Commentaire

- 3.8 et 3.10 : Plusieurs cadres de réflexion ont été posés en 2014 et concourront à améliorer la prise en compte de la radiologie interventionnelle et à encadrer son exercice:
 - Dans le projet de loi de santé, la DGOS propose d'introduire une disposition (article 50) visant à faire évoluer le régime des autorisations dans une logique d'actualisation et de simplification. Cette évolution du régime juridique permettra de prendre en compte dans l'encadrement des activités de soins des techniques nouvelles, dont la radiologie interventionnelle.
 - La DGOS a engagé en fin d'année 2014 des échanges techniques avec les représentants des radiologues autour des thématiques de travail prioritaires dans le champ de la radiologie. La radiologie interventionnelle sera l'un des sujets majeurs traités dans le cadre de ces travaux.
 - Enfin, la DGOS a déposé une demande d'évaluation sur les actes interventionnels de destruction tumorale percutanée avec guidage par imagerie à la nomenclature CCAM. La demande n'étant pas focalisée en termes de techniques et d'organes, elle n'a finalement pas été priorisée par la DGOS.
 - Dans le cadre de la campagne, la problématique de la valorisation tarifaire des actes de RI en cancérologie est prise en compte et des nouvelles classifications sont faites (ex: la radiofréquence hépatique en 2014)

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
3.11	Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.	DGOS	Planning respecté
3.12	Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.	DGOS	Planning respecté
3.13	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie prenant en compte le nombre de séances, mais aussi d'autres critères pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
3.14	Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.	DGOS	Planning respecté
3.15	Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.	DGOS	Planning respecté
3.16	Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie)	DGOS	Planning respecté

Commentaire

- 3.11 et 3.15 : L'identification des indications et bonnes pratiques de radiothérapie de haute précision est un élément préalable à la définition d'un maillage territorial adapté en radiothérapie. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité plusieurs types de travaux d'expertise en 2014 :
 - saisine de l'INCa fin 2013, visant des recommandations d'utilisation de la RCMI pour les localisations sein et prostate
 - La HAS évalue actuellement la RCMI dans deux indications : le col de l'utérus et le canal anal. Cette évaluation est en cours de finalisation. A cette occasion, la HAS pourrait se prononcer sur ses attentes en matière d'évaluation des nouvelles techniques de radiothérapie.
- 3.12 : Les travaux expérimentaux, conduits en application de l'article 43 de la LFSS pour 2014 en vue d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, concourent au rapprochement des systèmes de codage et tarification de la radiothérapie publique et privée. L'expérimentation a démarré en début d'année 2014 sur les localisations sein et prostate avec la conduite dans un premier temps de travaux d'expertise:
 - appel à candidature en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires
 - démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014
 Au total, 63 centres de radiothérapie sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 participent également à l'étude de coûts. Sur la base des conclusions de ces enquêtes, s'engageront au 1er semestre 2015 des travaux permettant de définir le modèle de financement innovant le plus approprié.
- 3.16 : Le recueil d'éléments de comparaison internationale et l'établissement d'indications pour les équipements de protonthérapie et de radiothérapie peropératoire sont des éléments indispensables à une régulation adaptée dans ce domaine. Pour disposer de ces éléments d'information, la DGOS a sollicité en 2014 la réalisation de plusieurs travaux :
 - demande d'inscription au programme de travail 2015 de la HAS des indications et de la population cible de la protonthérapie, qui n'a finalement pas été priorisée par la DGOS.
 - la demande d'inscription de l'acte de radiothérapie per-opératoire à la nomenclature CCAM est inscrite au programme de travail. Son démarrage est conditionnée à l'obtention des résultats de l'analyse médicoéconomique, attendue selon l'INCa, fin T1 2015.

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

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

Sous objectif : Créer et reconnaître de nouveaux métiers

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
4.1	Créer le métier d'infirmier clinicien et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.	DGOS; DGESIP	Retard mineur
4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.	DGOS; DGESIP	Retard mineur
4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.	DGOS; DGESIP	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
4.1	Démarrage des travaux portant sur le référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences	31/10/14	Non débutée	Retard mineur
4.2	Elaboration du référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences	31/12/14	En cours	Retard mineur
4.3	Elaboration du référentiel d'activités + Elaboration du référentiel de compétences	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 4.1 : L'article 30 du projet de loi de santé pose le principe d'un exercice avancé pour l'ensemble des professions paramédicales et en définit les lignes de force. Le comité de coordination "chantier de la loi" a validé une fiche projet en ce sens, pour mener une concertation avec les représentants professionnels.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
4.4	Améliorer la formation diplômante des médecins oncologues.	DGESIP	Planning respecté

4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.	DGOS	Non commencée
4.6	Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocyto-pathologie.	DGESIP	Planning respecté
4.7	Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.	INCa	Non commencée

Commentaire

- o 4.1 : Créer le métier d'infirmier en pratique avancée: L'article 30 du projet de loi de santé pose le principe d'un exercice avancé pour l'ensemble des professions paramédicales et en définit les lignes de force. Le comité de coordination "chantier de la loi" a validé une fiche projet en ce sens, pour mener une concertation avec les représentants professionnels.
- o 4.2 : Le groupe de travail chargé de mener les travaux sur la " Reconnaissance de la profession de radiophysicien en tant que profession de santé" s'est réuni 4 fois en 2014 : la dénomination de la profession a été arbitrée (dénomination de "physicien médical" retenue), son positionnement dans le code de la santé publique a été arbitré (ajout d'un nouveau titre dans le livre 2 de la 4ème partie du CSP) et l'élaboration des référentiels activités/compétences est en cours de finalisation. Prochaine rencontre prévue en début d'année 2015.
- o 4.3 : Le groupe de travail chargé de mener les travaux sur la" Reconnaissance de la profession de dosimétriste en tant que profession de santé" s'est réuni 4 fois en 2014 : l'accès à la profession a été arbitré au regard du bilan de la démographie actuelle de la profession dressé (création d'une spécialité du métier de manipulateur d'électroradiologie médicale en dosimétrie) et l'élaboration des référentiels activités/compétences est en cours de finalisation. Prochaine rencontre prévue en début d'année 2015.

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

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
<p>Evolution, par rapport à 2013, du nombre de personnes incluses dans les essais cliniques thérapeutiques en cancérologie</p> <p>Source : Numérateur : nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques de l'année considérée Dénominateur : nombre de personnes incluses dans les essais thérapeutiques en 2013</p>			%
<p>Proportion d'essais cliniques de phase précoce ouverts aux enfants dans les CLIP² ayant une compétence pédiatrique</p> <p>Source : CLIP²</p>			%
<p>Proportion d'enfants de moins de 18 ans inclus dans les essais cliniques de phase précoce</p> <p>Source : Numérateur : SFCE - Société Française de lutte contre les Cancers et leucémies de l'Enfant et de l'adolescent / Intergroupe pédiatrique Dénominateur : Registres pédiatriques des cancers ou PMSI MCO (ATIH)</p>			%
<p>Proportion de patients de plus de 75 ans inclus dans des essais cliniques</p> <p>Source : Numérateur : nombre de patients de 75 ans et plus inclus dans des essais ouverts Dénominateur : données incidence patients = 75 ans avec cancer</p>	4,67 %	01/12/14	%

Sous objectif : Faire évoluer la recherche clinique et translationnelle en cancérologie

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
5.1	Optimiser l'organisation de la recherche translationnelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.	Aviesan	Planning respecté
5.2	Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.	INCa; ITMO cancer	Non commencée
5.3	Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP2) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.	INCa; ITMO cancer	Planning respecté
5.4	Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.	LNCC (Ligue)	Planning respecté

Commentaire

- 5.1 : L'appel à projets de recherche translationnelle en cancérologie 2014 (PRTK2014) co-financé par l'INCa et la DGOS s'est déroulé conformément au calendrier prévu. 138 lettres d'intention ont été initialement soumises dont 47 ont été retenues à l'issue du 1er comité d'évaluation qui s'est déroulé le 19 juin 2014. 16 projets ont finalement été sélectionnés pour un financement suite au 2ème comité d'évaluation qui s'est déroulé le 27 novembre 2014.
- 5.2 : Les indicateurs des inclusions dans les essais cliniques en cancérologie pour l'année 2013 ont été recueillis et publiés dans le rapport scientifique 2013-2014. Le numérateur (nombre de patients inclus en 2013) est défini : 44000 patients.
- 5.3 : - Deux appels à projets « essai clinique précoce » ont été lancés au cours de l'année 2014, le 1er portait sur 5 molécules innovantes du laboratoire Novartis, le 2nd sur 6 molécules du laboratoire Astra Zeneca.
- L'appel à candidatures « labellisation de centres d'essais cliniques » a été lancé en juillet 2014, le comité d'évaluation se réunira en janvier 2015 et la nouvelle labellisation interviendra au cours du 1er semestre 2015.
- 5.4 : La participation des patients, à travers les comités de patients pour la recherche biomédicale, dans toutes les étapes de conception et de relecture des protocoles est mise en route. Une convention de partenariat INCa-LNCC est en cours de finalisation permettant de donner des moyens financiers suffisants pour le déploiement de cette mesure.
85 relecteurs composent le Comité de patients pour la recherche clinique - 97 protocoles ont été relus en 2014 (92 Notes d'information / 2 lettres d'intention PHRC / 3 pré-projets de protocoles (synopsis avancé).

Sous objectif : Promouvoir une politique globale du médicament en cancérologie

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
5.5	Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.	ANSM	Planning respecté
5.6	Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.	INCa	Planning respecté
5.7	Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.	HAS; ANSM	Planning respecté
5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.	CEPS	Retard mineur
5.9	Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.	CEPS	Planning respecté
5.10	Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.	DGOS	Planning respecté

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
5.8	Elaboration d'un rapport sur les procédures d'inscription des anticancéreux en 2013 et 2014	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 5.5 : Un groupe d'experts est en cours de création pour proposer des critères de priorisation du développement des médicaments.
- 5.6 :
- L'essai AcSé Vémurafénib (Accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes) a été initié en juillet 2014 ; 3 patients ont été inclus au 10 décembre 2014.
- 5.7 : 5 axes stratégiques de réflexion ont été identifiés dans l'action 5.7 et vont être investigués. Une étude de benchmark international portant sur la définition de l'innovation médicamenteuse en cancérologie et les dispositifs facilitant son accès doit encore être arbitrée.
- 5.8 : Les procédures d'inscription des médicaments anti-cancéreux ont fait l'objet d'un rapport qui sera finalisé en Février 2015, après validation lors d'un séminaire prévu en janvier 2015. Le comité de suivi des études en vie réelle se réunit régulièrement tous les trimestres. Il réunit la HAS et le CEPS.
- 5.9 : Le comité de suivi des études en vie réelle se réunit régulièrement tous les trimestres. Il réunit la HAS et le CEPS.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.	DGOS	Retard mineur
5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.	DSS	Retard mineur
5.13	Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.	ITMO Technologies pour la santé	Planning respecté

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
5.11	Conception du Comité de Veille Technologique (CVT) et définition du périmètre de la veille technologique	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
5.12	Publication DCE et décret simple pour application de l'article 52 LFSS 2014	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 5.11 : Les travaux visant à mettre en place une veille technologique nationale, intégrant notamment le domaine de la cancérologie, ont démarré en fin d'année 2014. S'engage, entre l'ensemble des administrations concernées (AVIESAN, DGOS, INCA, HAS, DGRI, DGRE, ANSM, etc) une phase de conception du projet : organisation du pilotage national et local, définition du process de remontée des données, périmètre des technologies éligibles, identification des acteurs locaux à mobiliser, etc. La structuration d'une veille technologique nationale permettra d'identifier et de prioriser les technologies au stade de leur émergence et de préparer ainsi, le plus en amont possible, leur entrée dans le processus de recherche, d'évaluation puis de financement.
- 5.13 : Le jalon est atteint. Les deux domaines de valorisation stratégique (DVS) du consortium de valorisation Aviesan ont été créés (fin novembre pour le dernier sur les DM) et les 2 personnes en charge de ces domaines sont recrutées et opérationnelles.

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

Indicateur	Valeur	Date	Rappel cible
<p>Nombre de patients bénéficiant d'un test moléculaire de recherche de mutation prédisposant au cancer</p> <p>Source : Laboratoires d'oncogénétiques</p>			
<p>Délai médian de rendu de résultat pour tout test de génétique constitutionnelle</p> <p>Source : Laboratoires d'oncogénétique</p>			
<p>Nombre de patients bénéficiant d'une analyse complète du génome tumoral</p> <p>Source : Structures de séquençage identifiées</p>			
<p>Nombre de tumeurs analysées sur un panel de 100 gènes pour lesquels on dispose de la thérapie ciblée</p> <p>Source : Plateformes de génétique moléculaire</p>			
<p>Nombre de tests réalisés sur les personnes atteintes d'un cancer de l'ovaire au stade métastatique</p> <p>Source : Dispositif d'oncogénétique</p>			

Sous objectif : Permettre un accès large au diagnostic individualisé

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
6.1	Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.	INCa	Planning respecté
6.2	Conforter l'accès aux tests moléculaires.	INCa	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
6.2	Réalisation d'une enquête sur l'accès aux tests moléculaires auprès des oncologues prescrivants des traitements par chimiothérapie	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

o 6.1 : 6.1.1 - Faciliter l'accès de tous au dispositif d'oncogénétique

La synthèse de l'activité d'oncogénétique 2013 a été publiée en décembre 2014. Elle intègre certaines nouveautés/mises à jour et se focalise particulièrement sur les délais de prise en charge.

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

Suite à un état des lieux sur le processus global de mise en œuvre du criblage des tumeurs du spectre du syndrome de Lynch au sein des régions, des actions visant à optimiser l'orientation des patients concernés vers le dispositif national d'oncogénétique ont été engagées et seront finalisées en 2015 : élaboration d'une plaquette d'information à destination des professionnels, rédaction d'un guide de bonnes pratiques, renforcement des interactions entre les professionnels concernés au sein des régions.

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

L'avis favorable de l'EMA pour l'octroi d'une AMM à l'Olaparib (octobre 2014) amène l'INCa et les acteurs du dispositif national d'oncogénétique (consultations et laboratoires) et des plateformes de génétique moléculaire des cancers à anticiper les possibles implications sur le plan des organisations, des circuits, des techniques, des responsabilités... Pour ce faire, un comité de cliniciens, oncogénéticiens et biologistes (juillet 2014) et un groupe de travail "laboratoires" (novembre 2014) ont été mis en place afin que des actions soient rapidement lancées, dès début 2015.

o 6.2 : Conforter l'accès aux tests moléculaires

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

- des réflexions ont débuté en concertation avec la DGOS pour adapter les modalités de financement des tests moléculaires au déploiement des nouvelles technologies de séquençage.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
6.3	Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.	INCa	Planning respecté
6.4	Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.	INCa	Planning respecté
6.5	Générer et comprendre les grandes données.	Aviesan	Retard mineur
6.6	Développer de nouveaux modèles expérimentaux pour valider les données de génomique, développer de nouveaux marqueurs dérivés de la protéomique, tester le criblage de nouveaux médicaments et valoriser ces programmes.	INCa; ITMO cancer	Planning respecté
6.7	Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins	Aviesan	Non commencée

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
6.5	Démarrage du groupe de travail	22/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 6.3 : Les essais Safir02-Breast et Safir02Lung sont ouverts aux inclusions depuis mars 2014 pour les cancers du sein et du poumon. Ils ont recours au NGS ciblé.
- 6.4 :
 - 9 projets pilotes ont été financés en 2014 pour l'implémentation du NGS ciblée à visée diagnostique dans les laboratoires d'oncogénétique et les plateformes de génétique moléculaire. Fin 2014, 10 laboratoires d'oncogénétique et 2 laboratoires de génétique moléculaire utilisent le NGS en routine clinique pour une partie de leur activité.
 - 4 équipes référentes en bioinformatique ont été sélectionnées. Ces équipes ont pour mission de développer des outils d'analyse bioinformatique des données générées en NGS et de mettre en place les conditions permettant la diffusion de ces outils à l'ensemble des plateformes.
 - Un groupe de travail a été mis en place sous l'égide de l'INCa pour établir des recommandations sur la validation technique du NGS en vue du passage en routine et, à terme, de l'accréditation des laboratoires selon la norme ISO 15189.
- 6.6 : En décembre 2014, l'ITMO Cancer a soutenu un nouveau projet de génomique dans le cadre du consortium international ICGC sur les leucémies polymphocytaires B.
Une réflexion a été initiée pour la mise en place d'un programme dédié à la validation fonctionnelle des données génomiques générées par les projets nationaux et internationaux .

II. PRÉSERVER LA CONTINUITÉ ET LA QUALITÉ DE VIE



O 7 : ASSURER DES PRISES EN CHARGE GLOBALES ET PERSONNALISÉES

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

Sous objectif : Fluidifier et adapter les parcours de santé

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
7.1	Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.	INCa	Planning respecté
7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.	INCa	Non commencée
7.3	Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.	INCa	Planning respecté
7.4	Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.	DGOS	Planning respecté
7.5	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	SGMAS	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
7.5	HAD : Premier bilan de l'application de la circulaire de déc. 2013, pour le maintien à domicile des personnes atteintes de cancer (chimiothérapie, soi	31/12/14	Non débutée	Retard mineur

Commentaire

- 7.3 : Afin de mieux de répondre aux besoins des patients et de prendre en compte les évolutions des prises en charge en cancérologie, les programmes personnalisés de soins et d'après cancer vont évoluer . Un groupe de travail "Métier" sera chargé de proposer un contenu minimum (les particularités propres à certaines populations, enfants notamment)devront être prises en compte), ainsi que des modalités d'utilisation en vue de l'intégration de ces outils dans le DCC (2015 pour le PPS et 2016 pour le PPAC).A terme ils seront intégrés dans le DCC.
- 7.4 : La consultation de fin de traitement est l'un des sujets de questionnement des organisations hospitalières pour mieux prendre en compte la nécessité d'articulation avec les professionnels de ville. Cette question fait partie du champ de réflexion du CORETAH cancer (action 17.3) qui a été constitué par la DGOS en mai 2014 et a pour objet d'anticiper l'impact des évolutions de parcours en cancérologie sur les organisations et les financements. Trois réunions plénières du comité se sont tenues et ont arrêté les priorités de travail: la promotion des prises en charge ambulatoires, l'accompagnement de l'essor des chimiothérapies orales et l'accompagnement de l'évolution des soins de support. Pour approfondir la réflexion sur ces thématiques prioritaires, trois groupes de travail techniques ont été constitués et ont démarré en novembre 2014 leurs travaux. A l'issue d'un partage préalable d'éléments de constat (phase en cours), ils présenteront mi 2015 au comité plénier leur analyse et leurs propositions pour permettre de répondre au mieux à ces enjeux.
- 7.5 : Le premier bilan de l'application de la circulaire de décembre 2013 pour le maintien à domicile des personnes atteintes de cancer est non débutée car dans l'attente de la parution du livrable de la HAS. L'enquête sur l'accès aux soins des personnes handicapées a été réalisée en 2014 (cf: instruction du 25 juillet). Une première synthèse des résultats a été communiquée aux directeurs de l'offre de soins des ARS le 25 novembre 2014.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
7.6	Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.	INCa	Planning respecté
7.7	Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.	DGOS	Planning respecté
7.8	Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.	DGCS	Planning respecté

Commentaire

- 7.7 : L'enjeu de l'accès aux soins de support fait l'objet d'une réflexion spécifique et prioritaire dans le cadre des travaux du CORETAH CANCER (voir fiche 17.3). Un groupe de travail spécifique, issu du CORETAH, est consacré à ce sujet et a démarré sa réflexion fin 2014. A l'issue d'une phase de partage de constats et d'expériences de terrain, le groupe élaborera des préconisations qui seront soumises au CORETAH CANCER mi 2015.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
----	--------------	-------------------------	----------------------

7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.	DGCS	Retard mineur
7.10	Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.	DGCS	Planning respecté
7.11	Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge.	DGOS	Planning respecté
7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.	DGCS	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
7.9	Identification des données disponibles	31/10/14	En cours	Retard mineur
	Mise en place d'un GT sur la connaissance des besoins et les pistes pour améliorer l'accès à des mesures de soutien à domicile.	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
7.12	Publication des décrets sur les LAM et les LHSS	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- o 7.09 : L'identification des données disponibles a été réalisée. Un travail est en cours pour compléter l'exploitation de ces données.
- o 7.11 : La LFSS 2015 prévoit l'engagement d'une expérimentation qui permette aux établissements de santé de proposer à leurs patients un hébergement non médicalisé de proximité, au-delà d'ailleurs du seul champ de la cancérologie. Sur la base de ces dispositions législatives, et après adoption d'un décret et d'un arrêté d'application, un appel à projet sera lancé au dernier trimestre 2015 auprès d'équipes hospitalières pour mettre en place le dispositif.
- o 7.12 : L'année 2014 a permis la création de 75 nouveaux lits halte soins santé (LHSS) et de 75 nouveau Lits d'accueil médicalisés (LAM). Ainsi les demandes d'extension et de création de LHSS parvenues depuis 2011 ont pu être satisfaites et le déploiement des LAM initié. Les décrets relatifs à la mise en œuvre et au fonctionnement de ces deux structures médico-sociales sont en cours de signature.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
7.13	Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée.	INCa	Planning respecté
7.14	Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients.	INCa	Planning respecté
7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	LNCC (Ligue)	Retard mineur
7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.	INCa	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
7.15	Cadrage de la mise en œuvre de l'action (avec l'INCa et la DGS) et identification des associations susceptibles d'être partenaires de l'action.	31/12/14	En cours	Retard mineur
	Etude sur la définition du patient ressource et création au sein de la Ligue d'un comité de pilotage pour étudier les modes de recrutement/formation	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
7.16	7.16.1 : Validation process final avec la Ligue	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 7.15 : Commentaire : Le Comité de pilotage chargé de mener cette mesure s'est réuni à 2 reprises en 2014 et va créer, début 2015 deux groupes de travaux :
 - 1 groupe sur le contenu pédagogique de la formation du patient ressource
 - 1 groupe sur le profil du patient ressourceLa rencontre entre la Ligue et les pilotes associés de la mesure (INCa et DGS) sera organisée dans le 1er trimestre 2015
- 7.16 : Les résultats à publier et la validation de ces résultats restent encore à déterminer. La recherche de solution à ces problématiques est responsable du retard constaté de la mise en œuvre de cette action.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
8.1	Assurer l'accès à la préservation de la fertilité	ABM	Planning respecté
8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.	INCa	Non commencée
8.3	Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers.	INCa	Planning respecté

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
8.4	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.	DGS	Retard mineur
8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.	INCa	Non commencée
8.6	Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés.	INCa	Planning respecté
8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.	Fondation ARC	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
8.4	Etat des lieux sur la prévention du tabagisme des patients dans 20 établissements autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer (INCa)	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
8.7	Validation du calendrier des actions à mener sur la durée du Plan par responsables de l'action, identification de potentiels partenaires	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 8.4 : Le remboursement du forfait TNS à hauteur de 150 euros est effectif depuis septembre 2014 pour les jeunes de 20-25 ans. Par contre, concernant spécifiquement les patients en ALD cancer, le triplement du forfait a été inscrit dans le plan national de réduction du tabagisme (PNRT, 2014) mais n'a pas été inscrit au PLFSS 2015
- 8.6 : Le travail d'expertise scientifique pour déterminer les bénéfices de l'activité physique pratiquée pendant et après les traitements d'un cancer, les freins et les facilitateurs de cette pratique ainsi que certaines conditions permettant son intégration dans le parcours du patient est en cours à l'INCa.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
9.1	Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation.	DGESCO	Planning respecté
9.2	Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant.	DGESCO	Planning respecté
9.3	Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur.	DGESIP	Planning respecté

Commentaire

- o 9.1 : Une information est à délivrer aux parents pour le sinformer que les personnels de santé de l'EN peuvent participer avec leur autorisation et dans le respect du secret médical à leur démarche d'accompagnement de leur enfant malade en expliquant aux enseignants les caractéristiques liées à la maladie, aussi bien les absences répétées pour traitement que la fatigabilité liée à celui-ci.
- o 9.2 : Les moyens de compensation pour la scolarisation des élèves atteints de maladie cancéreuse peuvent bénéficier :
 - d'une scolarisation à l'hôpital
 - d'un PAI permettant des aménagements de la scolarité
 - d'une scolarisation à distance par le CNDE
 - d'aménagements des conditions d'examens, en particulier conservation des notes, et/ou étalement des épreuves.
 L'élaboration d'un dépliant sera étudiée pour présenter ces diverses possibilités et les mettre à disposition des services hospitaliers accueillant les jeunes concernés.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.	DGEFP	Retard mineur
9.5	Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle.	DGT	Planning respecté
9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.	DGEFP	Retard mineur
9.7	Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.	DGT	Planning respecté

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
9.4	Améliorer la connaissance des dispositifs mobilisables en faveur du maintien ou du retour à l'emploi des personnes atteintes de cancer	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
9.6	Réaliser un état des lieux des actions conduites dans une approche pluridisciplinaire du maintien dans l'emploi	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- o 9.4 : Dans le cadre de la mise en oeuvre de la convention nationale multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés, les offres de services des différentes institutions intervenant dans le parcours de maintien en emploi des personnes en risque de désinsertion professionnelle en raison de leur état de santé ont été identifiées et mutualisées et des travaux de en vue de la production de plusieurs outils sont en cours (réalisation d'une cartographie institutionnelle et élaboration d'un cadre de référence sur le maintien en emploi),.
- o 9.5 : La convention Anact-CNAMTS-CNAV sur la prévention de l'usure professionnelle et l'emploi durable, signée le 30 juillet 2014, vise à accompagner le maintien en emploi des salariés confrontés au risque de désinsertion professionnelle grâce à une expérimentation dans cinq régions, qui permettra d'outiller les entreprises, notamment par l'action sur les conditions de travail.
- o 9.6 : Les conditions de mobilisation des SAMETH sont clairement répertoriées. Les actions de maintien transparaissent dans les PRITH, le bilan 2013 les valorise.
- o 9.7 : La DGT et la DGEFP ont contribué à l'élaboration des propositions dédiées à l'axe "maintien en emploi" débattues à l'occasion de la Conférence nationale du handicap.

Sous objectif : Atténuer les conséquences économiques du cancer

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.	DSS	Retard mineur
9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade	CNSA	Retard mineur
9.10	Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer.	DSS	Planning respecté
9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	DSS	Retard mineur
9.12	Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.	CNAMTS	Non commencée

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
9.8	Publication du décret sur les indemnités journalières en cas de cessation de travail due à la maladie	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
9.9	démarrage de la formation des futurs formateurs pour l'introduction des éléments spécifiques aux cancers de l'enfant dans les formations à destination	01/12/14	Non débutée	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
9.11	Prothèses capillaires : Validation note de cadrage, et appel à candidature groupe de travail	31/12/14	En cours	Retard mineur
	Prothèses mammaires : Publication au JO par le CEPS d'un avis de projet de nomenclature pour la révision des lignes génériques des prothèses mammaires	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- o 9.08 : Le décret sur les indemnités journalières en cas de cessation de travail due à la maladie devrait être publié en janvier 2015 pour une mise en œuvre par les caisses d'assurance maladie au 1er février 2015.
- o 9.11 : Afin de mieux prendre en charge les conséquences liées au cancer du sein, le remboursement de l'Assurance maladie a été élargi en 2014 en permettant la prise en charge de deux nouveaux actes à visée thérapeutique de symétrisation mammaire et en ouvrant au remboursement l'acte de reconstruction du sein par lambeau cutanéograisieux libre à pédicule perforant de l'abdomen avec anastomoses vasculaires (cet acte a été inscrit à la classification commune des actes médicaux et son tarif sera revalorisé au 1er janvier 2015). Ces prises en charges font suite aux évaluations et avis de la HAS : de juillet 2011 pour le lambeau (DIEP) et de juin 2012 pour la symétrisation.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
9.13	Instaurer un « droit à l'oubli ».	DSS	Planning respecté
9.14	Harmoniser les questionnaires de santé par pathologie.	DSS	Planning respecté
9.15	Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé.	DSS	Planning respecté
9.16	Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan.	DSS	Planning respecté

Commentaire

- 9.13, 9.14 et 9.15 : La première réunion du groupe de travail sur le "droit à l'oubli" de la Commission de suivi et de propositions AERAS a eu lieu le 6 novembre 2014. Une mission de l'IGAS a été désignée le 21 novembre 2014 pour appuyer les réflexions du groupe de travail consacré au "droit à l'oubli".
- 9.16 : - 1er indicateur : évolution du nombre des demandes d'assurance de prêts présentant un risque aggravé de santé (objectif: apprécier la notoriété de la convention et le recours au dispositif). Selon les dernières statistiques de la FFSA et du GEMA, 3,2 millions de demandes furent instruites en 2013 dont près de 14% présentaient un risque aggravé de santé (10 % en 2007).
- 2e indicateur : suivi des niveaux de surprime. (A titre illustratif : en 2013, pour la garantie décès, les surprimes sont dans 43% des cas inférieures à +50% du tarif standard (38% en 2007), pour la garantie "incapacité-invalidité" les surprimes sont dans 65% des cas inférieures à +50% du tarif standard (59% en 2007).).

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
9.17	Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer.	INCa	Planning respecté
9.18	Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population.	INCa	Planning respecté

Commentaire

- 9.17 : Les différents travaux (enquête vican 5, baromètre cancer, étude sur les freins à la reconstruction) ont commencé conformément aux calendriers.
- 9.18 : La convention de cession de données dans le cadre de la mise à disposition par la CNAM_TS d'une extraction spécifique de données du SNIR-AM pour la constitution de la cohorte cancer a été signée en octobre 2014. Les données sont en cours d'acquisition (la première année disponible est l'année 2010) et de chargement à l'INCa en vue de la constitution des premiers tableaux de bord.

III. INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET LA RECHERCHE



O 10 : LANCER LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME

Sous objectif : Définition des sous-objectifs en cours

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
10.00	Définition des actions en cours	INCa	Non commencée

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
11.1	Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre.	DGS	Planning respecté
11.2	Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool.	DGS	Planning respecté
11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.	INCa	Non commencée
11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.	DGS	Non commencée

Commentaire

- o 11.1 : Rédaction d'un rapport remis au Premier ministre avec propositions (MILDECA) : Groupe interministériel de travail en cours (2 réunions)

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.	DGS	Non commencée
11.6	Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique.	INPES	Planning respecté
11.7	Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.	DGS	Planning respecté

Commentaire

- o 11.6 : La fabrique à menus (Inpes) a fait l'objet d'une promotion auprès des médecins généralistes en 2014. Un comité de pilotage Inpes, pour l'identification des actions à mener pour développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique dès la maternelle jusqu'à l'université, a été créé.
- o 11.7 : Un référentiel "Agir pour un urbanisme favorable à la santé" a été publié en 2014, par la DGS et l'EHESP, pour aider les ARS à formuler leurs avis sanitaires sur les projets d'urbanisme (de type Zone d'action concertée); dans ce cadre, les aménagements favorisant les mobilités actives sont particulièrement encouragés. Adoption le 24 mars 2014 de la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) intégrant plusieurs dispositions favorables au développement des mobilités actives.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
11.8	Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfice/risque de la vaccination.	DGS	Planning respecté
11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.	INCa	Non commencée

11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.	DGS	Retard mineur
-------	---	-----	---------------

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
11.10	Réglementation pour les TROD communautaires hépatite C (DGS)	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- o 11.10 : En 2014, un rapport a été publié par la HAS pour préciser la place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Concernant les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de dépistage de l'hépatite B, le calendrier a été décalé

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
11.11	Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire.	DGESCO	Planning respecté
11.12	Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers.	INCa	Planning respecté
11.13	Améliorer la connaissance des perceptions et des comportements vis-à-vis des facteurs de risque de cancers.	INCa	Non commencée
11.14	Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements.	INCa	Planning respecté

Commentaire

- o 11.12 : Une proposition d'étude a été retenue. Elle démarrera courant mars 2015.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
12.1	Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérigènes (biologiques, physiques, chimiques).	DGT	Planning respecté
12.2	Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels.	DGT	Planning respecté
12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.	DGS	Retard majeur
12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.	INVS	Non commencée

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
12.3	Suivi post-professionnel des allocataires de l'ATA (CNAMTS)	01/09/14	En cours	Retard majeur

Commentaire

- o 12.1 : Le décret n° 2014-359 du 20 mars 2014 relatif à l'organisation du système d'inspection du travail a conduit à la création de deux dispositifs visant à rendre plus efficace et opérationnelle les actions pouvant concerner la prévention de risques cancérigènes : c'est ainsi qu'a été mis en place, au niveau central, le groupe national de veille, d'appui et de contrôle. Il a, par ailleurs été procédé au déploiement, sur la totalité du territoire national, de réseaux des risques particuliers ou d'unités de contrôle régionales chargée d'opérer un contrôle sectoriel ou thématique ou de prévenir des risques particuliers.
- o 12.2 : L'élaboration d'une recommandation de bonne pratique sur la prévention et la surveillance des travailleurs exposés à des agents cancérigènes pulmonaires trouve sa justification dans le fait que, sur les 2,2 millions de travailleurs exposés à un produit chimique cancérigène, une fraction élevée d'entre eux concerne des agents cancérigènes pulmonaires connus. L'objectif d'une meilleure prévention de ce risque se trouve par ailleurs renforcé par les ambitions portées par le plan national de réduction du tabagisme, la consommation de tabac constituant un facteur aggravant de l'exposition à certains risques, comme l'exposition aux fibres d'amiante. La convention DGT/SFMT a été signée le 17 septembre 2014 et les travaux d'élaboration de la recommandation sur la prévention et la surveillance des travailleurs exposés à des agents cancérigènes pulmonaires ont démarré en septembre 2014.
- o 12.3 : L'action est en cours, même si des difficultés techniques de mise en œuvre en a retardé la réalisation. Une part des allocataires de l'ATA sont en train d'être invités à bénéficier d'un suivi post professionnel et le dispositif d'aide au repérage de l'origine professionnelle des tumeurs de vessie est en cours de généralisation

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
12.5	Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale.	INVS	Planning respecté
12.6	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010.	DGEC	Planning respecté
12.7	Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique.	ASN	Planning respecté
12.8	Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels.	DGS	Planning respecté

12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérogènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).	INCa	Planning respecté
------	--	------	-------------------

Commentaire

- o 12.5 : Le numéro spécial Cancer des Cahiers de la recherche a été publié et distribué aux rencontres scientifiques du 28 novembre 2014. Il est en ligne sur le site de l'Anses (et en PJ) <https://www.anses.fr/fr/content/les-cahiers-de-la-recherche>
Les résultats de l'APR PNREST 2014 ont été publiés le 9 décembre. Sur 33 projets soumis, cinq sont soutenus par l'Institut thématique multi-organismes cancer (ITMO Cancer) d'AVIESAN (0,89 M€). <https://www.anses.fr/fr/content/programme-national-recherche-%C2%AB-environnement-sant%C3%A9-travail-%C2%BB-33-projets-s-%C3%A9lectionn%C3%A9s-57>
- o 12.9 : publication d'une fiche repères sur "Cancers et pesticides" et mise à jour de la rubrique Prévention du site e-cancer.fr sur les thématiques environnementales

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

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

Sous objectif : S'appuyer sur une recherche fondamentale compétitive

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
13.1	Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.	INCa; ITMO cancer	Planning respecté
13.2	Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d'excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).	INCa; ITMO cancer	Planning respecté

Commentaire

- o 13.1 : L'Institut National du Cancer et l'ITMO cancer d'Aviesan ont lancé plusieurs appels à projets de recherche fondamentale non fléchés afin de répondre aux priorités du Plan Cancer 2014-2019. L'ensemble des montants alloués aux projets dédiés à la recherche fondamentale est de 44.18 M€ pluriannuel, soit 53% des crédits de l'ensemble des appels à projets gérés par l'INCa et l'ITMO Cancer.
- o 13.2 : La procédure et le calendrier de l'évaluation à mi-parcours des SIRIC 2011 et 2012 ont été établis et validés avec les partenaires financeurs (la DGOS et l'INSERM pour le compte de l'ITMO Cancer). Un courrier d'information a été envoyé aux SIRIC.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.	DGESIP	Non commencée
13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en lien avec la cancérologie.	Aviesan	Planning respecté

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.	INCa; ITMO cancer	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
13.5	13.5.1 GLOBAL ALLIANCE : Signature de l'accord d'adhésion	30/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 13.5 : La signature de l'accord d'adhésion à la Global Alliance for Genomics and Health est en cours d'analyse juridique et stratégique. L'INCa, compte-tenu de son rôle de coordination et financement de la recherche et l'innovation, souhaite promouvoir une position commune avec les établissements français sur le partage des données cliniques et génétiques, avant de s'engager.

IV. OPTIMISER LE PILOTAGE ET LES ORGANISATIONS



O 14 : FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

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

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.	INCa	Retard mineur
14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.	INCa	Retard mineur
14.3	Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.	INCa	Retard mineur
14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.	INCa	Non commencée

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
14.1	Nomination de représentants des usagers au conseil scientifique et au comité de déontologie et d'éthique de l'INCa	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
14.2	Constitution du groupe de travail partenarial dédié	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
14.3	Constitution du groupe de travail partenarial dédié (cf.14.2)	31/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 14.1 : Trois représentants des personnes atteintes de cancer, de leurs proches et des usagers du système de santé et des personnes atteintes de cancer ont été nommés membres du comité de pilotage du Plan cancer 2014-2019 : la présidente de la Ligue nationale contre le cancer, la présidente du Collectif interassociatif de la santé et le président de l'Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou de leucémie. En outre, la participation de représentants des usagers et des personnes malades a été étendue à l'ensemble des instances consultatives de l'Institut national du cancer : un représentant a intégré le Comité de déontologie et d'éthique de l'INCa, et deux représentants sont en cours de nomination au conseil scientifique de l'Institut (en attente du décret).
- 14.2, 14.3, 14.4 et 14.5 : Le groupe de travail partenarial chargé de recenser, d'analyser et d'évaluer les pratiques innovantes en termes de participation des usagers dans le champ du cancer est en cours de constitution. Ce groupe appuiera également la mise en place de formation à destination des représentants des usagers et de leurs interlocuteurs professionnels dans le champ de la cancérologie.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.	CISS	Non commencée

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

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.	INCa	Planning respecté
15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.	INCa	Non commencée
15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.	INCa	Non commencée
15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	INCa	Retard mineur
15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.	INCa	Non commencée
15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.	INCa	Achevée

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
15.4	Rapport sur l'évolution de la trajectoire de soins des personnes atteintes d'un cancer du sein 2010-2012	30/12/14	En cours	Retard mineur

Commentaire

- 15.4 : L'actualisation de l'analyse portant sur les trajectoires de soins des personnes atteintes d'un cancer du sein a débuté. Les résultats sont en cours de validation.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.	INCa	Planning respecté
15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.	ASIP	Retard mineur
15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	INCa	Retard mineur
15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	INCa	Retard mineur

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
15.8	Cadrage de l'action : identification des enjeux et partenaires institutionnels (CNIL, INVs, Unicancer, DGS, porteurs de projets...)	31/12/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
15.9	Rédaction d'un cahier des charges sur la création d'un nouveau portail de données intégrant l'open data	30/11/14	En cours	Retard mineur
N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
15.10	Actualisation des fiches de contexte "cancer" sur le site "Score santé"	30/12/14	En cours	Retard mineur

O 16 : OPTIMISER LES ORGANISATIONS POUR UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE

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

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.	DGOS; DGS; DGRI	Planning respecté
16.2	Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.	INCa	Planning respecté
16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.	DGS	Achevée

Commentaire

- 16.1 : Un bilan de la mise en oeuvre du COP 2011-2014 a été réalisé par l'INCa et l'élaboration d'un nouveau contrat pour la période 2015-2018 est en cours.
- 16.3 : A la suite de l'annonce du Plan cancer 3 et son objectif 10 portant sur la mise en place d'un programme national de réduction du tabagisme, un comité de pilotage présidé par le Directeur général de la santé, associant l'INCa, l'INPES, la CNAMTS, la Mildeca, le SGMAS, a été mis en place le 14 mars 2014 afin de lancer le chantier d'élaboration du PNRT. Le copil s'est réuni à trois reprises entre le 29 avril et le 24 octobre.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
16.4	Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.	INCa	Non commencée
16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.	DGOS	Planning respecté

Commentaire

- o 16.5 : La réflexion sur la fluidité des parcours en cancérologie a donné lieu à une démarche concrète innovante en 2014: l'engagement d'une nouvelle phase de mise en place de postes d'infirmiers de coordination en cancérologie, adaptée aux enjeux de déport de la prise en charge vers le domicile. L'instruction DGOS aux ARS du 24 juillet 2014, définissant les objectifs et modalités de travail des équipes, a donné le feu vert de cette nouvelle phase. Fin 2014, le pool d'équipes pilotes est constitué. Les 45 équipes démarreront leur activité dès le début de l'année 2015. Elles contribueront à alimenter une analyse médico-économique de la plus-value de ce dispositif et à diffuser des outils et organisations adaptés pour répondre à l'enjeu de coordination ville-hôpital.

Sous objectif : Conforter la structuration de la recherche en régions

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
16.6	Recentrer les missions des cancéropôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).	INCa	Planning respecté
16.7	À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.	INCa	Planning respecté
16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.	INCa	Planning respecté

Commentaire

- o 16.7 : La période de lancement et de déroulement de l'appel à candidatures pour la nouvelle labellisation des SIRIC a été validée par l'INCa. La réflexion a été menée en tenant compte de la nécessité de synchroniser les calendriers et de lancer un AAC unique pour le renouvellement des SIRIC 2011 et 2012 et pour les nouvelles candidatures.
- o 16.8 : L'importance de l'articulation entre les cancéropôles et les SIRIC a été précisée dans les modalités de la nouvelle labellisation 2014 des cancéropôles notamment à travers le dossier de candidatures puis le Contrat d'Objectifs et de Performances qui a été signé par les structures inter-régionales. De la même façon, ce point fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours des SIRIC (section dédiée dans le rapport à compléter).

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
16.9	Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.	INCa	Planning respecté
16.10	Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.	INCa	Planning respecté
16.11	Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les États-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.	INCa	Planning respecté

Commentaire

- 16.09 : - L'INCa apporte un soutien financier au centre collaborateur de l'OMS "détection précoce et dépistage des cancers" de Turin pour la poursuite du réseau Euromed dédié au développement de programmes de prévention secondaire dans les pays du pourtour méditerranéen.
 - L'INCa apporte également un soutien financier à l'initiative mondiale pour le développement des registres du cancer (GICR), coordonnée par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). ce soutien cible deux registres du cancer en Afrique francophone.
 - L'INCa travaille étroitement avec AORTIC (l'organisation africaine pour la recherche et l'enseignement sur le cancer), le NCI américain, l'AC3 (African Caribbean cancer Consortium) et PASA (Pan African Urological Surgeons Association) au développement de nouveaux réseaux recherche/santé publique en Afrique francophone, ciblés sur les cancers du col de l'utérus et de la prostate.
- 16.10 : - L'INCa renforce ses liens avec les partenaires d'Aviesan Sud en finançant des projets de recherche en Asie (Laos, Thaïlande,) et en Afrique (Gabon, Madagascar, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal). Le renouvellement de l'accord-cadre de partenariat signé avec l'IRD s'inscrit dans cette coordination stratégique.
 - L'INCa apporte son soutien à des projets de recherche sur les cancers liés aux infections, qui sont dominants dans les pays du Sud, en vue de définir une stratégie de prévention et d'évaluer la valeur prédictive des différentes méthodes de dépistage.
 - L'INCa est à l'initiative du développement d'un réseau collaboratif associant 5 pays d'Afrique francophone (Sénégal, Gabon, Côte d'Ivoire, Cameroun, et Madagascar) pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus.
 - L'INCa a organisé une réunion de préfiguration avec des représentants de 9 pays africains pour la mise en place d'un réseau francophone de recherche sur le cancer de la prostate incluant des équipes de France métropolitaine, des Antilles et d'Afrique subsaharienne.
- 16.11 : - L'INCa a accueilli la réunion internationale 2014 des financeurs de la recherche sur le cancer de 23 pays. Cinq enjeux transnationaux majeurs ont été identifiés : la nutrition, la génomique et le partage des données, la lutte contre le tabagisme, la lutte contre les infections à HPV, les essais cliniques internationaux et l'accès aux médicaments, en particulier pour les enfants. L'INCa participe activement aux groupes de travail mis en place dans chacun de ces domaines, en particulier dans la lutte contre le tabagisme. L'INCa s'est associé à la déclaration de Melbourne qui appelle une action internationale et de la recherche pour la lutte contre le tabac et le cancer.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
17.1	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 3.10 et 3.8.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre des actions 3.10 et 3.8.
17.2	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
17.3	Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.	DGOS	Planning respecté
17.4	Redéfinir les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant et de la valeur ajoutée d'une molécule permettant d'accélérer l'accès des patients aux réelles innovations : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.

Commentaire

- o 17.3 : La question de la prise en compte des innovations fait partie du champ de réflexion du CORETAH cancer qui a été constitué en mai 2014 par la DGOS pour anticiper l'impact des évolutions de parcours en cancérologie sur les organisations et les financements. Trois réunions plénières du comité se sont tenues et ont arrêté les priorités de travail: la promotion des prises en charge ambulatoires, l'accompagnement de l'essor des chimiothérapies orales et l'accompagnement de l'évolution des soins de support. Pour approfondir la réflexion sur ces thématiques prioritaires, trois groupes de travail techniques ont été constitués et ont démarré en novembre 2014 leurs travaux. A l'issue d'un partage préalable d'éléments de constat (phase en cours), ils présenteront mi 2015 au comité plénier leur analyse et leurs propositions pour permettre de répondre au mieux à ces enjeux.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
17.5	Engager, dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière et dans le cadre des travaux sur les nouveaux modes de rémunération dans le cadre conventionnel, une réflexion sur une évolution des modes de financement apte à garantir un parcours fluide et sûr (notamment entre ville et hôpital) et une prise en charge globale (intégrant les soins de support) dans le champ du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.
17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».	DGOS	Planning respecté
17.7	Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.	DGOS	Planning respecté

N°	Tâche / Jalon	Date	Statut	État Jalon
----	---------------	------	--------	------------

17.5	Action suivie dans le cadre de l'action 17.3 du Plan cancer	15/10/14	En cours	Retard mineur
------	---	----------	----------	---------------

Commentaire

<p>o 17.6 : L'expérimentation conduite, en application de l'article 43 de la LFSS pour 2014, en vue d'un nouveau modèle de financement de la radiothérapie, est la concrétisation d'une réflexion sur un financement au parcours. Elle a pour objectif de prendre en compte toutes les composantes du parcours de soins lors du traitement du cancer en radiothérapie et accompagnant l'évolution des techniques et d'être plus adapté aux impératifs de qualité et de sécurité des soins dus à chaque patient.</p> <p>L'expérimentation a démarré en début d'année 2014 sur les localisations sein et prostate avec l'engagement des actions préalables suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - appel à candidature en mars 2014 auprès d'équipes de radiothérapie volontaires - démarrage des enquêtes de coût et de pratiques en juillet 2014 <p>Au total, 63 centres de radiothérapie sont mobilisés pour l'enquête de pratiques, dont 30 participent également à l'étude de coûts.</p> <p>Sur la base des conclusions de ces enquêtes, s'engageront au 1er semestre 2015 des travaux permettant de définir le modèle de financement innovant le plus approprié.</p>
--

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
17.8	Accélérer en lien avec les travaux issus du contrat de filière des industries de santé le processus de tarification des actes et traitements innovants validés en pratique clinique afin de permettre le redéploiement des financements d'initiation de l'INCa et de la DGOS vers des actes et dispositifs émergents : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.
17.9	Favoriser grâce au suivi de la qualité des pratiques cliniques, à des critères d'agrément exigeants et aux recommandations de bonne pratique la pertinence des actes et la focalisation des moyens sur les prises en charge conformes aux standards : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 2.4, 2.6 et 2.7.	DGOS	Mise en œuvre dans le cadre des actions 2.4, 2.6 et 2.7.
17.10	Contribuer, grâce aux campagnes d'information sur les dépistages organisés des cancers, à la réduction des actes de dépistage inopportuns par leur nature ou leur fréquence : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.

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

État d'avancement des actions

N°	Libellé long	Responsable de l'action	État calculé / Jalon
17.11	Maintenir le principe d'appels à projets libres et compétitifs comme principale modalité de sélection des projets de recherche sur le cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.	INCa	Mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.
17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.	INCa; ITMO cancer	Planning respecté
17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.	INCa	Planning respecté

o 17.12 : Conforter le suivi scientifique des projets financés

En 2014, les ministres chargés de la recherche et de la santé ont confié à AVIESAN la mission de « préparer un plan d'action et d'organiser la programmation de la recherche en santé », dans l'optique d'une mise en œuvre en 2015. Un « comité de pilotage » réunissant les principaux acteurs institutionnels a été réuni, et a entre autres souhaité la mise en place de trois groupes de travail (GT) thématiques: GT1 « aspects logistiques/ organisationnels » (pilotage DGOS), GT2 « évaluation » (pilotage DGS) et GT3 « programmation scientifique » (pilotage ITMO santé publique, un sous-GT par ITMO).

L'analyse de ces groupes porte sur les réponses apportées par l'ensemble des structures associées aux ministères chargés de la recherche et/ou de la santé et responsables d'appels à projets de recherche en santé. Elle permet de mettre en évidence que les méthodologies suivent une trame globalement commune (évaluation externe/ comité scientifique/ pilotage stratégique). Néanmoins, aucun AAP n'est superposable à un autre, mais il semble souhaitable de converger vers des procédures communes ou cohérentes pour chacune des étapes. L'ordre et les échéances des sujets à traiter doivent être déterminés par le comité de pilotage, en prenant en compte d'une part les bénéfices attendus, notamment pour les chercheurs, d'autre part les difficultés prévisibles et/ou la complexité du travail à réaliser.

Par ailleurs, dans le cadre de l'évolution de ses systèmes d'information, l'INCa développe un outil de Gestion Intégrée des Projets Suivis par l'Institut. Ce projet repose sur 3 lots de développements. En 2014, le 1er lot a été consacré à :

-la gestion des utilisateurs (profil, organismes, DPI)

-la gestion des comités, instances et groupes de travail

-la gestion des appels à projet (publication des appels à projets, soumission des projets).

A partir de 2015, de nouveaux lots seront développés à des fins de suivi dématérialisé des projets financés.

o 17.13 : Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie. En 2014, la réflexion a été initiée avec différents partenaires financeurs de la recherche ainsi que du Plan Cancer 3 sur le territoire national (INSERM, Cancéropôle, ANR...) et a permis d'identifier les intérêts communs à mettre en œuvre une méthodologie d'évaluation ex post ainsi que de disposer d'outils adaptés pour les évaluations ex ante (cf action 17.12) et post.

185 actions par État calculé

État calculé	3	Libellé
Achevée	3.5	Préciser, en lien avec les professionnels et sur la base de données de la littérature, les actes de chirurgie oncologique pouvant être réalisés en ambulatoire.
	15.6	Mettre à disposition des indicateurs d'évaluation de la lutte contre les cancers.
	16.3	Associer la MILDT aux actions du Plan cancer à mener dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives, ainsi qu'à leur suivi.
	3	
État calculé	29	Libellé
Non commencée	1.4	Mettre en place une évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour guider et réajuster les dispositifs.
	2.1	Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.
	2.8	S'assurer qu'un patient nécessitant une prise en charge complexe soit adressé vers une équipe ayant les compétences et la capacité technique adaptées.
	2.9	Définir dans chaque discipline de prise en charge ce qui relève d'un équipement de « centre de proximité » et ce qui relève d'une structure de « recours » intégrant des techniques hautement spécialisées.
	2.12	Faciliter pour chaque patient l'accès à un second avis concernant sa prise en charge et les options thérapeutiques, conformément à la loi du 4 mars 2002.
	2.15	Identifier et labelliser des centres de référence au niveau national pour les prises en charge des enfants présentant des tumeurs rares.
	3.9	Favoriser la diffusion et l'évaluation des techniques par les établissements pilotes.
	4.5	Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie.
	4.7	Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la santé et recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.
	5.2	Inclure 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques en 2019.
	6.7	Développer des algorithmes d'identification des anomalies moléculaires responsables des cancers et rendre prioritaires les projets visant à développer les outils d'aide à la décision thérapeutique dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins
	7.2	Adapter et renforcer le dispositif d'annonce.
	8.2	Structurer le suivi de long terme des enfants et adolescents.
	8.5	Mieux prendre en considération la consommation d'alcool des patients atteints de cancer et informer sur ses dangers.
	9.12	Objectiver les restes à charge des personnes atteintes de cancer.
	10.00	Définition des actions en cours
	11.3	Améliorer les connaissances sur les liens entre alcool et cancer.
	11.4	Expérimenter et conduire des actions de prévention de la consommation excessive d'alcool.
	11.5	Faciliter les choix alimentaires favorables à la santé.
	11.9	Sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt pour leurs patients infectés par le VHB ou le VHC de contrôler leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie.
	11.13	Améliorer la connaissance des perceptions et des comportements vis-à-vis des facteurs de risque de cancers.
	12.4	Soutenir la surveillance épidémiologique et la recherche pour améliorer les connaissances sur les cancers professionnels.
	13.3	Faire évoluer les formations initiales pour répondre aux besoins de la recherche en cancérologie.
	14.4	Évaluer de façon qualitative, au terme du Plan cancer, les dispositifs de démocratie sanitaire déployés.
	14.5	Apporter une formation spécifique aux représentants des usagers et à leurs interlocuteurs professionnels (administrateurs ou professionnels de santé et de la recherche) dans un objectif de co-construction des politiques et des actions de lutte contre les cancers.
	15.2	Renforcer l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé des cancers.

Non commencée	15.3	Faire du dossier communicant de cancérologie un outil d'observation et d'évaluation des soins au niveau local, régional et national.
	15.5	Développer l'évaluation en économie de la santé.
	16.4	Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures.
	29	
État calculé	104	Libellé
Planning respecté	1.1	Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé.
	1.2	Améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti-papillomavirus en renforçant la mobilisation des médecins traitants et en diversifiant les accès, notamment avec gratuité, pour les jeunes filles concernées.
	1.3	Assurer aux femmes chez lesquelles une anomalie a été détectée une prise en charge adaptée.
	1.5	Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.
	1.6	Accroître l'efficacité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal.
	1.9	Améliorer l'information des populations concernées par les dépistages pour leur permettre de faire des choix éclairés.
	1.11	Développer et accompagner le transfert des innovations technologiques et organisationnelles en matière de dépistage des cancers.
	2.2	Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.
	2.3	Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP.
	2.4	Garantir une amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge en mobilisant les dispositifs de certification, d'accréditation et en assurant une diffusion publique des indicateurs de qualité.
	2.6	Faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation.
	2.7	Définir et diffuser auprès des professionnels de santé et du public les pratiques cliniques de référence.
	2.10	Garantir à chaque malade que la proposition thérapeutique qui lui est faite a pu s'appuyer sur l'avis d'une RCP spécialisée lorsque la situation ou la complexité de sa prise en charge le justifient.
	2.13	Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social.
	2.14	Harmoniser l'organisation des dispositifs de double lecture des prélèvements tumoraux entre les différents cancers rares de l'adulte et mettre en place un dispositif de double lecture des tumeurs solides malignes de l'enfant.
	2.16	Améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment en s'appuyant sur une recherche clinique renforcée pour cette population.
	2.17	Inclure une formation en gériatrie dans le DES d'oncologie et dans la formation de cancérologie.
	2.19	Généraliser le dossier communicant de cancérologie (DCC) et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.
	2.20	Faire évoluer les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer (PPAC), intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital. (en lien avec l'action 7.3)
	2.21	Développer la télémédecine notamment pour les départements d'outre-mer dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.
	2.22	Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.
	3.1	Définir les bonnes pratiques d'utilisation des chimiothérapies orales pour accompagner les professionnels en ville et à l'hôpital.
	3.3	Impliquer le patient en développant l'éducation thérapeutique en cancérologie.

- 3.6 Pour les actes de chirurgie en ambulatoire ayant démontré leur bénéfice pour les patients et leur faisabilité, les inscrire dans la politique d'incitation tarifaire ou de contractualisation et mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- 3.8 Améliorer la lisibilité de l'offre en identifiant les équipes pratiquant la radiologie interventionnelle, et le repérage des actes concernés.
- 3.11 Garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie sur le territoire et en améliorer la lisibilité afin de faciliter les orientations adéquates des patients et réduire les délais d'accès.
- 3.12 Harmoniser et rapprocher le système de codage des actes de radiothérapie dans les secteurs publics et privés, afin de pouvoir piloter une politique nationale en matière de radiothérapie.
- 3.14 Évaluer globalement la démarche de qualité/analyse de risque, mise en place et soutenue dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, et inciter les équipes à s'inscrire dans une démarche d'évaluation médico-économique.
- 3.15 Organiser un maillage territorial adapté pour les équipements de haute technicité en s'appuyant sur des recommandations sur leurs indications.
- 3.16 Réguler au niveau national l'offre en équipement lourd, particulièrement coûteux (exemple : protonthérapie)
- 4.4 Améliorer la formation diplômante des médecins oncologues.
- 4.6 Améliorer la formation des professionnels de l'anatomocytologie-pathologie.
- 5.1 Optimiser l'organisation de la recherche translationnelle en associant les financements institutionnels (DGOS/ITMO Cancer/INCa via le budget de l'ANR) dans des appels à projets uniques de l'INCa.
- 5.3 Poursuivre l'effort de développement de centres d'essais précoces (CLIP2) pour une meilleure couverture territoriale et favoriser la création de centres dédiés aux enfants.
- 5.4 Associer les patients et leurs représentants aux essais cliniques et dans le parcours permettant l'accès à ces recherches.
- 5.5 Définir des priorités en matière de développement des médicaments anticancéreux.
- 5.6 Adapter les essais cliniques aux évolutions conceptuelles induites par l'arrivée des thérapies ciblées.
- 5.7 Faire évoluer les dispositifs d'évaluation des médicaments anticancéreux.
- 5.9 Anticiper l'impact économique de l'innovation pour garantir son accès à tous dans la durée.
- 5.10 Lutter contre les inégalités d'accès aux médicaments et les pertes de chance.
- 5.13 Accompagner les projets de valorisation des innovations technologiques en imagerie, chirurgie et robotique, et dans les nouvelles sources biophysiques, conformément au contrat de la filière Industries et technologies de santé.
- 6.1 Faire évoluer le dispositif d'oncogénétique et améliorer son accès.
- 6.3 Mettre en œuvre dès 2014 des essais cliniques incluant l'analyse de l'exome tumoral sur 3 000 patients atteints de cancers du sein, cancers du côlon, cancers du poumon et sarcomes pour démontrer la faisabilité à grande échelle de ces approches et leur utilité dans la prise en charge des patients.
- 6.4 Soutenir la mise en œuvre et la réalisation du séquençage à haut débit de l'ensemble des cancers à la fin du Plan.
- 6.6 Développer de nouveaux modèles expérimentaux pour valider les données de génomique, développer de nouveaux marqueurs dérivés de la protéomique, tester le criblage de nouveaux médicaments et valoriser ces programmes.
- 7.1 Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer.
- 7.3 Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins.
- 7.4 Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.
- 7.6 Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.
- 7.7 Améliorer l'accès à des soins de support de qualité.
- 7.8 Apporter des solutions de garde d'enfants pendant les rendez-vous médicaux et les traitements des parents.
- 7.10 Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants.

Planning respecté

- | | |
|-------|--|
| 7.11 | Promouvoir l'accès à des solutions d'hébergement adaptées à l'évolution des prises en charge. |
| 7.13 | Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée. |
| 7.14 | Promouvoir le développement de programmes d'éducation thérapeutique des patients. |
| 8.1 | Assurer l'accès à la préservation de la fertilité |
| 8.3 | Améliorer la prise en compte des séquelles physiques des traitements des cancers. |
| 8.6 | Promouvoir chez les patients atteints de cancer l'activité physique et les comportements nutritionnels adaptés. |
| 9.1 | Améliorer l'accès aux aménagements pour le maintien de la scolarisation. |
| 9.2 | Veiller aux besoins de compensation liés à la maladie et aux traitements des cancers de l'enfant. |
| 9.3 | Sécuriser le parcours des étudiants atteints de cancer dans l'enseignement supérieur. |
| 9.5 | Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle. |
| 9.7 | Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer. |
| 9.10 | Permettre un égal accès aux actes et dispositifs de reconstruction après un cancer. |
| 9.13 | Instaurer un « droit à l'oubli ». |
| 9.14 | Harmoniser les questionnaires de santé par pathologie. |
| 9.15 | Clarifier le rôle des médecins traitants et développer l'accompagnement des candidats à l'emprunt pour le remplissage des questionnaires de santé. |
| 9.16 | Suivre l'évolution de l'impact de la convention AERAS sur la durée du Plan. |
| 9.17 | Conforter et coordonner les dispositifs d'observation et de recherche sur la vie pendant et après le cancer. |
| 9.18 | Étudier les trajectoires des personnes atteintes de cancer à travers les bases de données publiques et les cohortes en population. |
| 11.1 | Améliorer le respect des mesures d'encadrement de l'offre. |
| 11.2 | Aider les personnes à l'arrêt de la consommation excessive d'alcool. |
| 11.6 | Développer l'éducation et la promotion de la nutrition et de la pratique physique. |
| 11.7 | Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien. |
| 11.8 | Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB en informant la population et les professionnels de santé sur le ratio bénéfique/risque de la vaccination. |
| 11.11 | Développer l'éducation à la santé en milieu scolaire. |
| 11.12 | Éclairer les choix individuels en clarifiant la hiérarchie des facteurs de risque de cancers. |
| 11.14 | Faire de la recherche interventionnelle un véritable outil de prévention et de changement de comportements. |
| 12.1 | Renforcer la prévention primaire en milieu de travail pour réduire l'exposition aux agents cancérigènes (biologiques, physiques, chimiques). |
| 12.2 | Renforcer le suivi médical des personnes exposées à des risques de cancers professionnels. |
| 12.5 | Développer l'observation et la surveillance et améliorer la connaissance concernant les cancers liés aux expositions environnementales en population générale. |
| 12.6 | Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques aux valeurs limites européennes définies en 2010. |
| 12.7 | Diminuer l'exposition de la population aux rayonnements ionisants à visée diagnostique. |
| 12.8 | Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels. |

Planning respecté	12.9	Sensibiliser le public sur la façon de réduire l'exposition aux substances classées cancérogènes possibles, notamment chez la femme enceinte et les enfants en bas âge (par exemple exposition aux pesticides et biocides à usage domestique).
	13.1	Garantir l'indépendance et la créativité de la recherche en assurant un taux de financement pour la recherche fondamentale sur le cancer supérieur à 50 % des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan cancer.
	13.2	Soutenir le continuum entre une recherche fondamentale d'excellence et la recherche clinique dans les sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC).
	13.4	Renforcer l'attractivité des métiers de la recherche en lien avec la cancérologie.
	15.1	Mieux comprendre les inégalités sociales et géographiques face aux cancers.
	15.7	Conforter la surveillance et l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.
	16.1	Afin de conforter la synergie recherche/santé, affirmer l'INCa comme opérateur des ministères de la santé et la recherche dans le champ du cancer.
	16.2	Renforcer le rôle de pilotage technique et d'animation régulière et décloisonnée des structures de la cancérologie par l'INCa en appui au pilotage stratégique des ministères de la santé et de la recherche.
	16.5	Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.
	16.6	Recentrer les missions des cancéropôles sur des champs non couverts par d'autres organisations (émergence de projets dans des thématiques et technologies innovantes et de jeunes équipes, priorités régionales ou interrégionales de recherche incluant sa valorisation).
	16.7	À l'issue des cinq années d'existence des 8 SIRIC, organiser en 2016 un nouvel appel à candidatures ouvert aux structures précédemment financées ou à de nouveaux projets.
	16.8	Articuler les actions des SIRIC et des cancéropôles pour renforcer les forces de recherche sur un territoire donné.
	16.9	Soutenir le développement des programmes de lutte contre le cancer des agences internationales, notamment leurs volets d'actions envers les pays francophones de l'Afrique subsaharienne et du sud de la Méditerranée.
	16.10	Développer des réseaux collaboratifs entre la France et les pays du sud dans le domaine de la recherche et de la santé publique, en s'appuyant notamment sur les infrastructures développées par les partenaires d'Aviesan Sud (IRD, Instituts Pasteur, Fondation Mérieux, etc.) dans les pays ciblés.
	16.11	Participer activement aux actions de coordination des financeurs internationaux de la recherche sur le cancer et les prolonger avec les pays européens et les États-Unis, et avec les pays émergents en proposant des solutions partagées par tous.
	17.3	Mener plus globalement dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière une réflexion dédiée à l'accompagnement des innovations dans le champ de la cancérologie.
	17.6	Mettre en œuvre dans le domaine du cancer une des expérimentations de « tarification au parcours ».
	17.7	Apporter des solutions aux établissements de santé de soins de suite et de réadaptation, aux unités de soins de longue durée, aux maisons de retraite et aux maisons d'accueil spécialisées, concernant le financement des molécules onéreuses.
	17.12	Conforter le suivi scientifique des projets financés.
	17.13	Développer des outils partagés d'évaluation des projets de la recherche en cancérologie.
104		
État calculé	1	Libellé
Retard majeur	12.3	Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle.
1		
État calculé	37	Libellé
Retard mineur	1.7	Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage.
	1.10	Veiller à la pertinence des pratiques en matière de dépistage individuel ; encadrer et limiter les pratiques dont l'efficacité n'est pas avérée voire délétère.
	2.5	Réviser et faire évoluer les critères d'agrément à la prise en charge du cancer par l'INCa avec l'appui de groupes d'experts, pour améliorer notamment l'orientation des situations complexes.
	2.11	Renforcer les conditions de la réalisation des allogreffes de cellules souches hématopoïétiques et évaluer le dispositif au regard des besoins territoriaux et de la qualité.
	3.2	Adapter les organisations à l'essor des chimiothérapies orales.

Retard mineur	3.4	Définir les conditions de sécurité et de qualité de délivrance et d'administration des anticancéreux à domicile.	
	3.7	Soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentations et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps.	
	3.10	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle.	
	4.1	Créer le métier d'infirmier clinicien et le déployer prioritairement dans le champ de la cancérologie.	
	4.2	Reconnaître pleinement la profession de radiophysicien en tant que profession de santé en prenant des mesures d'ordre réglementaire dans le code de la santé publique.	
	4.3	Reconnaître la profession de dosimétriste en tant que profession de santé.	
	5.8	Faire évoluer les dispositifs de valorisation des médicaments anticancéreux.	
	5.11	Clarifier le processus de repérage et d'évaluation des innovations technologiques et des évolutions organisationnelles qu'elles engendrent.	
	5.12	Accélérer le processus de tarification des actes et traitements innovants pour un accès plus rapide.	
	6.2	Conforter l'accès aux tests moléculaires.	
	6.5	Générer et comprendre les grandes données.	
	7.5	Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.	
	7.9	Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin aux aides à domicile.	
	7.12	Ouvrir aux personnes atteintes de cancer les plus démunies l'accès à une offre élargie d'alternatives au domicile.	
	7.15	Soutenir des expériences de « patients ressources » bénévoles et évaluer l'apport et les conditions de leur participation à l'accompagnement des personnes atteintes de cancer.	
	7.16	Améliorer l'information sur les essais cliniques en cancérologie.	
	8.4	Systématiser l'accompagnement au sevrage tabagique des malades atteints de cancer.	
	8.7	Favoriser l'observation et la recherche dédiée à la prévention des risques de second cancer.	
	9.4	Parfaire l'offre de solutions adaptées à chaque situation personnelle des personnes atteintes de cancer.	
	9.6	Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.	
	9.8	Permettre un meilleur accès aux revenus de remplacement en cas d'arrêt maladie.	
	9.9	Atténuer les surcoûts pour la famille liés à l'accompagnement d'un enfant malade	
	9.11	Accroître la prise en charge des prothèses externes (capillaires et mammaires).	
	11.10	Développer le dépistage des personnes exposées au risque d'hépatite B et C pour favoriser l'accès à la prise en charge.	
	13.5	Partager les informations et les données aux niveaux national et international entre professionnels et avec le grand public.	
	14.1	Généraliser pour le cancer la participation des usagers dans les instances de pilotage, de gestion ou de production de soins ou de recherche.	
	14.2	Identifier les expériences et les pratiques innovantes en termes de participation des usagers et des personnes malades.	
	14.3	Établir un bilan critique de ces expériences et formuler des objectifs et des recommandations pour le déploiement de la démocratie sanitaire dans les instances de pilotage et de coordination.	
	15.4	Appréhender les parcours de soins grâce à la « cohorte cancer ».	
	15.8	Sécuriser l'accès aux données et l'interopérabilité tout en assurant la confidentialité.	
	15.9	Valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par le plus grand nombre.	
	15.10	Assurer la synergie des acteurs dans le domaine de l'observation et de l'évaluation.	
	37		
	État calculé	11	Libellé
	Actions mise en œuvre dans le cadre d'autres actions	1.8	Encourager la mise en place d'organisations territoriales, de coopération entre les différents acteurs et d'approches de dépistage réduisant les inégalités d'accès : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 16.4 et 16.5.

Actions mise en œuvre dans le cadre d'autres actions	2.18	Intégrer dans les travaux du CORETAH une réflexion sur les conditions d'administration des médicaments anticancéreux pour les patients âgés en EHPAD afin d'assurer la continuité des traitements du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 17.5 et 17.7.
	3.13	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie prenant en compte le nombre de séances, mais aussi d'autres critères pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
	17.1	Identifier et mener les évolutions nécessaires du dispositif réglementaire et tarifaire pour soutenir le développement de la radiologie interventionnelle : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 3.10 et 3.8.
	17.2	Expérimenter la mise en place de forfaits pour les traitements de radiothérapie pour inciter les établissements à investir dans des techniques innovantes telles que l'hypofractionnement au bénéfice des patients : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 3.12.
	17.4	Redéfinir les critères d'évaluation et de jugement du caractère innovant et de la valeur ajoutée d'une molécule permettant d'accélérer l'accès des patients aux réelles innovations : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 5.7.
	17.5	Engager, dans le cadre du Comité de réforme de la tarification hospitalière et dans le cadre des travaux sur les nouveaux modes de rémunération dans le cadre conventionnel, une réflexion sur une évolution des modes de financement apte à garantir un parcours fluide et sûr (notamment entre ville et hôpital) et une prise en charge globale (intégrant les soins de support) dans le champ du cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 17.3.
	17.8	Accélérer en lien avec les travaux issus du contrat de filière des industries de santé le processus de tarification des actes et traitements innovants validés en pratique clinique afin de permettre le redéploiement des financements d'initiation de l'INCa et de la DGOS vers des actes et dispositifs émergents : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 5.11 et 5.12.
	17.9	Favoriser grâce au suivi de la qualité des pratiques cliniques, à des critères d'agrément exigeants et aux recommandations de bonne pratique la pertinence des actes et la focalisation des moyens sur les prises en charge conformes aux standards : cette action sera mise en œuvre dans le cadre des actions 2.4, 2.6 et 2.7.
	17.10	Contribuer, grâce aux campagnes d'information sur les dépistages organisés des cancers, à la réduction des actes de dépistage inopportuns par leur nature ou leur fréquence : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 1.10.
	17.11	Maintenir le principe d'appels à projets libres et compétitifs comme principale modalité de sélection des projets de recherche sur le cancer : cette action sera mise en œuvre dans le cadre de l'action 13.1.
		11
Nombre :	185	

ANNEXE 2 : CIBLES ET INDICATEURS

Le Plan cancer 2014-2019 s'organise autour de quatre grandes ambitions déclinées en 17 objectifs opérationnels structurés en actions.

Afin de permettre le suivi et l'évaluation du Plan cancer, des cibles et indicateurs sont proposés au regard des objectifs du Plan.

Dans un souci de simplification et de clarté, ces indicateurs sont regroupés selon trois types : indicateurs d'impact, de résultats et de suivi.

- Les **indicateurs d'impact** permettent d'évaluer les effets ou répercussions obtenus (directs et indirects, attendus et inattendus) auprès des destinataires directs et indirects. Ces effets sont la résultante d'un certain nombre d'actions, elles-mêmes présentes dans différents objectifs du Plan. Cette évaluation porte généralement sur des effets à moyen ou long terme.
- Les **indicateurs de résultats** se focalisent principalement sur les effets d'un objectif du Plan cancer. Ils concernent donc, non pas l'effet d'une action, mais d'un ensemble d'actions regroupées dans une même thématique définie par l'objectif. Cette évaluation porte sur des effets principalement à court ou moyen terme.
- Les **indicateurs de suivi** permettent de suivre l'avancement d'une action du Plan cancer et d'en apprécier la réalisation.

Ne sont rapportés dans ce document que les indicateurs d'impact et de résultats. Les indicateurs de suivi (jalons) sont définis par les responsables de chaque action.

Pour chaque indicateur, une description précisant notamment le mode de calcul, les sources de données ainsi que les modalités d'interprétation est proposée (cf. fiches descriptives).

Ce document s'appuie notamment sur les travaux menés par la DREES et la DGS avec le HCSP sur les indicateurs de l'état de santé de la population.

Les indicateurs proposés sur le tabagisme sont en cohérence avec le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) annoncé le 25 septembre 2014.

Certains indicateurs sont susceptibles d'évoluer ou d'être complétés en fonction des sources disponibles.

Cibles et indicateurs d'impact et de résultats du Plan cancer 2014-2019

Objectifs de santé du Plan cancer 2014-2019 et indicateurs d'impact s'y rapportant

OBJECTIF : Améliorer la survie nette à 5 ans par cancer

Indicateur n°1 : Survie nette à 1 an, 3, 5 et 10 ans par type de cancer

Reflète l'effet de l'ensemble des actions menées dans le cadre de la lutte contre les cancers et pouvant conduire à une amélioration de la prise en charge des cancers, du dépistage jusqu'à l'après-cancer, voire à limiter leur apparition. Elles s'étendent de la prévention à l'après-cancer.

OBJECTIF : Diminuer le taux de mortalité par localisation de cancer au cours d'une année, et notamment par cancer du col de l'utérus (baisse de 30 % d'ici 10 ans)

Indicateur n°2 : Estimation et tendance du taux standardisé de mortalité par localisation de cancer

Reflète les effets de l'ensemble des actions conduites afin de réduire le nombre de nouveaux cas et pour améliorer la survie des personnes atteintes d'un cancer. La mortalité est un des principaux indicateurs relatifs à l'évaluation des politiques de santé publique.

OBJECTIF : Diminuer la mortalité prématurée par cancer (chez les moins de 65 ans), particulièrement liée aux inégalités sociales de santé

Indicateur n°3 : Estimation et tendance du taux de mortalité prématurée par cancer

Reflète l'ensemble des actions conduites en prévention primaire afin de réduire le nombre de nouveaux cas et pour améliorer la survie des personnes atteintes d'un cancer. Cet indicateur se focalise sur la population de moins de 65 ans.

OBJECTIF : Réaliser 50 % de la chirurgie du cancer du sein en ambulatoire d'ici 2024

Indicateur n°4 : Proportion d'hospitalisations pour chirurgie partielle d'un cancer du sein effectuées en soins ambulatoires

La chirurgie ambulatoire est un concept organisationnel centré sur le patient, lui permettant de rentrer à son domicile le jour même de son intervention avec le même niveau de qualité sans risque surajouté. Cette modalité de prise en charge a des répercussions positives sur le vécu des personnes soignées. De fait, il s'agit d'un indicateur d'impact (effet indirect d'une amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des personnes et de leur qualité de vie).

Sous réserve : Cet indicateur peut être un indicateur de résultats rattaché à l'objectif 3 du Plan cancer.

OBJECTIF : Réduire de 10 % la proportion de personnes ayant une qualité de vie perçue comme dégradée pour les principaux types de cancer d'ici 5 ans chez les personnes en vie deux ans après le diagnostic de cancer

Indicateur n°5 : évolution de la proportion de personnes ayant une qualité de vie perçue comme dégradée deux ans après le diagnostic de cancer

Reflète les effets de l'ensemble des actions conduites afin d'améliorer la prise en charge de l'après-cancer, mais également l'impact des traitements et de la prise en charge thérapeutique sur le moyen et le long terme (effets secondaires et séquelles)

OBJECTIF : Remettre un programme personnalisé de soins à 100 % des patients ainsi qu'un support d'information de référence sur sa pathologie et son traitement

Indicateur n°6 : Taux de remise d'un programme personnalisé de soins (PPS) aux personnes atteintes d'un cancer

Le programme personnalisé de soins décrit le traitement particulier proposé à chaque patient. Il comprend le ou les traitements à réaliser, leur durée, le lieu et les dates prévisionnelles. La remise du PPS reflète une étape importante de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer. Il fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale

de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation.

OBJECTIF : Augmenter, d'ici 5 ans, de 50 % les chances de retour à l'emploi 2 ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer par rapport à celles n'ayant pas de cancer

Indicateur n°7 : évolution des chances de retour à l'emploi 2 ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer

Reflète les effets de l'ensemble des actions ayant conduit à la reprise d'une activité professionnelle chez les personnes en situation précaire vis-à-vis de l'emploi au moment du diagnostic de cancer. Ceci comprend la prise en charge du cancer et de l'après-cancer, mais aussi les actions visant à la réinsertion professionnelle

OBJECTIF : Réduire de moitié le nombre de décès par cancer liés aux facteurs de risque évitables d'ici 20 ans

Indicateur n°8 : proportion de décès par cancer liés à un facteur de risque évitable

Reflète les effets de l'ensemble des actions conduites afin de prévenir la survenue d'un cancer (lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, l'exposition professionnelle à des CMR, l'exposition aux UV...). La mortalité est un des principaux indicateurs relatifs à l'évaluation des politiques de santé publique

OBJECTIF PRINCIPAL : Tendre vers une prévalence de tabagisme à zéro à l'âge adulte pour les générations nées à partir de 2010

OBJECTIF SECONDAIRE : Diminuer le tabagisme des jeunes de 17-18 ans (- 10 points, de 31.5 % à 20 %) et retarder l'âge d'expérimentation du tabac de 13 à 15 ans

Indicateur n°9 : prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes (15 ans, 16 ans, 17 ans)

En lien avec le Programme national de réduction du tabagisme

Reflète la politique de lutte contre le tabagisme chez les jeunes générations.

La réduction du tabagisme est un indicateur reflétant l'impact de la lutte contre un des principaux facteurs de risque de cancer. Les liens de causalité entre tabac et cancer sont avérés, tout comme l'impact d'une réduction du tabagisme sur l'évolution de l'incidence des cancers, la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer et la survenue de second cancer. Cet indicateur intermédiaire peut être considéré comme étant un indicateur d'impact.

A la particularité de se focaliser sur une population actuellement jeune qui n'a pas encore expérimenté le tabagisme.

OBJECTIF : Diminuer de 10 % la prévalence du tabagisme dans la population de 18 à 75 ans d'ici 2019

Indicateur n°10 : prévalence du tabagisme quotidien en population adulte (15 – 75 ans)

En lien avec le Programme national de réduction du tabagisme

Reflète les effets de la politique de lutte contre le tabagisme sur l'ensemble de la population, c'est-à-dire l'impact de la lutte contre un des principaux facteurs de risque de cancer. Les liens de causalité entre tabac et cancer sont avérés, tout comme l'impact d'une réduction du tabagisme sur l'évolution de l'incidence des cancers, sur la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer et sur la survenue de second cancer.

OBJECTIF : Diminuer la fréquence de la consommation d'alcool en population générale (15 - 75 ans)

Indicateur n°11 : prévalence de la consommation déclarée d'alcool en population générale (15-75 ans)

Indicateur n°11 B : Diminuer le nombre moyen de verres standards d'alcool consommés lors d'une journée ordinaire de consommation en population générale (15 - 75 ans)

La réduction de la consommation d'alcool est un indicateur reflétant l'impact de la lutte contre un des principaux facteurs de risque de cancer. Les liens de causalité entre alcool et cancer sont avérés, tout comme l'impact d'une réduction de la consommation d'alcool sur l'évolution de l'incidence des cancers, sur la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer et sur la survenue de second cancer.

Indicateurs de résultats des 17 objectifs du Plan cancer 2014-2019

OBJECTIF 1 : favoriser des diagnostics plus précoces

Indicateur n°12 : taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin des femmes âgées de 25 à 65 ans dans les 3 dernières années

Indicateur n°13 : taux de couverture vaccinale contre le HPV pour 1 dose et pour 2 doses chez les jeunes filles de 15 ans révolus et les femmes de 19 ans révolus

Indicateur n°14 : **taux** de couverture du dépistage organisé ou spontané du cancer du sein chez les femmes de 50-74 ans

Indicateur n°15 : taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les 50-74 ans

OBJECTIF 2 : garantir la qualité et la sécurité des prises en charge

Indicateur n°16 : délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension

Indicateur n°17 : proportion de patients enregistrés dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire

Indicateur n°17bis : Proportion de patients adultes présentés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire de recours « sarcomes » au moment du diagnostic

Indicateur n°18 : proportion de patients ayant un dossier communicant de cancérologie

OBJECTIF 3 : accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques

Indicateur n°19 : pourcentage de chimiothérapies par voie orale faisant l'objet de guides au niveau national pour la prévention et la gestion de leurs toxicités (sous réserve : en attente d'indicateur en cours de définition par la DGOS)

Cf. Indicateur n°4 sur la chirurgie ambulatoire

OBJECTIF 4 : faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie

Indicateur n°20 : proportion d'infirmiers cliniciens formés par le master

Indicateur n°21 : proportion d'UFR de médecine ayant mis en place la nouvelle maquette du DES d'oncologie

OBJECTIF 5 : accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients

Indicateur n°22 : nombre de personnes incluses dans les essais cliniques thérapeutiques en cancérologie

Indicateur n°23 : proportion d'essais cliniques de phase précoce ouverts aux enfants dans les CLIP² ayant une compétence pédiatrique

Indicateur n°24 : Proportion d'enfants de moins de 18 ans inclus dans les essais cliniques de phase précoce

Indicateur n°25 : proportion de patients âgés de plus de 75 ans inclus dans des essais cliniques dédiés aux patients âgés

OBJECTIF 6 : conforter l'avance de la France dans la médecine personnalisée

Indicateur n°26 : nombre de patients bénéficiant d'un test moléculaire de recherche de mutation prédisposant au cancer

Indicateur n°27 : nombre de jours de délai médian de rendu de résultat pour tout test de génétique constitutionnelle

Indicateur n°28 : nombre de patients bénéficiant d'une analyse complète du génome tumoral

Indicateur n°29 : nombre de tumeurs analysées sur un panel de 100 gènes pour lesquels on dispose de la thérapie ciblée

Indicateur n°30 : nombre de tests réalisés sur les personnes atteintes d'un cancer de l'ovaire au stade métastatique

OBJECTIF 7 : assurer des prises en charge globales et personnalisées

Cf. Indicateur n°6 : taux de remise d'un programme personnalisé de soins (PPS) aux personnes atteintes de cancer

Indicateur n°31 : taux de remise d'un programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) aux personnes atteintes d'un cancer

Indicateur n°32 : sous réserve - (Proportion de patients atteints de cancer ayant connaissance de la plateforme Cancer Info

Indicateur n°33 : taux de transmission du programme personnalisé de soins (PPS) au médecin traitant

Indicateur n°33 bis : taux de transmission du programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC) au médecin traitant

Indicateur n°34 : proportion d'essais cliniques dont le protocole a été relu par un comité de patient et dont la fiche d'information a été mise à disposition

Indicateur n°35 : proportion d'essais cliniques dont les résultats sont publiés

OBJECTIF 8 : réduire les risques de séquelles et de second cancer

Indicateur n°36 : en cours de définition - Assurer pour tous les patients l'information sur la préservation de la fertilité (cible : 100 % des patients concernés)

Indicateur n°37 : en cours de définition - Rendre systématique la prise en compte du statut tabagique et son suivi dans le dossier du patient (Taux d'inscription de 80 % en 2019)

Indicateur n°38 : en cours de définition - Rendre systématique la prise en compte du poids et son suivi dans le dossier du patient (Taux d'inscription dans le dossier du patient de 80 % en 2019)

Indicateur n°39 : en cours de définition - Augmenter le nombre de patients atteints d'un cancer fumeurs s'engageant dans un sevrage tabagique d'ici 2019

OBJECTIF 9 : diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle

Indicateur n°40 : indicateur à construire (cible : Garantir une offre de chirurgie mammaire réparatrice accessible à tous et sans frais pour les patientes touchées par un cancer du sein d'ici 2019)

OBJECTIF 10 : lancer le programme national de réduction du tabagisme

Cf. Indicateurs d'impact n°9 et 10

OBJECTIF 11 : donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer

Cf. Indicateurs d'impact n°11 et 11b sur la consommation d'alcool

Indicateur n°41 : prévalence de la surcharge pondérale en population adulte

Indicateur n°42 : proportion de personnes ayant une activité physique de niveau « modéré » ou « intense »

OBJECTIF 12 : prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement

Indicateur n°43 : proportion de salariés exposés aux agents chimiques cancérigènes

OBJECTIF 13 : Se donner les moyens d'une recherche innovante

Indicateur n°44 : pourcentage des crédits de l'ensemble des appels à projets de l'INCa et de l'Aviesan Cancer alloués à la recherche fondamentale

OBJECTIF 14 : faire vivre la démocratie sanitaire

Indicateur n°45 : nombre d'instances de pilotage et de gestion des soins ou de la recherche sur le cancer incluant des représentants des usagers (100 % en fin de Plan)

OBJECTIF 15 : appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées

Cet objectif comprend les actions structurantes des systèmes d'information dont la réalisation permettra de renseigner les indicateurs du Plan cancer (exemple : le développement du collecteur du DCC pourra permettre de répondre aux indicateurs utilisant les données du DCC)

OBJECTIF 16 : optimiser les organisations pour une plus grande efficacité

Indicateur n°46 : proportion de réseaux régionaux de cancérologie labellisés sur la base de leurs nouvelles missions

Indicateur n°47 : taux de mise en œuvre des nouvelles missions des réseaux régionaux de cancérologie

Indicateur n°48 : ratio de projets émergents financés par les cancéropôles retenus au niveau national

OBJECTIF 17 : adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie

Indicateur à construire

Les fiches descriptives des indicateurs d'impact et de résultats sont publiées sur e-cancer.fr

ANNEXE 3 : LA GOUVERNANCE DU PLAN CANCER

2014-2019

Le Plan cancer 2014-2019 est conduit conjointement par les ministres en charge de la santé et de la recherche, qui président le comité de pilotage interministériel. Celui-ci veille à la réalisation du Plan au regard de ses objectifs et remet chaque année un rapport au président de la République. Il peut également proposer de réorienter des actions du Plan. Il réunit les décideurs de l'État et de l'Assurance maladie auxquels sont associés la Ligue nationale contre le cancer, le collectif interassociatif sur la santé (CISS), l'Union des associations de parents d'enfants atteints de cancer (UNAPECLE), la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, ainsi que le Professeur Jean-Paul Vernant qui a conduit les travaux préparatoires au Plan.

L'INCa est l'opérateur chargé du pilotage de la mise en œuvre du Plan cancer et de rendre compte au comité de pilotage. Chaque action du Plan est placée sous la responsabilité d'une institution responsable de sa mise en œuvre, en activant les leviers nécessaires et en mobilisant les acteurs impliqués. Les responsables d'actions sont réunis au sein du Comité de suivi, instance d'échanges et de coordination pour la mise en œuvre du Plan.

Le Comité de suivi, animé par l'INCa, fait le point sur les avancées réalisées ainsi que sur les retards ou les difficultés éventuelles rencontrées, pour alerter le comité de pilotage, et prépare le rapport annuel du Plan cancer. Il réunit les directions du ministère chargé de la santé (DGS, DGOS, DSS, DGCS, SGMAS) et du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (DGRI, DGESIP, DGESCO), l'Assurance maladie (UNCAM), un représentant des agences régionales de santé (ARS), les directions des ministères en charge du travail et de l'emploi (DGT, DGEFP) et des outre-mer (DGOM), les instituts de recherche (ITMO cancer, IReSP), les agences sanitaires et opérateurs de l'État (INCa, Inpes, InVS, ANSM, CEPS, ANSES, Agence de la biomédecine, ASN, CNSA), la Haute Autorité de santé (HAS), la Ligue nationale contre le cancer, le CISS et la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer.

Afin de garantir l'articulation nationale et régionale, les agences régionales de santé participent au pilotage et au suivi du Plan cancer. Une feuille de route régionale va être élaborée en 2015 par chaque ARS pour décliner les actions du Plan cancer en fonction de l'état des besoins et des spécificités territoriales. Un séminaire annuel sur le Plan cancer est organisé avec les représentants des ARS de toutes les régions ; la première rencontre s'est tenue le 17 décembre 2014.

La concertation avec les acteurs et les parties prenantes sur le Plan cancer est organisée avec les représentants des usagers, des malades et des professionnels, notamment au sein du comité des usagers et des professionnels de l'INCa, mais aussi avec les fédérations hospitalières, membres du GIP-INCa. Au niveau régional, les ARS organisent la concertation avec les acteurs, les collectivités locales et les usagers, au sein de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) et des conférences de territoire.

Un espace dédié au Plan cancer 2014-2019 a été créé sur le site e-cancer.fr pour informer le public sur les objectifs du Plan, son pilotage, ses indicateurs et communiquer sur l'avancement des actions, les productions et les réalisations. Les rapports annuels seront mis en ligne sur cette rubrique.

ANNEXE 4 : LEXIQUE

AAP	Appel à projets	EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ABM	Agence de la biomédecine	EMRC	Équipe mobile de recherche clinique
ACP	Anatomocytopathologie	EPST	Établissement public à caractère scientifique et technologique
ACSÉ	Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances	ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
AcSé	Accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes (programme)	ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (enquête)
ADN	Acide désoxyribonucléique	EURATOM	European Atomic Energy Community
AERAS	S'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé (convention)	ETP	Éducation thérapeutique du patient
AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique	FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
ALD	Affection de longue durée	FUN	France université numérique
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail	GICR	Global initiative for cancer
ARACT	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail	HAS	Haute Autorité de santé
ANR	Agence nationale de la recherche	HAD	Hospitalisation à domicile
AMM	Autorisation de mise sur le marché	HSCP	Haut Conseil de santé publique
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail	HPV	Papillomavirus humain
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament	IARC	International agency for research on cancer
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites B et C	IDE	Infirmier diplômé d'État
AORTIC	African organization for research and on cancer	IDS	Institut des données de santé
APAD	Assistance pédagogique à domicile	INCa	Institut national du cancer
ARS	Agence régionale de santé	Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ATIP	Action thématique et incitative sur programme	Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
AVIESAN	Alliance pour les sciences de la vie et de la santé	Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
BTP	Bâtiment et travaux publics	InVS	Institut de veille sanitaire
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail	IRD	Institut de recherche pour le développement
CCAM	Classification commune des actes médicaux	IGRT	Image-Guided Radio-Therapy
Constances	Consultants des centres d'exams de santé (cohorte)	IRM	Imagerie par résonance magnétique
CCLAT	Convention cadre pour la lutte anti-tabac (Organisation mondiale de la santé)	IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
CMR	Cancérogènes et/ou mutagènes et/ou toxiques pour la reproduction	IReSP	Institut de recherche en santé publique
CPOM	Contrat d'objectifs et de moyens	ITMO cancer	Institut thématique multi-organismes sur le cancer
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse	ITC	International tobacco control
CNCT	Comité national contre le tabagisme	MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins	MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
CDAG	centre de dépistage anonyme et gratuit	MOOC	Massive open online course
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles	NIR	Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques
CLIP2	Centres labellisés INCa de phase précoce	OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer	OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
CISS	Collectif inter-associatif de la santé	OMS	Organisation mondiale de la santé
Cnamts	Caisse nationale d'Assurance maladie pour les travailleurs salariés	ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
CMU	Couverture maladie universelle	ORL	Oto-rhino-laryngologie
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire	ORS	Observatoire régional de santé
CNED	Centre national d'enseignement à distance	PAI	Projet d'accueil individualisé
COP	Contrat d'objectifs et de performance	PIA	Programme d'investissements d'avenir
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	PARP	Poly (ADP ribose) polymérase
CEPS	Comité économique des produits de santé	PAIR	Programme d'actions intégrées de recherche
CORETAH	Comité de réforme de la tarification hospitalière	PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
3C	Centre de coordination en cancérologie	PLFS	Projet de loi de finances
DOM	Département d'outre-mer	PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
DES	Diplôme d'études spécialisées	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
DCC	Dossier communicant de cancérologie	PNNS	Programme national nutrition santé
DMP	Dossier médical personnel	PNREST	Programme national de recherche en environnement santé travail
DPC	Développement professionnel continu	PNSE	Plan national santé environnement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins	PRME	Programme de recherche médico-économique
Directcte	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi	PREPS	Programme de recherche sur la performance du système des soins
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé	PPS	Programme personnalisé de soins
		PPAC	Programme personnalisé d'après cancer

PSA	Prostate specific antigene
RNIPP	Répertoire national d'identification des personnes physiques
RTU	Référentiel temporaire d'utilisation
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RRC	Réseau régional de cancérologie
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RCMI	Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SNIIRAM	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SUMPPS	Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé
TEP	Tomographie par émission de positons
TDM	Tomodensitométrie
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
UCOG	Unité de coordination en oncogériatrie
UV	Ultraviolets (rayons)
VICAN	Vie après un cancer (enquête)
VADS	Voies aérodigestives supérieures
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite

**LES PILOTES
DU PLAN CANCER 2014-2019**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DE LA DÉCENTRALISATION
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

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

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

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

MINISTÈRE DES OUTRE-MER

aviesan
alliance nationale
pour les sciences de la vie et de la santé

ars
Agence Régionale de Santé

UNCAM

CNSA
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

anses
alimentation, environnement, travail

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

InVS
INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

www.inpes.sante.fr
inpes
éditions

Institut de Recherche
en Santé Publique
GIS-IReSP

leCISS

UNAPECLE
Avec les enfants
atteints de cancer
ou de leucémie

asipsanté
AGENCE DES SYSTÈMES
D'INFORMATION
PARTAGÉS DE SANTÉ

FONDATION ARC
POUR LA RECHERCHE
SUR LE CANCER
Reconnue d'utilité publique
www.arc-cancer.net

asn
AUTORITÉ
DE SÛRETÉ
NUCLÉAIRE

ansm
Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé

CONTRE
LE CANCER
LA LIQUE
101
comités
pour la vie

**agence de la
biomédecine**

*Comité économique
des produits de santé*

**INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

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

RAPPR15

e-cancer.fr

